

HAS

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

ANAP

appui santé & médico-social

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

**Recommandations
organisationnelles**

**Pour comprendre, évaluer
et mettre en œuvre**

Sécurité des patients en chirurgie ambulatoire

Guide méthodologique

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
---------------------------	----------

Partie 1. Contexte et problématique

1.1 Définition et remarques.....	6
1.2 Des études montrant un retard français en ce domaine	6
1.3 Un programme national destiné à développer l'activité de chirurgie ambulatoire	6

Partie 2. Sécurité des patients en chirurgie ambulatoire..... **8**

2.1 Bref rappel du contexte français sur la sécurité des patients en établissement de santé.....	8
2.2 La démarche mise en œuvre pour ce guide (objectif, matériel, méthode).....	12
2.3 Des analyses faisant apparaître plusieurs catégories de risques potentiels.....	13
2.4 Une production de recommandations et d'outils associés au service de tous.....	14

Partie 3. Principes de management d'un système d'assurance qualité - sécurité des soins

3.1 Préambule	15
3.2 Champ d'application	15
3.3 Système de management de la qualité - sécurité des soins	15
3.4 Engagement de la direction dans le cadre du système de management de la qualité - sécurité des soins	15
3.5 Dispositions organisationnelles	16
3.6 Système documentaire	16
3.7 Responsabilité et formation du personnel.....	17
3.8 Démarche de gestion des risques.....	17
3.9 Échéancier de mise en œuvre	19
3.10 Glossaire	20

Partie 4. Méthodes et outils pour la sécurité des patients

4.1 Liste des fiches techniques proposées	23
4.2 Fiches techniques	24

Partie 5. Annexes

5.1 Méthodologie de recherche documentaire.....	107
5.2 Sites Internet consultés.....	107
5.3 Références	108
5.4 Groupe projet HAS.....	109
5.5 Remerciements	110

Liste des abréviations – Conventions	111
---	------------

INTRODUCTION

La chirurgie ambulatoire est un geste chirurgical effectué dans la journée, sous une anesthésie de mode variable, ne nécessitant pas le maintien du patient en hébergement la nuit. Cette pratique, en développement depuis une vingtaine d'années, est rendue possible par des avancées notables, tant au niveau des techniques qu'en matière de prises en charge chirurgicales et anesthésiques des patients.

Un programme national est mis en œuvre dans le but de développer cette activité. Piloté par le Ministère de la santé (DGOS), il comprend plusieurs axes de déploiement, mobilisant plusieurs institutions, Haute Autorité de santé (HAS) et Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP) notamment. L'un des axes du programme de travail HAS/ANAP est consacré à des recommandations organisationnelles et prend en compte le thème de la sécurité des patients.

Conçu notamment à partir d'analyses de risques effectuées sur le terrain, ce guide répond à plusieurs objectifs :

- il s'inscrit dans une orientation générale de la HAS consistant à renforcer par des moyens concrets les

dispositifs d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins donnés aux patients, tant au sein des établissements de santé que par les professionnels exerçant à l'extérieur ;

- il apporte une contribution pratique aux exigences de la gestion des risques associés aux soins en réponse à plusieurs dispositifs (programme national pour la sécurité des patients 2013-2017 ; procédure de certification des établissements de santé ; démarche d'accréditation des médecins et des équipes médicales d'une même spécialité) ;
- il vient en appui de toutes les personnes en situation de responsabilité ou spécialistes concernés (professionnels du soin, qualité, gestionnaires de risques) pour comprendre et faire partager autour d'eux les objectifs et les méthodes de la gestion des risques associés aux soins dans le cadre de l'activité de chirurgie ambulatoire. Ceci selon deux axes complémentaires : principes de management d'un système d'assurance de la qualité-sécurité des soins d'une part, méthodes et outils pour améliorer la sécurité des soins tout au long d'un dispositif complexe au moyen de fiches techniques illustrées d'autre part.

Avertissement

Une distinction doit être faite au sein des fiches techniques proposées dans ce guide entre la méthode de gestion des risques évoquée dans ses principes génériques, aspect essentiel de l'ouvrage, et des contenus « métier » (chirurgie, anesthésie, soins) issus du terrain, avec ici des choix pouvant relever des seuls professionnels et équipes concernés.

PARTIE 1. CONTEXTE ET PROBLÉMATIQUE

1.1 Définition et remarques

Le terme de « chirurgie ambulatoire » est défini en France par « des actes chirurgicaux programmés et réalisés dans des conditions techniques nécessitant impérativement la sécurité d'un bloc opératoire, sous une anesthésie de mode variable, suivie d'une surveillance postopératoire permettant, sans risque majoré, le retour à domicile du patient le jour même de son intervention »¹.

Cette chirurgie, qui implique une hospitalisation de moins de 12 heures (admission, séjour, passage par un bloc opératoire), est différente d'un soin externe effectué en consultation. Elle ne constitue pas une nouvelle technique, l'acte opératoire étant le même que celui effectué en chirurgie classique. Mais elle est réalisée dans des conditions d'organisation particulières autorisant le patient à rejoindre son domicile le jour même.

À noter l'existence dans certains services d'alternative à l'hospitalisation avec prise en charge de patients programmée, une place prévue pour des interventions chirurgicales en situation d'urgence immédiate ou différée (ex. : traumatologie de la main). Ces interventions doivent répondre aux exigences en matière d'organisation (ex. : parcours de soins précisés, créneaux de programmation anticipés à cette fin, critères d'éligibilité définis et respectés) et de sécurité des patients.

1.2 Des études montrant un retard français en ce domaine

Plusieurs études montrent selon les pays occidentaux des taux variables de prise en charge chirurgicale en mode ambulatoire. Celles-ci objectivent pour la France :

- un retard dans le taux global d'interventions pratiquées selon ce mode (actuellement aux alentours de 40 % contre des taux évoqués de 70 % en Angleterre et en Europe du Nord) ;

- un taux par ailleurs variable selon les territoires de santé, les établissements publics ou privés, au sein d'un même type d'établissement (CHU par exemple) et selon les pathologies prises en charge².

Cette variabilité serait explicable en termes :

- d'information, de formation (sélection des patients, acquisition de nouvelles techniques d'anesthésie ou de chirurgie) et d'adhésion des professionnels de santé ;
- de capacité d'adaptation des organisations (modalités organisationnelles, qualité du travail en équipe, pénurie de médecins) ;
- de modalités de financement des soins ;
- de sociologie des patients (respect strict des instructions et horaires indiqués, vieillissement de la population, isolement social) ;
- Une évolution à la hausse est cependant constatée (+3,9 points entre 2007 et 2009, +1,5 point entre 2009 et 2010), favorisée par une politique tarifaire incitative pour ce mode de prise en charge avec :
 - une augmentation du nombre des gestes faisant l'objet d'un tarif identique entre le mode ambulatoire et le premier niveau de sévérité en hospitalisation complète ;
 - la mise sous accord préalable d'un nombre croissant de procédures de prise en charge.

1.3 Un programme national destiné à développer l'activité de chirurgie ambulatoire

Face à ce retard, un objectif national supérieur à 50 % des actes chirurgicaux pratiqués en ambulatoire est fixé par les pouvoirs publics (DGOS) pour l'année 2016³. Parallèlement, la chirurgie ambulatoire est inscrite parmi les axes prioritaires sur la gestion du risque par les agences régionales de santé (ARS)⁴. Les enjeux nationaux concernent donc l'efficacité (réponse aux objectifs

1. HAS-ANAP. Ensemble pour le développement de la chirurgie ambulatoire. Socle de connaissances. Avril 2012. Sous la forme de 3 documents : un rapport (140 pages), une synthèse (20 pages), une synthèse pédagogique sous la forme de 12 questions (4 pages). www.has.sante.fr/portail/jcms/c_1242334/chirurgie-ambulatoire-socle-de-connaissances.

2. Instruction DGOS/R3/2010/457 du 27 décembre 2010 relative à la chirurgie ambulatoire : perspectives de développement et démarche de gestion des risques (dont le point 2 : Le programme GDR chirurgie ambulatoire en région). www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2011/11-01/ste_20110001_0100_0114.pdf.

3. Ministère des affaires sociales et de la santé : www.sante.gouv.fr/la-chirurgie-ambulatoire.html.

4. Directive du 19/07/10 aux agences régionales de santé relative aux priorités sur la gestion du risque en 2010.

de qualité et de sécurité des soins) mais aussi l'efficacité (atteinte de l'objectif au meilleur coût en contexte économique et financier difficile).

Le programme de travail pluriannuel mis en œuvre sur ce thème dans le cadre d'un partenariat entre la HAS et l'ANAP est structuré selon 6 axes (encadré 1)⁵.

Encadré 1. Les axes du programme de travail pluriannuel HAS-ANAP 2012-2014

Axe 1 : édition d'un socle de connaissances (réglementation et somme de toutes les publications identifiées analysées selon les exigences de l'evidence-based medicine⁶).

Axe 2 : définition de critères de sélection des patients (en distinguant le soin de l'hébergement).

Axe 3 : production de recommandations organisationnelles et outils directement utilisables associés, accompagnement d'établissements de santé et d'agences régionales de santé (ARS)⁷.

Axe 4 : bilan et perspectives en matière d'incitations tarifaires existant dans d'autres pays, élaboration d'outils économiques.

Axe 5 : identification d'indicateurs de suivi et d'évaluation de cette activité.

Axe 6 : prise en compte de ces travaux dans le référentiel de certification des établissements de santé et les démarches d'accréditation de la qualité de la pratique professionnelle des médecins et des équipes médicales.

La production, évoquée ci-dessus en axe 3, de recommandations organisationnelles et d'outils directement utilisables associés repose sur plusieurs temps (encadré 2).

Encadré 2. La démarche mise en œuvre dans le cadre de l'axe 3 du programme HAS-ANAP 2012-2014

Une recherche documentaire initiale et le constat fait alors d'une relative faiblesse de la littérature professionnelle en matière d'organisation, de risques spécifiques associés à cette activité et de principes managériaux dans le champ de la chirurgie ambulatoire, avec comme alternative l'intérêt d'enquêtes et d'analyses préalables à conduire auprès de professionnels de terrain en situation réelle.

Une étude menée par l'ANAP selon la méthode dite de *benchmarking* (ou étalonnage comparatif) auprès de 15 établissements de santé identifiés comme les plus performants et représentatifs pour cette pratique chirurgicale (repérage des facteurs clés de succès, humains, culturels, techniques et organisationnels).

Des analyses de risques effectuées par la HAS au sein de 5 établissements, les données recueillies permettant la proposition de recommandations et d'outils destinés au renforcement des pratiques de sécurité des soins, objet du présent guide.

La prise en compte de ces deux démarches pour **l'élaboration conjointe par la HAS et l'ANAP de recommandations organisationnelles et d'outils opérationnels**.

5. HAS-ANAP. Chirurgie ambulatoire. Outils d'aide au développement. Note d'orientation. Décembre 2011.

6. Ou identification des pratiques pertinentes hiérarchisées selon leur niveau de preuve.

7. HAS-ANAP. Ensemble pour le développement de la chirurgie ambulatoire. Dimension organisationnelle : modèles et outils. Note de cadrage. Octobre 2012.

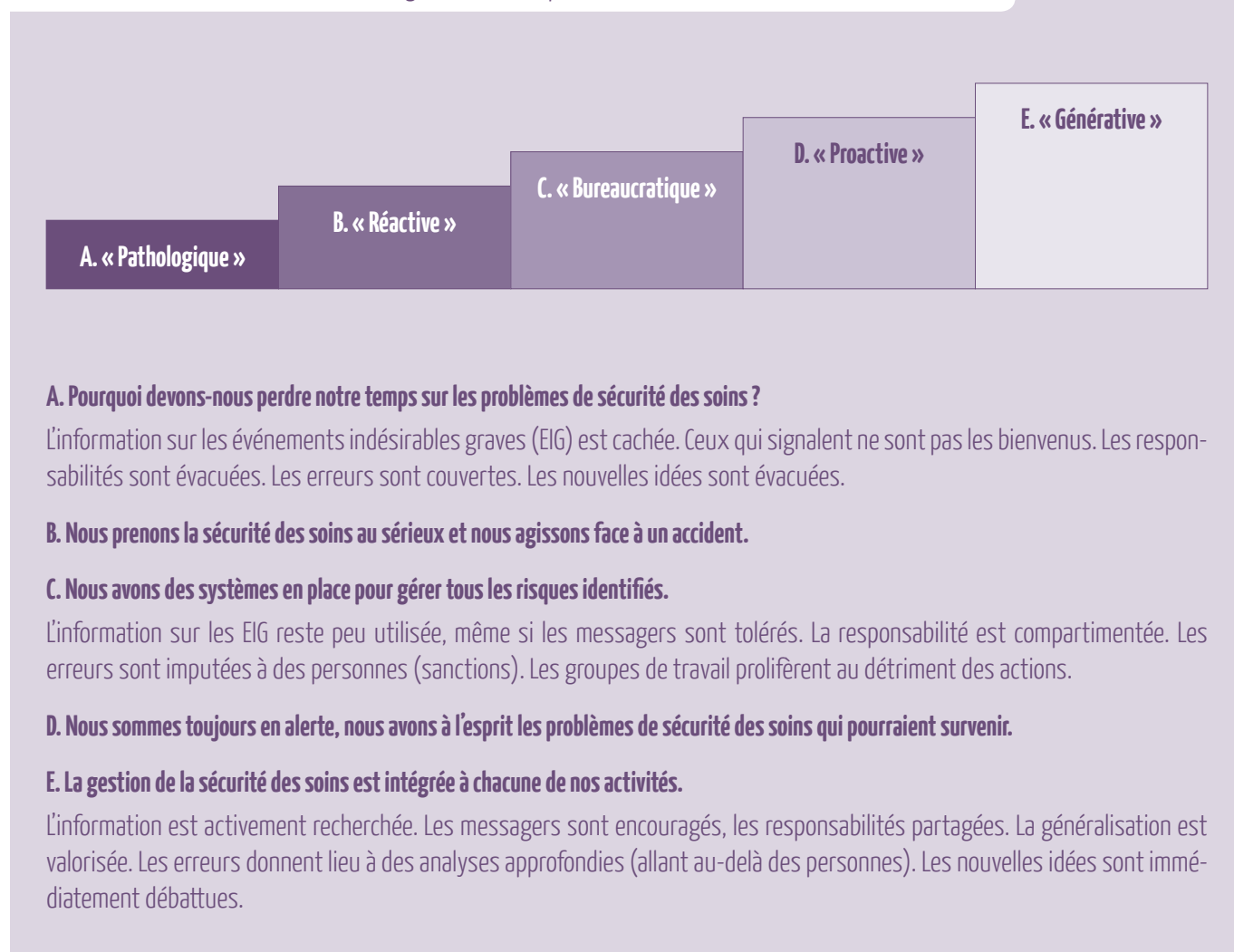
PARTIE 2. SÉCURITÉ DES PATIENTS EN CHIRURGIE AMBULATOIRE

2.1 Bref rappel du contexte français sur la sécurité des patients en établissement de santé

■ **Des études** montrant le caractère fréquent, parfois grave, souvent évitable, des événements indésirables associés aux soins survenant au sein des établissements de santé : pour la France, une enquête régionale (Aquitaine, 2003) et deux enquêtes nationales (ENEIS1 en 2004, ENEIS2 en 2009), montrant notamment la part prédominante des activités interventionnelles.

■ Le constat d'un niveau de maturité institutionnel inégal, souvent faible, en matière de gestion des risques associés aux soins (enquête DGS 2009, résultats de la certification V2010 en termes de recommandations et de réserves en ce domaine adressés aux établissements visités) avec un niveau moyen estimé sur la base de l'échelle ci-dessous, en B et C pour beaucoup d'établissements de santé, en C pour un nombre plus réduit (encadré 3).

Encadré 3. La maturité institutionnelle en gestion des risques d'un établissement abordée selon 5 niveaux



Source : d'après Université de Manchester. *Manchester Patient Safety Framework* (Westrum, Reason, 1993, 1997, 1999).

■ **Des enjeux nombreux** : humains (tant pour les patients que pour les professionnels de santé), mais aussi stratégiques (image de l'établissement) et financiers, techniques et organisationnels, juridiques et assurantiels.

■ **L'évolution d'une politique publique en conséquence** (d'une approche thématique, cloisonnée et incomplète du risque vers une approche globale et coordonnée de la gestion des risques associés aux soins) avec ses leviers successifs et complémentaires :

- **des évolutions législatives** (loi n° 2009-879 dite « HPST » du 21/07/09) **et réglementaires** parmi lesquelles :
 - décret n° 2009-1762 du 30/12/09 relatif au président de la CME, vice-président du directoire des établissements publics de santé ;
 - décret n° 2009-1761 (30/12/09) relatif à la formation des personnels de direction lors de leur prise de fonctions en qualité de directeur dans un établissement public de santé ;
 - décret n° 2010-439 du 30/04/10 relatif aux commissions médicales d'établissement des établissements publics de santé et décret n° 2010-1325 du 05/11/10 relatif aux conférences médicales des établissements privés ;
 - arrêté (11/06/10) fixant les modalités de la formation à l'exercice des fonctions de chef de pôle d'activité clinique ou médico-technique ;
 - décret n° 2010-1408 du 12/11/10 et circulaire d'application DGOS/PF2/2011/416 du 18/11/11, tous deux relatifs à la lutte contre les événements indésirables associés aux soins dans les établissements de santé ;
 - circulaires des 06/06/11 et 22/05/12 relatives aux axes et actions de formation nationales prioritaires à caractère pluriannuel au sein des établissements relevant de la fonction publique hospitalière, notamment en matière de gestion des risques associés aux soins et de chirurgie ambulatoire (fiche technique n° 1)⁸.

Citons également à titre d'exemples deux réglementations structurées selon les principes de management en qualité-sécurité : arrêtés des 22/01/09 en radiothérapie et 06/04/11 en prise en charge médicamenteuse dans les établissements de santé (complété pour ce dernier par la circulaire DGOS/PF2/2012/72 du 14/02/12).

■ **Des dispositifs de mise en œuvre**, certification des établissements de santé selon le référentiel V2010, version d'avril 2011 d'une part (tableau 1, page suivante), accréditation des médecins ou des équipes médicales d'une même spécialité d'autre part.¹⁰

■ **Des guides de soutien méthodologique**, destinés à expliciter auprès des professionnels de santé les modalités de mise en œuvre d'une démarche globale et coordonnée de gestion des risques associés aux soins :

- revue de mortalité et de morbidité (RMM). 2009¹¹ ;
- annonce d'un dommage associé aux soins. 2011¹² ;
- outils de sécurisation de l'administration des médicaments. 2011¹³ ;
- mettre en œuvre la gestion des risques des risques associés aux soins en établissement de santé. Des concepts à la pratique. Mars 2012 (fonctions, axes de déploiement et fiches pratiques associées en tableau 2, page 11)¹⁴.

■ Un programme national pluriannuel 2013-2017 pour la sécurité des patients¹⁵ (tableau 3, page 12).

8. Circulaires DGOS/RH4/2011/210 du 06/06/11 et DGOS/RH4/2012/206 du 22/05/12.

9. www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1246165/preparer-et-conduire-votre-procedure-de-certification-v2010-revision-2011.

10. Article D 4135-1 du code de la santé publique.

11. www.has-sante.fr/portail/jcms/c_434817/revue-de-mortalite-et-de-morbidite-rmm.

12. www.has-sante.fr/portail/jcms/c_953138/annonce-d-un-dommage-associe-aux-soins.

13. www.has-sante.fr/portail/jcms/c_946211/outils-de-securisation-et-d-autoevaluation-de-l-administration-des-medicaments.

14. www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1239410/mettre-en-oeuvre-la-gestion-des-risques-associes-aux-soins-en-etablissement-de-sante.

15. www.sante.gouv.fr/pnsp.

Tableau 1. Des critères du manuel de certification à prendre en compte dans le cadre de l'activité de chirurgie ambulatoire

N°	Des critères du manuel de certification (extrait)*	Pratiques exigibles prioritaires (PEP)	Indicateurs
1.e	Politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins		
1.f	Politique et organisation de l'EPP**	X	
1.g	Développement d'une culture qualité et sécurité		
2.e	Indicateurs, tableaux de bord et pilotage de l'établissement		X
3.a	Management des emplois et des compétences		
3.b	Intégration des nouveaux arrivants		
3.d	Qualité de vie au travail***		
5.a	Système d'information		
5.c	Gestion documentaire		
8.a	Programme d'amélioration de la qualité-sécurité des soins	X	
8.d	Gestion des risques a priori		
8.f	Gestion des événements indésirables	X	
8.g	Maîtrise du risque infectieux	X	X
8.k	Gestion des équipements biomédicaux		
12.a	Prise en charge de la douleur		
14.a	Gestion du dossier du patient		
15.a	Identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge		
18.a	Continuité et coordination de la prise en charge des patients		
20.a	Management de la prise en charge médicamenteuse du patient	X	
20.a bis	Prise en charge médicamenteuse du patient		
26.a	Organisation du bloc opératoire	X	X
28.a	Mise en œuvre des démarches d'EPP		X
28.c	Démarches EPP liées aux indicateurs de pratique clinique		

Source : d'après HAS. Manuel de certification des établissements de santé. V2010, avril 2011. 110 pages.

(*) Chaque critère est explicité puis décomposé selon 3 étapes systématiques (E1. Prévoir, E2. Mettre en œuvre, E3. Évaluer et améliorer).

(**) Dont la gestion des risques a priori (démarche préventive) ou a posteriori (démarche corrective) constitue l'un des domaines d'intervention.

(***) L'attention est attirée sur le lien identifié entre qualité de vie au travail et conditions de travail d'une part et qualité des soins et bien-être d'autre part.

Tableau 2. Déploiement de gestion des risques associés aux soins en établissement de santé

3 fonctions liées	12 axes de déploiement de la démarche (complétés de 34 fiches pratiques illustrées en méthodes et outils)
Gouvernance de la gestion des risques	<ol style="list-style-type: none"> 1. Effectuer le bilan de l'existant. 2. Sur la base du bilan, définir une politique qualité-sécurité des soins et la décliner en un programme d'actions. 3. Définir, adapter ou mettre en place les structures pour le pilotage, la coordination et le traitement des risques. 4. Développer la culture de sécurité des soins et les pratiques de management associées. 5. Suivre la mise en œuvre du programme d'actions et évaluer les résultats.
Coordination de la gestion des risques	<ol style="list-style-type: none"> 6. Obtenir un consensus pour le partage de méthodes et outils validés. 7. Définir le système d'information de la gestion des risques associés aux soins. 8. Rendre lisible le dispositif de la gestion des risques associés aux soins. 9. Organiser l'accompagnement des professionnels. 10. Tracer les éléments d'identification, d'analyse et de traitement des risques. 11. Alerter l'instance de pilotage des risques sur des niveaux de risque jugés inacceptables.
Mise en œuvre opérationnelle	12. Conduire les démarches préventives et correctives d'analyse et de réduction de risques.
<ol style="list-style-type: none"> 1. Concepts et points clés pour aborder la sécurité des soins. 2. Des exigences réglementaires récentes pour la sécurité des soins en établissement de santé. 3. Des exigences du manuel de certification V2010 en matière de sécurité des soins. 4. Accréditation des médecins. 5. État des lieux en gestion des risques (approche par domaines de risques). 6. État des lieux en gestion des risques associés aux soins (approche par référentiel d'audit). 7. Mesure de la culture de sécurité des soins en établissement de santé. 8. Des repères pour évaluer et améliorer le management de la sécurité. 9. Choisir les événements et situations à risque à traiter. 10. Principes de suivi d'un programme d'actions en qualité-sécurité des soins. 11. Des règles de fonctionnement en gestion des risques associés aux soins. 12. Qualité, sécurité et gestion des risques en unités de soins, services et pôles d'activité. 13. Définir et valider un dispositif de gestion de crise. 14. Tableau de bord en qualité-sécurité des soins. 15. Recherche d'événements déclencheurs d'analyse de risque (méthode dite des « trigger tools »). 16. Audit interne. 17. Visite de risque. 	<ol style="list-style-type: none"> 18. Indicateurs en qualité-sécurité des soins. 19. Conduite d'une démarche d'analyse et de traitement des risques. 20. Fiche projet. 21. Principes généraux d'analyse d'un événement indésirable associé aux soins. 22. Revue de morbidité-mortalité (RMM). 23. Analyse d'un événement indésirable par méthode ALARM. 24. Analyse d'un événement indésirable par arbre des causes. 25. Analyse d'un processus et de ses points critiques. 26. Analyse des modes de défaillance et de leurs effets (AMDE). 27. Des causes identifiées à la définition du plan d'action et des modalités de suivi des résultats. 28. Bonnes pratiques de sécurité appliquées aux soins. 29. Check-list. 30. Fiche de retour d'expérience après analyse et traitement d'un événement indésirable. 31. Des éléments constitutifs du système d'information sur les risques associés aux soins. 32. Programmes de formation type et modalités pédagogiques. 33. Exemples d'actions en réduction de risques conduites en agissant sur les barrières de sécurité. 34. Des pistes pour aller plus loin.

Source : HAS. Mettre en œuvre la gestion des risques associés aux soins en établissement de santé. Des concepts à la pratique. Mars 2012. 217 pages.

Tableau 3. Les 4 axes du programme national pour la sécurité des patients (2013-2017)

Axe 1	Renforcement de l'information du patient et du partenariat dans la relation soignant-soigné afin de mieux permettre au patient d'être co-acteur de sa sécurité.
Axe 2	Mise en place d'une déclaration et d'une prise en compte des événements indésirables associés aux soins dans une logique d'apprentissage et d'amélioration des pratiques, via l'analyse des causes systémiques et le retour d'expérience en équipe, avec valorisation aux niveaux régional et national.
Axe 3	Pour améliorer la culture de sécurité : - introduction de la formation à la sécurité des soins dans le cursus d'études de tout professionnel de santé et son inscription à titre prioritaire dans les programmes de développement professionnel continu (DPC) ; - recours à des méthodes pédagogiques innovantes (simulation en santé) ; - mise en place, dans le cadre d'organisations définies par les ARS, de structures régionales d'appui à la qualité et la sécurité des soins pour accompagner les professionnels de santé.
Axe 4	Développement de la recherche sur la sécurité des soins associant des champs disciplinaires interagissant avec celui de la santé (sciences sociales, économie) et amélioration de la sécurité des personnes participant à la recherche clinique.

Source : d'après DGOS, DGS, HAS. Programme national pour la sécurité des patients 2013-2017. Février 2013

2.2 La démarche mise en œuvre pour ce guide (objectif, matériel, méthode)

Le volet « Analyses de risques » de l'axe 3 (encadrés 1 et 2), conduit sous l'égide de la HAS, a été traité selon les temps suivants :

- **temps 1** : au-delà de la recherche bibliographique et des constats déjà évoqués, le repérage de 5 établissements volontaires (2 centres hospitaliers, 2 cliniques, 1 CHU) aux activités de chirurgie ambulatoire et organisations associées diverses ;
- **temps 2** : la réalisation d'analyses de risques effectuées par la méthode d'analyse des modes de défaillance et de leurs effets (AMDE)^{16,17} basée sur le circuit du patient au sein de 4 établissements, complétée de visites et d'entretiens ciblés au sein de 3 établissements de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris.
Basée sur des entretiens semi-directifs conduits sur un mode inductif avec chacun des représentants des opérateurs concernés (chirurgien, anesthésiste,

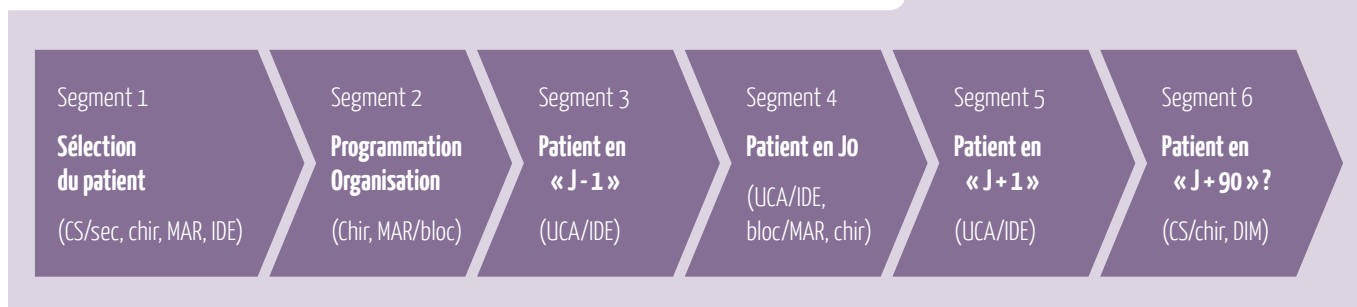
cadres de bloc et d'UCA, IDE, secrétaire, brancardier), la méthode AMDE prend en compte :

- les concepts de « processus » (prise en charge du patient abordée selon 6 segments et les étapes associées au sein de chacun d'eux), de « barrière de sécurité » et de « défense en profondeur » (encadré 4 et fiche technique n° 2) ;
- le repérage au sein de chacune des étapes des défaillances potentielles, de leurs conséquences puis de leurs causes ;
- l'identification, pour une défaillance potentielle donnée, des barrières de sécurité adaptées, successivement à type de prévention, de récupération ou encore d'atténuation des effets ;
- **temps 3** : la prise en compte des données recueillies pour la valorisation d'outils déjà utilisés ou la réalisation d'outils complémentaires utilisables par les professionnels de terrain destinés à sécuriser les organisations et les pratiques professionnelles tout au long d'un processus de prise en charge complexe et parfois instable ;

16. Méthode d'analyse de risque a priori retenue au sein du guide HAS : Mettre en œuvre la gestion des risques associés aux soins. Des concepts à la pratique. Mars 2012 (fiche n° 26 : AMDE). http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-04/okbat_guide_gdr_03_04_12.pdf.

17. AFNOR. Norme NF EN 60812. Procédure d'analyse des modes de défaillance et de leurs effets (AMDE). Août 2006. 46 pages.

Encadré 4. Le processus de prise en charge du patient abordé selon 6 segments liés¹⁸



- **temps 4** : la rédaction de recommandations en matière d'assurance de qualité et de sécurité des soins pour cette activité appelée à une croissance rapide ;
- **temps 5** : la revue des temps 3 et 4 effectuée par un groupe de travail externe composé de représentants des établissements concernés par les analyses de risques effectuées, d'organismes agréés pour l'accréditation des médecins, de gestionnaires d'établissement et d'experts en gestion des risques associés aux soins (4 réunions de septembre 2012 à février 2013).

2.3 Des analyses faisant apparaître plusieurs catégories de risques potentiels

Trois grandes catégories de risques pouvant impacter la qualité et la sécurité des soins ont été identifiées au décours de ce travail (encadré 5).

Encadré 5. Catégories de risques identifiées susceptibles d'impacter la qualité et la sécurité des soins

Risques liés au processus de prise en charge du patient relevant de facteurs techniques, humains et organisationnels avec ici des réponses en matière de recommandations et de formation (formations universitaires, DPC, etc.) des différents professionnels concernés.

Risques liés au défaut d'adhésion individuelle ou collective au changement organisationnel en cours pour les hospitalisations programmées (la chirurgie ambulatoire devenant l'offre de base, l'hospitalisation complète l'alternative).

Risques liés à des pressions institutionnelles fortes (manque de lits, incitations financières, contrats État-ARS et ARS-Établissements de santé, contrats de pôle au sein des établissements publics, procédure de mise sous accord préalable) sur des acteurs éventuellement fragiles en termes d'expérience, de compétence organisationnelle ou de culture de sécurité.

18. Cf. liste des abréviations et conventions en début de guide.

19. Inspection générale des affaires sociales. Fusions et regroupements hospitaliers : quel bilan pour les 15 dernières années ? Rapport. Mars 2012. 263.

2.4 Une production de recommandations et d'outils associés au service de tous

L'intérêt de recommandations et d'outils, communs aux différents acteurs (ARS, HAS, établissements de santé), destinés à favoriser une culture partagée et fournir des

repères communs, apparaît comme une réponse utile dans le contexte décrit, et ce indépendamment du modèle organisationnel (aucun d'entre eux ne pouvant s'exonérer d'une démarche intégrée de gestion des risques organisée)²⁰ (tableau 4).

Tableau 4. Chirurgie ambulatoire et modèles organisationnels identifiés

Structure	Locaux en ambulatoire	Bloc opératoire
Dite intégrée	Locaux dédiés (au sein d'une unité d'hospitalisation classique)	Bloc commun aux activités traditionnelles et ambulatoires (modèle prédominant en France)
Dite autonome	Locaux dédiés	Bloc dédié à l'ambulatoire situé dans le bloc traditionnel (indépendance fonctionnelle)
Dite satellite	Locaux dédiés	Bloc situé en dehors du bloc traditionnel (tout en restant dans le périmètre de l'établissement de santé avec hébergement) (indépendance fonctionnelle et géographique)
Dite indépendante	Locaux et bloc totalement détachés d'un établissement de santé (indépendance fonctionnelle, géographique et juridique) (des exemples en matière de chirurgie ophtalmologique et de la main).	

Source : d'après HAS & ANAP. Ensemble pour le développement de la chirurgie ambulatoire. Socle de connaissances. Avril 2012.

Encadré 6. Éléments de synthèse pour la partie 2

Le constat d'un niveau de maturité variable des établissements de santé, tant en matière de chirurgie ambulatoire que de gestion des risques associés aux soins.

Un besoin de recommandations structurées selon 3 niveaux intégrés, et ce indépendamment du modèle organisationnel pour l'activité de chirurgie ambulatoire (management, prise en charge sécurisée du patient, fonctions « support » ou de soutien nécessaires à cette prise en charge).

L'intérêt d'outils de gestion des risques d'exigence graduée, communs aux différents acteurs.

Le tout destiné à favoriser les actions d'harmonisation des pratiques *via* la contractualisation entre ARS et établissements de santé d'une part, les démarches d'évaluation d'autre part (suivi de la contractualisation, certification des établissements de santé, accréditation des médecins et des équipes médicales, développement professionnel continu), le retour d'expérience enfin.

20. Cf. note de bas de page n° 1.

PARTIE 3. PRINCIPES DE MANAGEMENT D'UN SYSTÈME D'ASSURANCE QUALITÉ - SÉCURITÉ DES SOINS

3.1 Préambule

La chirurgie ambulatoire repose sur des règles strictes parmi lesquelles l'application de bonnes pratiques, l'information du patient, la coordination disciplinée des équipes multidisciplinaires, la ponctualité des blocs opératoires, l'anticipation, le traitement préventif de la douleur, des nausées et des vomissements. Une bonne prise en charge implique donc que les soins, effectués dans des délais très contraints, soient strictement organisés et effectués selon des procédures préétablies en amont de l'intervention, que toutes les difficultés soient anticipées et résolues avant même la venue du patient, qu'une coordination des multiples professionnels de disciplines diverses soit prévue et effective.

Cette organisation repose sur un système d'**assurance de la qualité**^{*21} approprié, et ce indépendamment du modèle organisationnel local existant (tableau 4). Cette démarche qualité-sécurité des soins conduite dans le cadre de l'activité de chirurgie ambulatoire s'inscrit nécessairement dans le cadre général de celle mise en œuvre dans l'établissement.

3.2 Champ d'application

Sont concernés les établissements de santé comportant des structures de chirurgie ambulatoire autorisées sous la forme d'alternatives à l'hospitalisation complète (article L. 6122-1 du Code de la santé publique).

3.3 Système de management de la qualité - sécurité des soins

Les établissements de santé disposent d'un **système de management de la qualité-sécurité des soins*** visant à assurer la qualité et la sécurité de la prise en charge des patients dans le cadre de l'activité de chirurgie ambulatoire. Ce système s'inscrit dans la démarche générale de l'établissement en termes de **politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins*** et

de système d'assurance de la qualité et de gestion des risques associés aux soins de l'établissement visant à prévenir et à traiter les **événements indésirables associés aux soins*** (article L. 6111-2 du Code de la santé publique).

Dans ce cadre, les établissements de santé veillent à ce que le processus* de prise en charge des patients par chirurgie ambulatoire soit identifié et analysé en vue de garantir leur sécurité.

L'informatisation de l'activité de chirurgie ambulatoire, maîtrisée et intégrée au système d'information hospitalier, est une des conditions de sa sécurisation.

3.4 Engagement de la direction* dans le cadre du système de management de la qualité - sécurité des soins*

La direction de l'établissement, conjointement avec le président de la commission médicale d'établissement ou de la conférence médicale d'établissement, établit la politique de qualité et de sécurité des soins* de l'établissement. Celle-ci prend en compte l'activité de chirurgie ambulatoire, en lien avec le médecin coordonnateur de la structure. Elle en fixe les objectifs et le calendrier de mise en œuvre. Ces objectifs sont assortis d'indicateurs* de suivi.

Le programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins traitant de l'activité de chirurgie ambulatoire doit permettre d'atteindre ces objectifs. Il tient compte des exigences de la réglementation, du programme national pluriannuel relatif à la sécurité des patients, des données issues de la procédure de certification, de celles issues des démarches d'accréditation des médecins et équipes médicales, des résultats issus des contrôles et inspections ainsi que des analyses approfondies effectuées après survenue d'événements indésirables, dans le cadre ou non de revues de **morbidity-mortalité***. Ce programme est inséré au sein du programme d'actions institutionnel (articles L. 6144-1 et L. 6161-2 du Code de la santé publique).

21. La définition des termes marqués d'un astérisque figure dans le glossaire au point 3.10.

3.5 Dispositions organisationnelles

Une charte de fonctionnement de la structure de soins ambulatoire précise²² :

- l'organisation de la structure, en ce qui concerne notamment le personnel, les horaires d'ouverture, l'organisation des soins et le fonctionnement médical (des indicateurs de suivi de l'activité et de la qualité des soins sont obligatoirement prévus) ;
- les conditions de désignation et la qualification du médecin coordonnateur de la structure ;
- l'organisation générale des présences et de la continuité des soins assurés par les personnels concernés ;
- les modalités de mise en œuvre de la continuité des soins ;
- les formations nécessaires liées à ce mode de prise en charge et au management associé.

La direction de l'établissement, après concertation avec le président de la commission médicale d'établissement ou de la conférence médicale d'établissement, désigne un responsable du système de management de la qualité de la prise en charge par chirurgie ambulatoire, a priori le médecin coordonnateur de la structure ambulatoire.

Ce dernier, formé pour ces fonctions :

- s'assure que le système de management de la qualité est défini, mis en œuvre et évalué ;
- rend compte à la direction et à la commission ou à la conférence médicale d'établissement du fonctionnement du système de management de la qualité-sécurité des soins ;
- propose à la direction et à la commission médicale ou conférence médicale d'établissement les actions d'amélioration qu'il estime nécessaires.

Le responsable du système de management de la qualité de la prise en charge par chirurgie ambulatoire, lorsqu'il n'est pas le médecin coordonnateur de la structure ambulatoire ou le coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins (article R. 6111-4 du Code de la santé publique), dispose de l'autorité nécessaire pour l'exercice de ses missions.

3.6 Système documentaire

La direction de l'établissement veille à ce qu'un **système documentaire*** relatif à l'assurance qualité et à la sécurité de la prise en charge par chirurgie ambulatoire soit établi. Celui-ci contient les documents suivants, régulièrement tenus à jour :

- un manuel qualité* comprenant :
 - la liste des documents internes et **documents de référence*** relatifs à cette activité²³,
 - la politique de qualité-sécurité des soins en matière de chirurgie ambulatoire,
 - la charte de fonctionnement de l'activité ambulatoire, définie localement et tenue à jour annuellement (article D. 6124-305 du code de la santé publique), dont la liste des actes chirurgicaux, types de patients pris en charge, critères de sortie et signature(s), etc.,
 - la charte de fonctionnement du bloc opératoire associé, notamment en cas de bloc partagé avec le reste de l'activité chirurgicale, précisant les relations avec l'activité ambulatoire en assurant sa priorisation compte tenu des objectifs nationaux,
 - des indicateurs de suivi périodique (par exemple : 1. pour la journée d'ambulatoire : taux de déprogrammations, taux de retours en salle d'opération, taux de retards de sortie, taux d'admissions en hospitalisation conventionnelle ; 2. après la sortie : taux de consultations non programmées, taux de réadmissions non programmées),
- une description des processus de prise en charge et de leurs interactions, puis des procédures* et modes opératoires* nécessaires associés ;
- les outils relatifs à la sécurité de prise en charge : passeport(s) ambulatoire(s), listes d'actions à effectuer*, *check-lists** et documents de liaison, parcours de soins* au moyen de chemins cliniques* établis sur la base de la liste tenue à jour des actes techniques interventionnels généralement pratiqués par la structure et des indicateurs associés, etc. ;
- les documents d'enregistrement* assurant la traçabilité* nécessaire : dossier du patient, *check-lists*, documents de liaison, prescriptions diverses et

22. Décret n° 2012-969 du 20/08/12 modifiant certaines conditions techniques de fonctionnement des structures alternatives à l'hospitalisation.

23. Cf. illustration en fiche technique n° 5.

suivi de leur réalisation, comptes rendus médicaux, document pour déclaration interne des événements indésirables associés aux soins et dysfonctionnements liés à l'activité en vue de leur analyse et des actions d'amélioration associées, etc. ;

- une étude des risques* encourus par les patients au cours de la prise en charge par chirurgie ambulatoire, régulièrement tenue à jour au moyen des retours d'expérience issus de l'analyse approfondie des événements indésirables (cf. infra 3.8).

La direction de l'établissement s'assure que la **gestion documentaire*** est fonctionnelle et intégrée au système documentaire institutionnel. Elle veille à ce que la documentation soit :

- diffusée et accessible à tout moment au personnel impliqué dans la prise en charge par chirurgie ambulatoire ;
- revue à une périodicité définie pour vérifier son adéquation avec l'évolution des recommandations, de l'organisation et des pratiques.

La gestion du système documentaire peut être dématérialisée ou à défaut manuelle.

3.7 Responsabilité et formation du personnel

Responsabilité

En lien avec la charte de fonctionnement, la direction de l'établissement formalise les responsabilités, autorités et délégations de responsabilité de son personnel à toutes les étapes du processus de prise en charge par chirurgie ambulatoire dans le respect de la réglementation et des compétences en vigueur. La direction les communique à tout le personnel impliqué directement ou indirectement dans la prise en charge du patient.

Formation des personnels

La direction de l'établissement s'assure de la prise en compte des exigences relatives à la qualité et la sécurité de la prise en charge dans le cadre des obligations de formation (article D. 6124-301-1 du Code de la santé publique).

Une formation spécifique, décrite dans la charte de fonctionnement, s'impose pour tous les membres participant à la prise en charge du patient en chirurgie ambulatoire, en particulier quant à la sécurité des soins, incluant les nouveaux arrivants et éventuels personnels intérimaires

ou lors de la mise en œuvre d'une nouvelle procédure ou d'un nouveau mode opératoire (article D. 6124-305 du Code de la santé publique).

La formation spécifique à la mise en œuvre des procédures et modes opératoires est intégrée au **développement professionnel continu***.

3.8 Démarche de gestion des risques

Gestion des risques dite a priori*

La direction de l'établissement, après concertation avec le président de la commission médicale d'établissement ou de la conférence médicale d'établissement, fait procéder à une étude des risques encourus par les patients dans une optique de prévention des événements indésirables. Ceci selon une méthode validée (par comparaison à un référentiel d'évaluation, par repérage et hiérarchisation des situations à risque ou bien encore par analyse approfondie du processus de prise en charge ou parcours de soins, de ses étapes successives et des points critiques associés).

Cette étude porte sur les risques pouvant aboutir à un événement indésirable à chaque étape de la prise en charge. Elle prend en compte les exigences réglementaires, les recommandations de bonnes pratiques professionnelles pour réduire les risques jugés évitables et les retours d'expérience issus de l'analyse approfondie des événements indésirables associés aux soins. La communication interprofessionnelle relative à la sécurité des patients au sein des segments et entre segments fera l'objet d'une attention particulière.

Sur la base de l'étude de risques, la direction de l'établissement veille à l'élaboration de procédures, et le cas échéant de modes opératoires, intégrant les différentes responsabilités des personnels impliqués directement ou indirectement dans la prise en charge des patients. Ces documents permettent de préciser les points de sécurité essentiels (notamment pour chacun des risques identifiés en termes de barrières de sécurité appropriées à de type de prévention et de récupération d'erreurs ou encore d'atténuation des effets en cas d'incident débütant), cela selon 6 segments successifs (encadré 7).

Encadré 7. La prise en charge des patients en chirurgie ambulatoire abordée selon 6 segments

Segment 1 : en matière d'éligibilité du patient en lien avec la charte de fonctionnement interne, d'information correctement réalisée, de son consentement et de sa participation au processus de soins, de la remise commentée des documents associés, de demande de programmation opératoire et de réservation du matériel chirurgical et/ou anesthésique spécifique nécessaire, de réservation de la place dans l'unité ambulatoire.

Segment 2 : en matière d'organisation de la prise en charge du patient éligible quant aux modalités de la programmation anesthésique et chirurgicale puis de sa validation (notamment en cas plateau technique partagé avec d'autres activités), de la disponibilité de la salle d'intervention, du personnel et du matériel nécessaire à l'intervention et à l'anesthésie, le tout en lien avec les règles de la charte de fonctionnement du bloc opératoire.

Segment 3 : en matière d'actions à mener dans les 24 à 48 heures précédant l'intervention prévue (programmation et gestion des admissions, appel téléphonique des patients, rappel des consignes et vérifications associées, dernières instructions, voire report ou annulation éventuelle de l'acte si nécessaire).

Segment 4 : le jour de l'intervention, en matière de prise en charge du patient d'une part (dans le respect de la charte de fonctionnement et des délais prévus depuis l'accueil jusqu'à la sortie), de qualité des informations (survenue éventuelle d'événements bénins liés à l'intervention, numéros de téléphone pour la première nuit et les jours suivants) et actions nécessaires à la continuité des soins (ex. : pose de cathéters pour gestion de la douleur après la sortie, etc.) d'autre part.

Segment 5 : en matière de suivi immédiat après la sortie (appel téléphonique de l'unité ambulatoire du lendemain voire des jours suivants, vérifications associées, éventuels suivis infirmiers en cas de cathéter posé pour gestion de la douleur, disponibilité de l'unité ambulatoire pour répondre à des appels).

Segment 6 : au-delà en matière de suivi, d'évaluation des résultats et de gestion des complications éventuelles.

Des méthodes et outils de prévention et de réduction des risques (bonnes pratiques de sécurité notamment)

destinés à l'amélioration et à la sécurisation de la prise en charge des patients sont mis en œuvre (tableau 5).

Tableau 5. Une démarche préventive en réduction des risques conduite par étapes successives

Progresser par étapes	Objectifs	Méthodes et outils	Fiches n° (**)
Étape 1 Outils pour démarrer	Procéder à un état des lieux général	Référentiel d'audit interne (**)	6
	Agir sur la base de règles communes nécessaires et accessibles aux patients	Passeport(s) ambulatoire(s)	7
Étape 2 Outils de 1 ^{re} intention	Sécuriser les points critiques et situations à risque associés à la prise en charge des patients	Listes, <i>check-lists</i> et documents de liaison	8 à 14
		Repérage et hiérarchisation de situations à risque pour les patients	16
	Évaluer la satisfaction des usagers	Évaluation de la satisfaction des usagers	17
Étape 3	Intégrer dans une représentation partagée les différents éléments du parcours de soins	Chemins cliniques (et indicateurs associés)	18
Étape 4 Outils de 3 ^e intention	Renforcer l'analyse de risques par une évaluation systématique du dispositif de sécurité	Grille d'analyse de risques par méthode d'analyse des modes de défaillance, de leurs effets et de leur criticité (AMDEC)	19

(*) Cf. fiches techniques concernées en partie 4.

(**) Référentiel d'activité venant compléter les critères du manuel de certification V2010 à prendre en compte (cf. partie 2, tableau 1).

Gestion des risques dite *a posteriori**

La détection, la déclaration et le suivi des événements indésirables associés aux soins constituent l'un des leviers du management de la gestion des risques. Toute personne impliquée directement ou indirectement dans la prise en charge du patient est tenue dès lors de déclarer les événements indésirables et dysfonctionnements dont elle a connaissance.

La direction de l'établissement, après concertation avec le président de la commission médicale d'établissement ou de la conférence médicale d'établissement, en lien avec le coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins, met en place une organisation pour l'analyse des événements indésirables et des dysfonctionnements. Cette organisation regroupe les compétences des différents professionnels impliqués directement ou indirectement dans la prise en charge du patient. Elle :

- priorise les déclarations internes à analyser ;
- procède, par la méthodologie appropriée, à l'analyse pluriprofessionnelle et interdisciplinaire des causes ;
- propose des actions d'amélioration pour chaque déclaration analysée ;
- fait valider l'analyse de causes et le plan d'actions par le niveau de responsabilité approprié ;
- assure la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des résultats des actions engagées.

3.9 Échéancier de mise en œuvre

La démarche des pouvoirs publics s'inscrit dans un cycle stratégique (cycle d'une durée moyenne de 4 années mettant en œuvre une réglementation, un contrat pluriannuel entre État et ARS, des schémas régionaux

d'organisation sanitaire et sociale, des contrats plurianuels entre ARS et établissements de santé, des projets d'établissement adaptés en conséquence).

Les aspects relatifs à la sécurité des soins doivent, eux, être abordés et si besoin renforcés sans tarder. Plusieurs leviers sont identifiables à cette fin :

- la veille en matière de réglementation applicative et de ses évolutions (ex. : décret du 20/08/12 avec ses obligations, notamment en matière de charte de fonctionnement et de formation des personnels concernés) ;
- l'évaluation des organisations et des pratiques existantes, par exemple au moyen des méthodes et outils proposés par ce guide (ex. : référentiel d'audit interne, repérage de situations à risque) mais aussi d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) ;
- la mise en œuvre des recommandations en matière d'assurance qualité-sécurité des soins et des actions d'amélioration continue associées.

Le programme, outil essentiel d'un management par la qualité et la sécurité, favorise la hiérarchisation, l'engagement et le suivi périodique des actions à mener, en interne, mais aussi dans le cadre de la contractualisation entre établissements et tutelles. Cette programmation sera attentive aux actions à conduire favorisant une bonne gestion des interfaces entre segments et acteurs concernés (tableau 6).

3.10 Glossaire

- **Actions d'amélioration** : ensemble des actions permettant de corriger un dysfonctionnement ou une situation accidentelle, d'en éliminer la ou les causes, d'en réduire ou d'éliminer les effets, réels ou potentiels.
- **Assurance de la qualité** : partie du management de la qualité visant à donner confiance en ce que les exigences pour la qualité seront satisfaites.
- **Check-list** : liste permettant de s'assurer une dernière fois avant une action irréversible que les prérequis indispensables à la sécurité sont bien disponibles. À défaut, il convient d'arrêter l'action en cours et d'alerter (« *no go* » des Anglo-Saxons). Dans le cas d'une intervention chirurgicale, l'utilisation de

la *check-list* HAS « Sécurité du patient au bloc opératoire » vise à améliorer le partage des informations et à réaliser une vérification croisée de critères considérés comme essentiels avant, pendant et après toute intervention. La mise en œuvre de cet outil a démontré son efficacité pour diminuer de manière significative la morbi-mortalité postopératoire²⁴.

- **Chemin clinique** : outil d'organisation et de planification d'une activité pluridisciplinaire, établi pour la prise en charge coordonnée des patients pour une pathologie donnée, favorisant le repérage des étapes et points essentiels à prendre en compte tout au long du parcours de soins.
- **Démarche de gestion des risques a posteriori** : démarche réactive ou corrective axée sur l'analyse rétrospective des événements indésirables et le traitement des causes identifiées.
- **Démarche de gestion des risques a priori** : demande préventive ? sur l'analyse et la mise en œuvre de mesures susceptibles d'empêcher ou de limiter la survenue d'événements indésirables.
- **Développement professionnel continu** : dispositif d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins qui comporte l'analyse, par les professionnels, de leurs pratiques ainsi que l'acquisition ou l'approfondissement des connaissances ou de compétences. Il constitue pour tous les professionnels de santé une obligation individuelle et annuelle qui s'inscrit dans une démarche permanente.
- **Direction** : le directeur ou président du directoire d'un établissement de santé public ou le représentant légal d'un établissement de santé privé ou privé d'intérêt collectif mentionné au 3.2.
- **Documents de référence** : réglementation concernée, recommandations de bonnes pratiques issues d'institutions, de sociétés savantes ou de collèges professionnels, conventions, chartes de fonctionnement.
- **Enregistrement** : document fournissant des preuves tangibles concernant des activités effectuées ou des résultats obtenus. Un enregistrement peut être écrit ou conservé sur un support de données sécurisées.
- **Étude de risques** : démarche utilisant l'information disponible pour l'identification de situations dangereuses, l'estimation du niveau de risque en termes de conséquences potentielles et l'évaluation de son niveau d'acceptabilité dans un contexte donné.

24. www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1048545/securete-du-patient.

Tableau 6. Exemple d'échéancier proposé sur une base trimestrielle

Actions à mener	Qui/ avec quoi	Année 2013				Année 2014				2015
		Trim 1	Trim 2	Trim 3	Trim 4	Trim 5	Trim 6	Trim 7	Trim 8	Etc.
1. Charte de fonctionnement (décret 28/08/12)		Rédact. / Valid. Envoi vers ARS								
2. Audit de démarrage Information, mise en œuvre	*									
3. Actions relatives au management et coordination de l'activité										
Définir le plan d'action post-audit										
Réaliser une étude de risques										
Structurer le système documentaire										
Mettre en œuvre des indicateurs, etc.										
4. Actions relatives à la prise en charge des patients (segments et communication entre segments successifs et acteurs concernés)										
Actions en segment 1 (éligibilité) Ex.1 : passeport(s) ambulatoire(s) Ex.2 : documents de liaison										
Actions en segment 2 (programmation, organisation) Ex. :										
Actions en segment 3 (« J-1 ») Ex. : <i>check-list</i>										
Actions en segment 4 (« J0 ») Ex.1 : <i>check-lists</i> et documents de liaison Ex.2 : EPP relative à la douleur Ex.3 : évaluation satisfaction										
Actions en segment 5 (« J+1 ») Ex. : <i>check-list</i>										
Actions en segment 6 (au-delà)										
5. Actions relatives aux fonctions « support » ou de soutien										
Ressources humaines Ex.1 : formation (décret 28/08/12)										
Locaux et circuits										
Matériels et équipements										
Système d'information										
Etc.										

(*) Cf. fiche technique n° 6.

- **Événement indésirable associé aux soins** : tout incident préjudiciable à un patient hospitalisé survenu lors de la réalisation d'un acte de prévention, d'une investigation ou d'un traitement (décret n°2010-1408 du 12/11/10).
- **Gestion documentaire** : ensemble de règles définissant les modalités d'élaboration, de codification, de validation, de classement, de sécurisation, de diffusion, de mise à jour, d'archivage et de destruction des documents ayant un impact sur la qualité et la sécurité des soins.
- **Gestion des risques associés aux soins** : démarche organisée visant à assurer la sécurité des patients, et en particulier à diminuer le risque de survenue d'événements indésirables associés aux soins.
- **Indicateur** : valeur d'un paramètre pertinent permettant d'évaluer et de suivre les caractéristiques d'une activité et de prendre au plus tôt les dispositions nécessaires.
- **Liste d'actions à effectuer** : liste d'actions élémentaires permettant à l'opérateur de s'assurer que les actions sont effectuées dans le bon ordre et que rien ne soit oublié (« *to do list* » des Anglo-Saxons).
- **Management de la qualité** : activités coordonnées pour orienter et contrôler une organisation visant à fournir régulièrement des prestations conformes aux attentes des usagers et aux exigences (réglementation, certification, décisions internes, etc.).
- **Manuel qualité** : document précisant le système de management de la qualité d'une structure ou d'un organisme, et notamment l'organisation en place.
- **Mode opératoire** : généralement mono-acteur, ce type de document décrit de façon détaillée comment doit être effectuée une tâche précise à un poste déterminé (ex. : lavage de mains, vérification d'identité du patient, gestion d'un logiciel de prescription, etc.).
- **Objectifs de la qualité** : ce qui est recherché ou visé en matière de qualité et de sécurité des soins.
- **Parcours de soins** : démarche visant à décrire l'organisation de la prise en charge globale et coordonnée de patients dans un contexte donné, en identifiant les étapes et points critiques du parcours en vue d'harmoniser les pratiques professionnelles en regard, en identifiant aussi les rôles clés et l'implication des patients, voire de leur entourage, notamment par l'éducation thérapeutique.
- **Politique d'amélioration continue de la qualité-sécurité des soins** : orientations et intentions générales relatives à la qualité et à la sécurité telles que définies par la direction de l'établissement.
- **Procédure** : manière spécifiée d'accomplir une activité ou un processus. Pour ce faire, le document précise le but à atteindre, les dispositions à suivre, les responsabilités d'exécution et de surveillance, les interfaces concernées et les enregistrements. Une procédure concerne généralement plusieurs fonctions et/ou postes de travail. Elle fait référence à des documents complémentaires (le comment) tels que modes opératoires, instructions ou consignes.
- **Processus** : suite d'étapes et d'activités au service d'un objectif identifié et mesurable.
- **Revue de mortalité et de morbidité** : analyse collective, rétrospective et systématique de cas marqués par la survenue d'un décès, d'une complication ou d'un événement qui aurait pu causer un dommage à un patient, avec pour objectif la mise en œuvre et le suivi d'actions pour améliorer la prise en charge des patients et la sécurité des soins.
- **Système documentaire** : ensemble écrit, ordonné et tenu à jour en tant que de besoin, constitué du manuel qualité, des procédures, modes opératoires, documents d'enregistrement et documents d'information validés remis aux patients.
- **Système de management de la qualité-sécurité des soins** : système permettant d'établir une politique et des objectifs pour orienter et contrôler un organisme en matière de qualité et de sécurité afin d'atteindre ces objectifs.
- **Traçabilité** : aptitude à retrouver l'historique, la mise en œuvre, les résultats ou l'emplacement de ce qui est examiné.

PARTIE 4. MÉTHODES ET OUTILS POUR LA SÉCURITÉ DES PATIENTS

4.1 Liste des fiches techniques proposées

Les fiches techniques illustrées proposées, relatives à des méthodes et outils pour la plupart, viennent en soutien des principes de management d'un système d'assurance qualité-sécurité des soins présentés en

partie 3. Construites à partir de plusieurs sources complémentaires (documentation, unités de chirurgie ambulatoire visitées, analyses de risques effectuées, observations issues du groupe de travail externe réuni par la HAS), elles sont classées selon 4 champs (tableau 7).

Tableau 7. Des fiches techniques illustrées pour aider dans les actions de renforcement de la sécurité

N°	Intitulé de la fiche technique	Page
Management de la démarche		
1	Éléments de construction d'un projet de chirurgie ambulatoire	25
2	Des concepts à partager pour « penser et agir ensemble » sur la sécurité des patients	26
3	Des bonnes pratiques de sécurité appliquées aux soins	30
4	Renforcer la démarche de gestion des risques. Éléments de management	34
5	La maîtrise des documents en activité de chirurgie ambulatoire	37
Un référentiel d'évaluation interne pour effectuer un état des lieux		
6	Référentiel d'évaluation relatif à la sécurité en chirurgie ambulatoire	40
Des méthodes et outils pour consolider la démarche préventive de gestion des risques		
7	Passeport(s) ambulatoire(s) (segment 1)	54
8	Check-list « Critères de sélection pour la chirurgie ambulatoire » (segment 1)	56
9	Document de liaison pour la prescription et les renseignements à destination du bloc opératoire en vue de la préparation d'une intervention chirurgicale (segment 1)	58
10	Check-list « Fin de consultation anesthésie en vue d'intervention » (segment 1)	61
11	Listes pour la préparation du matériel en vue d'intervention chirurgicale ambulatoire (segment 2)	63
12	8 check-lists de « J-1 » à « J+1 » (segments 3, 4 et 5)	65
13	Document de liaison interne « Service/Bloc/Service » (segment 4)	77
14	Document de surveillance postinterventionnelle (segment 4)	81
15	Liste « Actions à effectuer en cas d'appel d'un patient ou d'un proche » (segments 3, 5, 6)	83
16	Principes de repérage, de hiérarchisation et de traitement de situations à risque pour les patients	84
17	Évaluation de la satisfaction des usagers (patients et correspondants)	87
18	Chemin clinique (et indicateurs associés) (1) *	88
19	Analyse des modes de défaillance, de leurs effets et de leur criticité (AMDEC)	93
Des méthodes et outils pour consolider la démarche corrective de gestion des risques		
20	Notification des événements indésirables associés aux soins	97
21	Principes d'analyse d'un événement indésirable associé aux soins	100
22	Événement porteur de risques et accréditation des médecins	104

(*) Le chemin clinique est alimenté par les fiches techniques n° 7 à 14.

4.2 Fiches techniques

Avertissement (rappel)

Une distinction doit être faite au sein des fiches techniques proposées dans ce guide entre la méthode de gestion des risques évoquée dans ses principes génériques, aspect essentiel de l'ouvrage, et des contenus « métier » (chirurgie, anesthésie, soins) issus du terrain, avec ici des choix pouvant relever des professionnels et équipes concernés.

Fiche technique n° 1

Éléments de construction d'un projet de chirurgie ambulatoire

Un document émis par le ministère de la santé fournit des éléments d'un programme de formation (à enrichir au moyen de ce guide) à la construction d'un projet de chirurgie ambulatoire (extrait de l'annexe 11 présenté ci-dessous)²⁵.

Intitulé	Construction d'un projet de chirurgie ambulatoire
Contexte	Avertissement : cette partie, non rapportée ici, de l'annexe 11 de la lettre-circulaire citée en référence est reprise, actualisée et développée dans les parties 1 (Contexte et problématique) et 2 (Sécurité des patients en chirurgie ambulatoire) de ce guide.
Objectifs de la formation	<ul style="list-style-type: none">• Acquérir une culture (organisationnelle et de qualité des soins) de la chirurgie ambulatoire.• S'approprier les outils existants permettant d'analyser et d'élaborer un parcours de soins (ou « chemin clinique »), d'élaborer et de mettre en œuvre un projet de chirurgie ambulatoire.
Éléments du programme (*)	<ul style="list-style-type: none">• Formation théorique sur les aspects réglementaires, les bonnes pratiques dans le domaine de la chirurgie ambulatoire, à l'appui des recommandations institutionnelles ou professionnelles existantes (HAS, ANAP, AFCA, SFAR, FCVD, CNCE, etc.).• Réalisation d'un état des lieux de l'offre et de la demande de chirurgie ambulatoire dans son établissement ; définition d'objectifs de développement.• Analyse et définition pratique d'un parcours de soins (ou « chemin clinique ») et utilisation des outils disponibles : organisation des flux, gestion sécurisée des risques, harmonisation des procédures, gestion concertée de l'information, etc.• Gestion des risques au bloc opératoire et en chirurgie interventionnelle : typologie des événements indésirables, fréquence, causes, conséquences cliniques, médico-légales, etc. (sources : sociétés savantes, ENEIS, données des assureurs, ANAP, etc.) ; outils de management de la qualité et de la sécurité de l'opéré : moyens de prévention des erreurs de bloc opératoire et en chirurgie interventionnelle.• Méthode d'élaboration d'un projet d'organisation au sein d'une unité de chirurgie, indicateurs d'évaluation, indicateurs qualité.
Public	<ul style="list-style-type: none">• Cadres de santé, hygiénistes (biomédical, stérilisation)• IDE (bloc, anesthésie, consultation, hospitalisation), aides-soignants• Secrétaires, personnel d'accueil, personnel administratif
Observations complémentaires	Il serait souhaitable d'organiser des formations associant des personnels d'une même unité, avec la participation de médecins de la structure (chirurgiens, anesthésistes).

(*) Programme à compléter et actualiser sur la base du présent guide, en particulier quant au processus de prise en charge du patient abordé selon 6 segments liés entre eux.

25. Lettre-circulaire n° DGOS/RH4/2011/210 du 06/06/11 relative aux axes et actions de formation nationales prioritaires à caractère pluriannuel, concernant l'ensemble des agents des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 09/01/86 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière. www.circulaires.gouv.fr/pdf/2011/06/cir_33286.pdf ou www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2011/11-07/ste_20110007_0100_0064.pdf.

Fiche technique n° 2

Des concepts à partager pour « penser et agir ensemble » sur la sécurité des patients

Quelques concepts, présentés et expliqués pas à pas à l'occasion de situations concrètes, favorisent la capacité d'une équipe à penser et agir ensemble en gestion des risques associés aux soins. Ce qui suppose des temps de réunion et de réflexion périodiques, élément parmi d'autres de la qualité de vie au travail, paramètre corrélé avec l'amélioration de la culture de sécurité et une survenue moindre d'événements indésirables associés aux soins.

1. Concept de processus

Un processus est défini comme une suite d'étapes et d'activités au service d'un objectif identifié et mesurable.

Chacune des étapes est productrice d'une contribution précise qu'il convient d'identifier en termes d'enjeux et de résultat attendu, de contenu, de qualité et de sécurité des contributions.

Un processus se pilote, en amont par la « norme » (réglementation, recommandations, conventions, décisions internes), en aval par les résultats (évaluations diverses dont le suivi régulier de la satisfaction, dysfonctionnements, événements indésirables éventuels).



La bonne volonté et le savoir-faire implicite des professionnels engagés dans une action commune ne sauraient garantir à eux seuls la qualité, la sécurité et l'efficacité d'un processus de soins. L'activité de chirurgie ambulatoire est une activité complexe et potentiellement instable. La maîtrise des risques passe par la description des processus essentiels selon 3 niveaux : pilotage et régulation, prise en charge du patient (sur la base des

6 segments successifs évoqués, des étapes et points clés associés), fonctions dites de soutien (ou « fonctions support ») sans lesquelles la prise en charge du patient ne pourrait se faire correctement.

Une **cartographie des processus** constitue donc une première étape, la démarche de gestion des risques se faisant par champs successifs, pas à pas en fonction des enjeux et priorités immédiates.

1. Management (direction, instances, régulation)

3. Prise en charge du patient	Segment 1				S2	S3	Segment 4 (« J0 »)										S5	S6			
	Accueil administratif	Consultation chirurgicale	Consultation anesthésique	Gestion des examens complémentaires	Programmation opératoire	Planification des ressources	Appel du patient en J-1	Accueil du patient en J0	Préparation du patient	Transfert du patient vers le bloc	Préparation anesthésique	Transfert du patient en salle d'opération	Installation du patient	Intervention chirurgicale	Transfert du patient en SSPI	Surveillance du patient en SSPI	Transfert du patient en UCA	Surveillance du patient en UCA	Préparation de la sortie	Sortie du patient	Appel du patient en J+1, voire au-delà

2. Soutien	Ressources humaines	Matériels	Logistique (transports, linge, stérilisation, approvisionnements, pharmacie, médicaments, dispositifs médicaux, etc.)	Système documentaire
	Locaux et circuits	Hygiène hospitalière		Système assurance qualité-sécurité
	Système d'information et d'aide à la décision (planification, réservation, dossier du patient, notification des événements indésirables, indicateurs et tableau de bord, etc.)			

Il convient de rappeler ici les 10 points de maîtrise d'un processus

- Le responsable, les limites, les « clients », les « fournisseurs » et les interfaces sont identifiés.
- Les besoins du « client » (patient et/ou professionnel destinataires de la prestation) sont connus.
- Des indicateurs permettent de mesurer la satisfaction des « clients ».
- Les risques de défaillance sont évalués.
- Les risques résiduels sont couverts par vérification ou contrôle le plus en amont possible.
- Le processus est décrit dans des documents de référence.
- Les éléments de preuve sont archivés et utilisables pour donner confiance.
- Les dispositions sont connues et appliquées par les acteurs.
- Les défaillances sont traitées en curatif et en préventif.
- L'efficacité du processus (ou atteinte des objectifs) est évaluée.

L'évaluation d'un processus (quoi, qui, avec quoi, quand et comment à chacune des étapes) se fera selon le contexte par une ou des méthodes combinées entre elles : par comparaison à un référentiel (audit, audit cli-

nique, visite de risque), par analyse de processus, par indicateurs, par analyse des causes dans le cadre d'un dysfonctionnement (événement indésirable associé aux soins par exemple).

2. Concepts de qualité et de sécurité

La qualité traduit la satisfaction par rapport à des attentes qui se doivent d'être préalablement identifiées et traduites en éléments mesurables (les spécifications). Ces

attentes relèvent de 8 dimensions étroitement liées entre elles, parmi lesquelles la sécurité (cf. illustration relative à la qualité de prise en charge de la douleur). Autrement dit, la sécurité ne constitue qu'un des aspects de la qualité des soins.

Huit dimensions de la qualité	Des attentes dans le champ des soins	Application à la prise en charge de la douleur	Éléments de mesure ?
Caractère approprié	Pertinence	Respect des recommandations, du terrain, etc.	
Sécurité	Innocuité	Repérage et maîtrise de situations à risque : maîtrise de l'équipement (pompe), compétences validées, protocoles validés, tenus à jour et connus, etc. (avec les barrières associées en matière de prévention et de récupération d'erreurs)	
Acceptabilité	Respect de la dignité et de l'intimité, confort, empathie	<ul style="list-style-type: none"> • Prévention et traitement systématique de la douleur liée aux soins. • Information du patient 	
Accessibilité	Accéder aux soins, de manière égale, sans perte de chance	<ul style="list-style-type: none"> • Disponibilité des compétences médicales et paramédicales • Approvisionnement assurés • Protocoles disponibles 	
Délivrance au bon moment	Temps et contexte appropriés	<ul style="list-style-type: none"> • Écoute du patient • Disponibilité du personnel, du matériel 	
Continuité	Entre professionnels en établissement, entre ville et hôpital	<ul style="list-style-type: none"> • Accès constant aux données du patient • Instructions précises sur documents de liaison 	
Efficacité	Atteinte des objectifs	Prévention réussie, douleur apaisée	
Efficience	Efficacité au meilleur coût	Maîtrise des coûts en situation d'apaisement	

3. Concept de barrières de sécurité

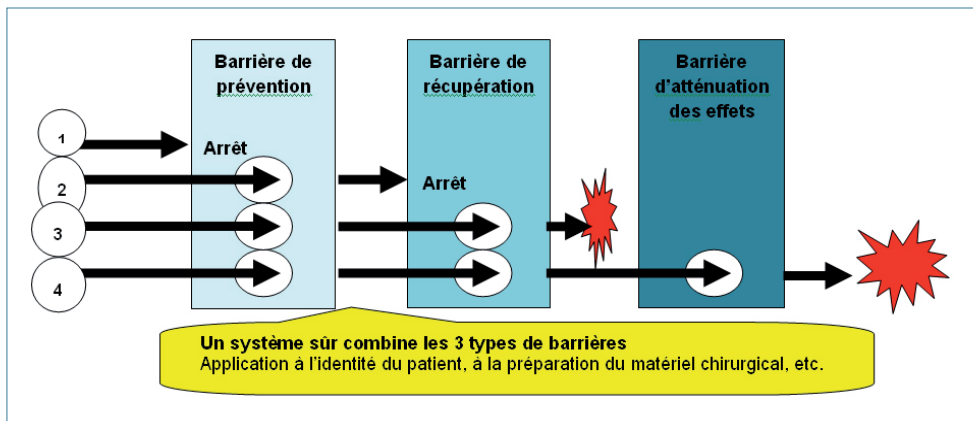
Le flux d'erreurs par être humain au travail peut être considérable. La sécurité ne consiste pas à vouloir supprimer les erreurs mais à les gérer de façon adaptée. Une barrière de sécurité est un dispositif de nature humaine, technique ou organisationnelle destiné à prévenir un type d'erreur ciblé, ou à défaut à pouvoir le repérer et le neutraliser à temps (récupération) avant un impact négatif sur la sécurité des soins (cf. 1^{er} schéma ci-contre).

Loin de tout prévenir (utopie), un bon système de gestion des risques « est un système qui se récupère bien ». Or il est fréquent en milieu de soins de considérer que chacun sait ce qui doit être fait (surestimation des barrières de prévention) sans se préoccuper suffisamment de façon anticipée, collective et méthodique, des systèmes de

récupération, voire d'atténuation des effets en cas de survenue d'incident débutant. La mise en œuvre d'une telle démarche ne peut s'inscrire que dans le cadre d'un projet de service exigeant en matière de développement de la culture de sécurité et d'un management adapté.

Deux liens immédiats sont à faire ici :

- avec les « bonnes pratiques de sécurité » appliquées aux soins (objet de la fiche technique suivante), liste, *check-lists* et documents de liaison utilisés tout au long du parcours du patient par exemple ;
- avec les outils d'évaluation proposés dans ce guide (référentiel d'évaluation interne, repérage de situations à risque, chemin clinique, grille d'évaluation AMDEC) destinés à apprécier ou définir localement les diverses barrières de sécurité.



Situation 1 : erreur prévenue
(ex. : demande de précision relative à une prescription non comprise)

Situation 2 : erreur récupérée
(ex. : erreur de médicament dépistée avant administration)

Situation 3 : accident constitué atténué
(ex. : hémorragie peropératoire dépistée)

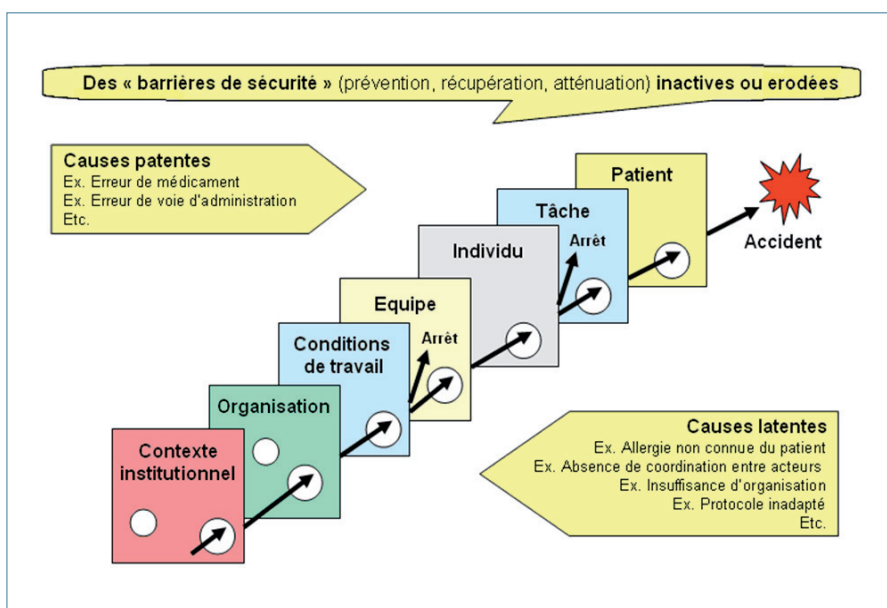
Situation 4 : accident constitué
(ex. : erreur de côté)

4. Concept de « défense en profondeur »

Précisé dans les années 80 par J. Reason, ce concept vulgarisé en prenant l'image du « fromage suisse » propose un système explicatif de la genèse des accidents. Il repose sur l'existence au sein des organisations, ici les organisations de santé, de plusieurs catégories de « plaques » successives (depuis l'institution, le management, le milieu et les conditions de travail, l'équipe, l'individu et la tâche à accomplir jusqu'au patient). Chacune de ces plaques est susceptible pour un risque donné (ex. : erreur d'identité du patient) de générer une défaillance qui sera arrêtée (« récupérée ») ou non par la plaque suivante. Une succession de défaillances non récupérées peut aboutir à un accident (schéma ci-dessous). À moins qu'il ne soit arrêté au tout dernier moment : « échappée belle » des Québécois ou encore « événement porteur de risque » (EPR).

Ce système explicatif a deux implications immédiates :

- en matière de méthodologie d'analyse d'un événement indésirable associé aux soins (identification et caractérisation des facteurs contributifs au moyen de la méthode ALARM) (fiches techniques n°21 et 22) ;
- en matière de prévention des événements indésirables : celle d'une réflexion continue et collective quant à la combinaison judicieuse, au positionnement et à la nature des barrières de sécurité à mettre en œuvre tout au long du parcours du patient face à des risques préalablement identifiés (erreur d'identité, défaut d'information associée aux soins, erreur de côté, etc.).



Pour aller plus loin

HAS. Mettre en œuvre la gestion des risques associés aux soins en établissement de santé. Des concepts à la pratique. Mars 2012 (fiche n° 2)

Fiche technique n° 3

Des bonnes pratiques de sécurité appliquées aux soins

Un plan d'actions en réduction de risques comporte pour chacun des risques identifiés une combinaison réfléchie de barrières de sécurité de trois sortes : prévention d'erreur, récupération d'erreur, atténuation des effets (cf. fiche technique n° 2). Ces barrières peuvent être de natures diverses, organisationnelles, techniques et humaines (comportementales par exemple).

Ces dernières peuvent être codifiées sous la forme de bonnes pratiques de sécurité, déjà largement utilisées dans d'autres secteurs d'activité (aéronautique, nucléaire, transports, etc.) et transposables dans les organisations de santé sous réserve d'une compréhension réelle du sens et d'une pédagogie adaptée en conséquence.

Bonnes pratiques	Description	Objectif de la pratique	Mise en œuvre	Des applications en chirurgie ambulatoire
1. Réunion avant action (« <i>briefing</i> »)	Exposé précis, écrit ou oral, jetant les bases d'un problème ainsi que les objectifs à atteindre. Il peut éventuellement prendre la forme d'une réunion d'information en vue d'échanger des idées.	<ul style="list-style-type: none">• Se préparer individuellement et collectivement à l'action• Anticiper la gestion des problèmes possibles et leurs solutions.	<ul style="list-style-type: none">• Immédiatement avant de commencer une activité à risque (même si elle est routinière).• À la suite d'une interruption significative ou d'un changement d'intervenant.	<ul style="list-style-type: none">• Réunions entre professionnels concernés (chirurgiens, anesthésistes, cadres de santé) avant démarrage de l'activité de bloc opératoire (revue et ordre des patients programmés, voire éventuelle récupération d'oubli ou d'erreur)• Réunion brève (« <i>time out</i> ») juste avant l'intervention en vue des dernières vérifications (au moyen de la <i>check-list</i>).
2. Réunion après action (« <i>debriefing</i> »)	Analyse collective a posteriori d'un événement permettant, via un échange d'impressions et de points de vue, d'interpréter, de comprendre et de tirer des conclusions des informations auxquelles les participants ont été exposés. Il doit ainsi permettre de déboucher sur un accord des participants quant aux résultats obtenus ou aux futures bases de travail communes.	<ul style="list-style-type: none">• Pour retenir et capitaliser les éléments d'expérience (sur l'activité et sur les conditions de réalisation de celle-ci).• Pour identifier, traiter les écarts et difficultés rencontrés en situation opérationnelle (contexte et organisation).• Pour identifier les sources potentielles d'amélioration des situations de travail.	<ul style="list-style-type: none">• Immédiatement après l'intervention avec tous les acteurs concernés.	<ul style="list-style-type: none">• Analyse collective et organisée d'un événement indésirable associé aux soins, puis définition du plan d'actions associé (dans le cadre ou non d'une revue de mortalité et de morbidité).

Bonnes pratiques	Description	Objectif de la pratique	Mise en œuvre	Des applications en chirurgie ambulatoire
3. Autocontrôle	Contrôle par l'exécutant lui-même de l'action qu'il va accomplir.	<ul style="list-style-type: none"> Garantir l'adéquation entre l'action prévue et le matériel sollicité avant de passer à l'action. 	<ul style="list-style-type: none"> Avant toute tâche sensible où l'opérateur se trouve seul au poste de travail. 	Vérification du matériel avant tout soin
4. Liste des actions à effectuer	Liste d'actions élémentaires à réaliser de façon séquentielle lors d'un processus.	<ul style="list-style-type: none"> S'assurer de ne rien oublier et de faire les actions dans le bon ordre dans le cas d'une tâche complexe. 	<ul style="list-style-type: none"> Lors d'un processus à actions multiples ou d'opérations complexes dont la logique n'est pas facilement mémorisable. 	<ul style="list-style-type: none"> Liste des actions à effectuer avant ouverture matinale de l'UCA. Liste du matériel nécessaire pour une intervention. Liste pour vérification périodique et tracée du chariot d'urgence.
5. Check-list	Liste permettant de vérifier que les actions essentielles prévues ont bien été effectuées.	<ul style="list-style-type: none"> Avant action, il s'agit de s'assurer que les prérequis indispensables à la sécurité sont bien disponibles. 	<ul style="list-style-type: none"> Avant une action irréversible, il s'agit de s'assurer une dernière fois de la bonne configuration du système. 	<ul style="list-style-type: none"> Check-lists utilisées en segments 1, 3, 4 (cf. fiches techniques concernées). Check-list HAS « Sécurité du patient » utilisée au bloc opératoire.
6. Communication sécurisée	Action de communication (par le geste, l'écrit ou par la parole) permettant de s'assurer qu'un message transmis a été bien compris.	<ul style="list-style-type: none"> Garantir la transmission orale (voire écrite) d'une information. S'assurer que le message transmis est reçu et compris. Renforcer la mémorisation de l'intervenant. 	<ul style="list-style-type: none"> Pour tout transfert d'informations critiques. 	<ul style="list-style-type: none"> Prescriptions médicales écrites, nominatives et lisibles (évitant les sigles, abréviations et chiffres romains). Feuille de surveillance postopératoire du patient complétée de façon lisible et exhaustive.
7. Détrompeur	Artifice mécanique ou organisationnel destiné à éviter l'erreur humaine.	<ul style="list-style-type: none"> Garantir l'adéquation aux interfaces. S'assurer de la bonne séquence d'une opération. Interdire mécaniquement une opération inadéquate. 	<ul style="list-style-type: none"> Lors d'une difficulté récurrente (en sachant que toutes les situations ne permettent pas l'utilisation de détrompeur). 	<ul style="list-style-type: none"> Incompatibilité des prises d'oxygène et de protoxyde d'azote utilisées pour l'anesthésie en bloc opératoire. Différence de couleur et/ou de forme selon l'affectation (conteneurs, passeport ambulatoire ou documents associés aux soins, prenant en compte les problèmes de vision des couleurs).

Bonnes pratiques	Description	Objectif de la pratique	Mise en œuvre	Des applications en chirurgie ambulatoire
8. Délégation contrôlée	Lors d'une délégation de tâche, c'est la démarche « réflexe » du compte rendu-contrôle par les deux acteurs (la responsabilité restant à l'acteur délégataire).	<ul style="list-style-type: none"> • Permettre en toute sécurité une latitude pour certaines délégations de tâches. 	<ul style="list-style-type: none"> • Lors de situations particulièrement tendues. • Lorsque la délégation est réglementairement possible. • Lors de la formation initiale. 	<ul style="list-style-type: none"> • Délégation de tâches à une AS par l'IDE référent du patient (puis contrôle secondaire de l'exécution et/ou du résultat).
9. Travail en binôme (et la répartition organisée des tâches associées)	Répartition réfléchie et formalisée des tâches pour tout poste où plusieurs opérateurs sont impliqués.	<ul style="list-style-type: none"> • Travailler en toute sécurité pour éviter les doublons et oublis • Optimiser la charge de travail de chacun. • Rendre synergique le travail en équipe. 	<ul style="list-style-type: none"> • Lors de toute activité mobilisant plusieurs acteurs. • Entre opérateur confirmé ou stagiaire. 	<ul style="list-style-type: none"> • Répartition des tâches dans le cadre d'une sectorisation de l'activité d'une UCA (par exemple entre patients d'ophtalmologie en flux courts et patients de chirurgie plus lourde en flux longs).
10. Gestion de l'interruption de tâches	<p>Mise en place d'une organisation du travail qui permet au mieux de gérer les difficultés liées aux interruptions de tâches (par une identification préalable des tâches techniques).</p> <p>L'organisation doit protéger l'acteur lors des phases critiques et l'opérateur doit pouvoir refuser ou gérer l'interruption lors de cette même phase.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Donner aux opérateurs des conditions de travail sereines. • Prévenir les erreurs liées aux interruptions de tâches. 	<p>Cette démarche est mise en pratique sur des phases critiques identifiées. L'opérateur peut alors refuser de se laisser interrompre. Dans le cas contraire, il doit gérer l'interruption en utilisant la « minute d'arrêt » :</p> <ul style="list-style-type: none"> • repérer le point précis de son interruption ; • reprendre l'identification complète du matériel, du produit, du consommable, du médicament prescrit, de la voie d'administration ; • recommencer au point précis de l'interruption (si ce point n'est pas reconnu, reprendre la procédure entièrement). 	<ul style="list-style-type: none"> • Mise en place <i>via</i> un poste aménagé d'une IDE dédiée aux appels téléphoniques (« J-1 », « J+1 »), libérant ainsi l'équipe occupée par les patients hospitalisés.

Bonnes pratiques	Description	Objectif de la pratique	Mise en œuvre	Des applications en chirurgie ambulatoire
11. Arrêt de tâche en cas de doute et demande d'aide	<ul style="list-style-type: none"> • Autoriser l'arrêt sur simple doute de l'opérateur. • Permettre à chacun de pouvoir interrompre le processus en cours et de pouvoir se dire « j'ai un problème », « j'ai un doute », « je ne maîtrise plus ». 	<ul style="list-style-type: none"> • Donner suffisamment confiance aux opérateurs pour pouvoir interrompre un processus en cas de doute. • Éviter l'effet de « tunnelisation » qui pousse un opérateur à poursuivre malgré les alarmes. • Pouvoir effectuer un appel à l'aide auprès des compétences extérieures. 	<ul style="list-style-type: none"> • Tout acteur et pour toute phase. 	<ul style="list-style-type: none"> • Arrêt et demande d'aide de l'IDE auprès du prescripteur ou du pharmacien en cas de prescription médicalement écrite posant problème (lisibilité, pertinence, aspect jugé incomplet).
12. Contrôle croisé	Contrôle des actions vitales effectué par un deuxième acteur avant la poursuite de l'action.	<ul style="list-style-type: none"> • Garantir un contrôle des actions élémentaires ou séquences d'actions à risque (pas de marche arrière possible en cas d'erreur) avant la poursuite de l'action. 	<ul style="list-style-type: none"> • Bénéficier du regard et du contrôle de l'autre avant action ou saisie d'un paramètre critique (dernier regard d'un tiers avant validation). 	<ul style="list-style-type: none"> • Croisement des données issues du calcul de dose effectué séparément par deux IDE en vue de l'administration d'un médicament spécifique à un enfant.

Fiche technique n° 4

Renforcer la démarche de gestion des risques. Éléments de management

Deux témoignages issus de médecins coordonnateurs d'unités de chirurgie ambulatoire sont proposés ici, évoquant chacun à sa façon la dimension managériale nécessaire pour une maîtrise accrue de cette activité.

À noter l'apparition au sein de certains groupes hospitaliers de cycles de formation au management destinés à des médecins en situation de responsabilité de secteurs d'activité.

Témoignage d'un médecin anesthésiste coordonnateur d'une unité de chirurgie ambulatoire pour adultes

Quoi	Pourquoi
Une démarche de management conduite en lien étroit et permanent entre coordonnateur et cadre soignant de l'unité de chirurgie ambulatoire (UCA).	Anticiper, communiquer, être efficace.
Une charte de fonctionnement , régulièrement tenue à jour, comprenant non seulement le fonctionnement de l'unité mais également la liste des interventions et des types de patients (terrains), la description des parcours patients. À diffuser à l'ensemble des corps de métier concernés par les différents parcours de patients.	Disposer de processus de fonctionnement et de soins de référence, communs et partagés, base en cas d'oublis ou de dysfonctionnements.
Des processus de soins et/ou des parcours (patients et dossiers) décrits à chaque étape , depuis la programmation chirurgicale jusqu'à la consultation chirurgicale postopératoire.	Prévenir les difficultés prévisibles ou rencontrées à chaque étape.
Des protocoles médicaux de prévention des dysfonctionnements fréquents , établis lorsque c'est possible selon les recommandations nationales et internationales, rédigés avec les principaux acteurs de l'UCA (anesthésiste, chirurgiens, IDE), par exemple (et au mieux sur la base d'algorithmes décisionnels) en matière d'antibioprophylaxie, de prévention et de gestion des nausées et vomissements postopératoires, de prévention de la rétention aiguë d'urine, de gestion des anticoagulants et antiagrégants plaquettaires, etc.	Limitier ces risques identifiables, limiter les appels au médecin non justifiés, harmoniser les pratiques.
Des réunions organisées avec un représentant de chacun des corps de métier avant l'inclusion d'une nouvelle spécialité chirurgicale ou lors de la survenue d'un dysfonctionnement majeur portant sur les parcours patients ou dossiers.	Diminuer le risque d'événements indésirables sur le parcours, notamment aux interfaces. Rendre fluide et reproductible le parcours des patients et dossiers.
La mise en œuvre d'une programmation quotidienne échelonnée , en fonction des impératifs chirurgicaux et anesthésique (prise en compte des temps de réalisation des anesthésies locorégionales), de la disponibilité du matériel, des mesures de durée moyenne de prise en charge à chaque étape, du personnel disponible, etc. (ne pas convoquer un nombre important de patients en même temps, 8 h et 13 h comme cela se voit parfois, pour éviter qu'il y ait plusieurs patients au même instant au même endroit).	Assurer un flux constant et régulier de patients au cours de la journée en limitant les croisements de flux, les retards ou accumulations de patients à une étape du parcours, source de surcharge avec risque d'erreurs, ou au contraire l'attente d'un patient, source de désorganisation et de démotivation.

Quoi	Pourquoi
<p>Des outils de communication avec le patient d'une part, avec les intervenants à domicile en postopératoire d'autre part, <i>via</i> le passeport ambulatoire permettant d'inclure les différents documents au fur et à mesure du parcours notamment du parcours et des besoins :</p> <ul style="list-style-type: none"> • description du parcours à suivre par le patient jusqu'au jour de l'intervention et consignes associées ; • recommandations postopératoires anesthésiques et chirurgicales ; • compte rendu d'anesthésie et de chirurgie ; • ordonnance de sortie (antalgique, pansement, IDE) permettant la prise en charge au domicile ; • arrêt de travail, etc. 	<p>Fluidifier le parcours du patient, limiter les annulations à « JO », permettre une bonne prise en charge à domicile (douleur, pansement, etc.).</p>
<p>Un appel systématique du patient en « J-1 » pour vérifier l'absence de problème empêchant le patient de se faire opérer, rappeler les consignes de jeûne, donner l'heure de convocation et l'heure à laquelle l'accompagnant doit venir en vue de la sortie.</p>	<p>Fluidifier le parcours patient. Limiter les annulations en « JO » ainsi que les retards de prise en charge.</p>
<p>Un appel systématique du patient en « J+1 », voire au-delà, à la recherche de la survenue d'événements indésirables (nausées, vomissements, douleur, trouble du sommeil) et pour évaluer la satisfaction globale.</p>	
<p>La mise en œuvre de <i>check-lists</i>, correctement utilisées, par exemple en appel « J-1 », accueil « JO », en bloc opératoire, en vérification d'aptitude au retour à domicile avant sortie, en « J+1 », etc.</p>	<p>Limiter les oublis et erreurs à chaque étape du parcours.</p>
<p>La mise en œuvre d'un cahier des charge décrivant l'organisation avec les prestataires de soins à domicile pour la prise en charge du suivi (ex. : cathéters analgésiques avec recommandations de l'ANSM relatives au protocole d'utilisation à domicile des spécialités à base de ropivacaïne dans le cadre de l'analgésie postopératoire).</p>	<p>Assurer la qualité et la sécurité du suivi pour certains types d'anesthésie innovante.</p>
<p>Le recueil et le suivi régulier des événements indésirables associés à l'activité.</p>	<p>Diminuer la fréquence et la gravité des événements. Repérer les situations à risque.</p>
<p>Des réunions régulières, multidisciplinaires en fonction des sujets traités (AS, IDE, IADE, IBODE, cadre, chirurgien, anesthésiste, etc.) pour :</p> <ul style="list-style-type: none"> • analyse de l'activité, de l'exhaustivité des appels « J-1 » et « J+1 », des causes d'annulation en « J-1 » et « JO », de retards de sortie, de réadmission, et autres événements indésirables ; • analyse des événements indésirables graves (RMM) ; • suivi du projet médical (nouvelles interventions, nouveaux patients, nouveaux chirurgiens, nouvelles techniques, nouvelles organisations). 	<p>Tenir informé, réfléchir ensemble, partager les choix, savoir où l'on va, anticiper les besoins, redéfinir des parcours, etc. et maintenir la cohésion de l'équipe (la difficulté : le temps disponible, surtout dans les temps d'échange collectifs).</p>

.....

Témoignage d'une chirurgienne coordonnatrice d'une unité de chirurgie ambulatoire pédiatrique, par ailleurs responsable qualité-gestion des risques d'un pôle d'activité hospitalier « Femme-Mère-Enfant » et des blocs opératoires associés

Un dispositif de management développé par étapes successives :

La mise en œuvre de deux audits, l'un à visée organisationnelle, l'autre centré sur les pratiques cliniques, tous deux effectués sur la base de recommandations nationales émises en 2008 par le Collège national de chirurgie de l'enfant (CNCE) et l'Association des anesthésistes-réanimateurs pédiatriques d'expression française (ADARPEF).

La réalisation d'un passeport ambulatoire de l'enfant.

La mise en place d'outils informatisés comme le résumé standardisé de sortie avec champs préétablis et menus déroulants.

L'évaluation des actions mises en œuvre entraînant une amélioration secondaire du passeport ambulatoire.

Des actions de communication internes et externes.

L'informatisation de la planification des rendez vous en vue de l'intervention chirurgicale.

La mise en place d'un outil de gestion informatique sécurisé au sein de l'UCA pédiatrique, reposant sur plusieurs objectifs :

- une sécurisation améliorée de la prise en charge ambulatoire de l'enfant au moyen d'une information mieux partagée et plus fiable (prévention des erreurs de retranscription, traçabilité des diverses actions effectuées en matière de programmation, voire de déprogrammation, de suivi, d'événements indésirables ou de dysfonctionnements éventuels, etc.) pour chacun des segments du parcours de soins ;
- une harmonisation des pratiques au sein de l'équipe de soins ;
- un renforcement de la démarche collective déjà engagée en qualité et sécurité des soins et de la dynamique de groupe associée.

La mise en place d'un débriefing hebdomadaire, basé sur le fichier de suivi des enfants, comportant :

- l'analyse des événements indésirables ou dysfonctionnements notifiés avec plan d'actions immédiat et suivi au cours des séances suivantes ;
- le suivi d'indicateurs d'activité tels que taux de remplissage, de déprogrammations avant ou après appel de la veille, de satisfaction au terme de la journée d'intervention, de passages en hospitalisation conventionnelle, de ré-hospitalisations précoces (dans les 48 heures).

Des perspectives évoquées :

La poursuite de la dynamique de groupe, les membres de l'UCA étant volontaires dans la perspective d'une démarche d'accréditation en équipe ;

Un changement de paradigme, l'activité ambulatoire étant privilégiée par rapport à l'hospitalisation conventionnelle ;

La recherche de pistes d'amélioration potentielle au moyen d'un outil permettant la mesure des temps de passage en UCA (heure d'entrée, heure de descente au bloc, heure de remontée du bloc, heure de sortie de l'UCA) avec comme objectifs, sans sacrifier à la qualité de l'accueil et à la sécurité de la prise en charge, ceux de diminuer le temps de séjour en UCA, d'augmenter les taux de remplissage et de rotation ;

La mise en œuvre d'un comité de retour d'expérience (« CREX UCA ») mobilisant l'ensemble des praticiens intervenant en lien avec le bloc opératoire concerné.

Pour aller plus loin

Dufeu N, Beaussier M. Organisation d'un service d'ambulatoire et circuit du patient. In Société française d'anesthésie et de réanimation. Prise en charge ambulatoire. Journée du 23/05/12. Document pédagogique. 17-24.

Colombat P (sous la direction de). Qualité de vie au travail et management participatif. Éditions Lamarre. 2012. 217 pages.

Fiche technique n° 5

La maîtrise des documents en activité de chirurgie ambulatoire

Loin d'une démarche bureaucratique, une gestion documentaire maîtrisée constitue l'un des piliers d'un système d'assurance de la qualité-sécurité des soins. La liste proposée ici est à adapter au contexte local (ex. : chirurgie pédiatrique, centre « SOS main », etc.).

Un exemple de liste des documents spécifiques relatifs à l'activité de chirurgie ambulatoire (les autres documents applicables, en hygiène, vigilances, matériel biomédical, déclaration d'événements indésirables, etc. étant ceux de l'établissement).

1	Textes réglementaires applicables	
2	Recommandations professionnelles	Chirurgie et anesthésie ambulatoires, sécurité des patients, etc.
3	Relations ARS-établissement de santé	Courriers, compte rendu de visite de conformité, décisions, etc.
4a	Manuel qualité comprenant	Liste des documents spécifiques de l'activité
4b		Politique de la qualité-sécurité des soins en matière de chirurgie ambulatoire
4c		Charte de fonctionnement de l'UCA
4d		Liste des actes chirurgicaux, types de patients pris en charge, critères de sortie dont scores et signatures, etc.
4e		Charte de fonctionnement du bloc opératoire associé, notamment en cas de bloc partagé avec le reste de l'activité chirurgicale
4f		Indicateurs de suivi périodique
4g		Éventuelles conventions avec d'autres structures internes ou externes à l'établissement
5a		Management de la qualité-sécurité
5b	Suivi interne des dysfonctionnements et événements indésirables associés aux soins (suivi des analyses effectuées avec la structure de gestion des risques de l'établissement)	
5c	Évaluation de la satisfaction (patients, correspondants)	
5d	Volet UCA du programme institutionnel d'amélioration continue de la qualité-sécurité des soins	
5e	Plan de communication externe (liaisons « ville-hôpital »)	
6a	Locaux et flux	Plan global des locaux et flux associés
7a	Ressources humaines	Liste des intervenants permanents et ponctuels
7b	Gestion des compétences	Plannings de gardes et astreintes des chirurgiens et anesthésistes

7c	Ressources humaines	Planning prévisionnel du personnel paramédical
7d	Gestion des compétences (suite)	Fiches de postes
7e		Accueil d'un personnel nouveau
7f		Plan de formation interne (établi et suivi en lien avec le service de formation continue, les obligations du DPC, etc.)
8a		Matériels
8b		Utilisation du système informatique (dont les modes de fonctionnement dégradés en cas de panne partielle ou complète)
8c		Vérification des matériels en UCA (dont chariot d'urgence)
		Modalités d'utilisation, de gestion et de maintenance des matériels
9	Médicaments	Gestion des médicaments en UCA
10a	Procédures de prise en charge (savoir-faire organisationnel)	Procédures de prise en charge des patients
10b		Liste des actions à effectuer avant ouverture matinale de l'UCA
10c		Transport interne (brancardage, etc.)
11a	Relations avec les usagers • Information • Autorisations d'opérer	Une ou x versions de passeports ambulatoires selon le choix de l'UCA et les activités pratiquées
11b		Documents d'information génériques et spécifiques à destination des patients
11c		Documents d'information génériques et spécifiques à destination des correspondants médicaux et paramédicaux
11d		Consentement éclairé
11e		Autorisation d'opérer en cas de patient mineur ou sous tutelle (parents ou représentant légal)
12a		Liste (L), <i>check-lists</i> (CL) et documents de liaison internes (sous format papier ou informatique)
12b	Fin de consultation d'anesthésie en vue d'intervention (CL)	
12c	IDE en appel téléphonique « J-1/J-2 » (CL)	
12d	En accueil en « JO » (CL)	
12e	IDE en zone de préparation (CL)	
12f	Fiche de liaison « Service/UCA - Bloc - Service/UCA »	
12g	IADE en zone d'induction (CL)	
12h	IBODE en salle d'intervention (CL)	

12i		IDE en SSPI (CL)
12j		Prescription en SSPI
12k		Sortie du patient (CL)
12l		IDE en appel téléphonique « J+1/J+2 voire J+4 » (CL)
13a	Documents en dossier d'anesthésie	Fiche de recueil de données en consultation initiale
13b		Fiche de compte rendu de visite préanesthésique
13c		Grille recueil de données en phases d'induction et d'intervention
13d		Grille recueil de données en surveillance postinterventionnelle
14a	Protocoles ou modes opératoires relatifs	Prévention et prise en charge de la douleur
14b		Prévention et prise en charge des nausées et vomissements
14c		Antibioprophylaxie
14d		Etc.
15a	Compte rendu d'intervention type et documents de liaison externes	Compte rendu d'anesthésie (informatisé avec menu déroulant)
15b		Compte rendu opératoire (informatisé avec menu déroulant)
15c		Lettre(s) au(x) médecin(s) traitant(s) et/ou consultant(s)
16a	Ordonnances types	Ordonnance(s) de consultation
16b		Ordonnance(s) de sortie
Etc.	Etc.	Etc.

Fiche technique n° 6

Référentiel d'évaluation relatif à la sécurité en chirurgie ambulatoire

La chirurgie ambulatoire recouvre l'ensemble des actes chirurgicaux ou d'investigations programmés, réalisés sous anesthésie selon des modalités permettant la sortie du patient le jour de son admission. Elle repose sur un concept organisationnel permettant de prendre en charge un patient préalablement sélectionné et informé en consultation. Cette activité, organisée sans aucune concession à la sécurité des soins, repose sur un ensemble complexe (principes de sélection et de prise en charge du patient, organisation des soins et ressources dédiées, coordination des intervenants, méthodes et outils associés), potentiellement instable, dont la cohérence et le fonctionnement doivent être périodiquement questionnés. Cette démarche d'évaluation peut être effectuée selon plusieurs approches combinées entre elles : par analyse de processus, par suivi d'indicateurs, par analyse de dysfonctionnements, par comparaison à un référentiel.

L'approche par comparaison à un référentiel peut être conduite selon deux axes : utilisation des critères génériques concernés du manuel de certification des établissements de santé V2010 d'une part (cf. partie 2, tableau 1), complétés des critères spécifiques proposés ici d'autre part.

L'objectif du présent document, par nature évolutif en fonction des modifications de la réglementation et des recommandations professionnelles, est de fournir aux professionnels de l'activité de chirurgie ambulatoire un référentiel interne favorisant la conduite d'une évaluation collective, axée sur la sécurité du patient, dans ses divers aspects techniques, humains et organisationnels.

Sources utilisées²⁶

- Société française d'anesthésie et de réanimation. Recommandations formalisées d'experts. Prise en charge anesthésique des patients en hospitalisation ambulatoire. 2009 (www.sfar.org)
- Conseil national de la chirurgie de l'enfant (CNCE) et Association des anesthésistes-réanimateurs pédiatriques d'expression française (ADARPEF). Chirurgie ambulatoire de l'enfant (de moins de 18 ans). Recommandations. Mai 2008 (www.chirpediatric.fr)
- Décret n° 2012-969 du 20/08/12 modifiant certaines conditions techniques de fonctionnement des structures alternatives à l'hospitalisation
- Analyses de risques effectuées auprès d'établissements de santé dans le cadre de ce guide (méthode AMDE et interviews ciblées complémentaires). 2012

Modalités de mise en œuvre, dans le cadre ou non d'une évaluation des pratiques professionnelles

- Professionnels concernés par l'activité de chirurgie ambulatoire, aidés d'un soutien méthodologique (auditeur ou gestionnaire de risques, au regard distancié)²⁷.
- Système de cotation des réponses : celui, paire à 4 niveaux, déjà utilisé sur la base de données factuelles, dans le cadre de l'auto-évaluation de la procédure de certification des établissements de santé V2010 (avril 2011).
- Prise en compte des résultats dans le cadre d'un plan d'action interne avec ses modalités de hiérarchisation des actions à mener, de mise en œuvre effective, de suivi et de mesure des résultats.

A	Oui (la structure satisfait aux exigences)	C	Partiellement (la structure commence à mettre en place une démarche permettant de satisfaire aux exigences)
B	En grande partie (la structure finalise la démarche permettant de répondre aux exigences)	D	Non (la structure ne satisfait pas du tout aux exigences)

29. D'autres documents sont utilisables pour tout ou partie, par exemple via ECRI Institute. *Healthcare Risk control. Ambulatory Surgery. Self-Assessment Questionnaires*. 2009.

27. Cf. HAS. Mettre en œuvre la gestion des risques associés aux soins en établissement de santé. Des concepts à la pratique. Mars 2012 (fiche n° 16 : Audit interne).

Champs	Critères d'évaluation	Éléments d'appréciation (à compléter)	Cotation				Actions d'amélioration à mettre en œuvre
			A	B	C	D	
1. Management de l'activité							
Organisation de l'activité	0.1. Le développement de la chirurgie ambulatoire est un objectif prioritaire du projet d'établissement	Projet d'établissement et documents associés					
	0.2. L'unité de chirurgie ambulatoire fait l'objet d'une organisation spécifique (décret 20/08/12)						
	0.3. L'unité de chirurgie ambulatoire est organisée en une ou plusieurs unités de soins individualisés (décret 20/08/12)						
	0.4. L'unité de chirurgie ambulatoire dispose de moyens dédiés en locaux et en matériel (décret 20/08/12)						
	0.5. L'organisation de l'hospitalisation ambulatoire a pour objectif d'optimiser le séjour du patient au strict temps utile et nécessaire dans la structure (SFAR 2009)						
	0.6. Les acteurs de la structure ambulatoire définissent entre eux la liste des actes ambulatoires adaptés à leur expertise, à l'organisation mise en place et sans risque majoré pour le patient (SFAR 2009)	Liste fondée sur le triptyque : <ul style="list-style-type: none"> • 1. acte (maîtrise des risques, de la durée et des suites) ; • 2. patient (de statut ASA I, II et III stable sous réserve d'une analyse au cas par cas) ; • 3. structure de prise en charge (en particulier quant à la permanence et la continuité des soins). 					
	0.7. La liste des actes ambulatoires est évolutive pour accompagner le développement de l'activité, de l'organisation et du savoir-faire (SFAR 2009)	Liste revue et tenue à jour périodiquement Modalités d'introduction éventuelle de certains actes urgents					
	0.8. L'unité de chirurgie ambulatoire est adossée à une unité d'hospitalisation conventionnelle , médicale ou chirurgicale, tant pour la prise en charge des adultes que celle des enfants (CNCE, ADARPEF 2008)						

Champs	Critères d'évaluation	Éléments d'appréciation (à compléter)	Cotation				Actions d'amélioration à mettre en œuvre
			A	B	C	D	
Organisation de l'activité	0.10. L'unité de chirurgie ambulatoire dispose d'une charte de fonctionnement (décret 20/08/12)	Charte précisant notamment (décret 28/08/12) : <ul style="list-style-type: none"> • l'organisation de la structure (notamment quant aux fonctions et tâches de l'équipe médicale et paramédicale, horaires d'ouverture, organisation des soins, fonctionnement médical, indicateurs de suivi de l'activité et de la qualité des soins) • les conditions de désignation et la qualification du médecin coordonnateur de la structurel • l'organisation générale des présences et de la continuité des soins • les formations nécessaires relatives au processus et à l'organisation spécifique de la structure 					
	0.11. La charte de fonctionnement est actualisée en fonction de l'évolution des prises en charge offertes par la structure de soins (décret 20/08/12)	Charte prenant en compte l'évolution de la liste des actes ambulatoires et des implications sur la structure					
	0.12. La charte de fonctionnement est transmise par le directeur de l'établissement de santé au directeur général de l'ARS (décret 20/08/12)	NB : délai de 9 mois à compter de la publication du décret du 20/08/12					
Coordination entre les acteurs en vue de la continuité et de la qualité-sécurité des soins	C.1. Un médecin coordonnateur de l'unité ambulatoire est désigné (décret 20/08/12)	Décision validée par la ou les instances appropriées					
	C.2. Le médecin coordonnateur est formé pour l'exercice de sa mission	Temps de formation identifié pour l'exercice de la fonction					
	C.3. Le médecin coordonnateur (ou son suppléant) est présent dans l'établissement pendant toute la durée d'ouverture de l'UCA) (CNCE, ADARPEF 2008)	Gestion des emplois du temps					
	C.4. L'organisation mise en place permet le partage de l'information entre les acteurs de la structure en vue de la qualité-sécurité et de la continuité des soins						

Champs	Critères d'évaluation	Éléments d'appréciation (à compléter)	Cotation				Actions d'amélioration à mettre en œuvre
			A	B	C	D	
Coordination entre les acteurs en vue de la continuité et de la qualité-sécurité des soins	C.5. L'organisation mise en place permet le partage de l'information entre les acteurs de la structure et ceux de la prise en charge médicale et paramédicale de proximité après la sortie	Documents remis au patient lors de sa sortie, destinés à favoriser la continuité des soins Information à destination des professionnels médicaux et paramédicaux de proximité (documents, EPU, etc.)					
Information à destination des usagers	I.1. Les modalités d'une information précoce puis réitérée à destination des patients et des accompagnants sont définies (SFAR 2009)	« Le patient acteur de sa préparation et de sa réhabilitation postopératoire au lieu de résidence » comme principe d'organisation et de communication Inventaire et contenu détaillé des informations orales et écrites à fournir, à chacune des étapes de la prise en charge (quoi, qui, quand, comment) en matière de documents à apporter, de préparation (hygiène, jeûne, traitement), d'acte chirurgical réalisé et d'anesthésie associée, de sortie, de traitement immédiat, de recours et de suivi Information élaborée et concertée entre les différents acteurs amenés à délivrer tout ou partie de cette information (structuration au moyen des <i>check-lists</i>) Définition des supports d'information : passeport ambulatoire et documents associés (dont la prise en charge de la douleur), documents spécifiques à la prise en charge de l'enfant, affiches					
	I.2. Les patients bénéficient autant que faire se peut, sous une forme adaptée, de la documentation et des recommandations écrites nécessaires dans leur langue (SFAR 2009)						
	I.3 Le dossier du patient ambulatoire pédiatrique (ou « passeport ambulatoire ») comporte des informations relatives aux modalités d'organisation de la prise en charge en unité ambulatoire (CNCE, ADARPEF 2008)						

Champs	Critères d'évaluation	Éléments d'appréciation (à compléter)	Cotation				Actions d'amélioration à mettre en œuvre
			A	B	C	D	
Information à destination des usagers	I.4 Le dossier du patient ambulatoire (ou « passeport ambulatoire ») comporte des informations relatives à la prise en charge anesthésique (CNCE, ADARPEF 2008)						
	I.5 Le dossier du patient ambulatoire (ou « passeport ambulatoire ») comporte des informations relatives à l'acte chirurgical réalisé (CNCE, ADARPEF 2008)						
	I.6 Le dossier du patient ambulatoire (ou « passeport ambulatoire ») comporte des informations relatives aux règles d'hygiène à respecter (CNCE, ADARPEF 2008)						
	I.7 Des documents spécifiques destinés à l'information de l'enfant sont disponibles (CNCE, ADARPEF 2008)						
	I.8 Des documents destinés à l'information sur la prise en charge de la douleur sont disponibles (CNCE, ADARPEF 2008)						
	I.9 La présence des parents est facilitée et organisée lors de la prise en charge d'un enfant (CNCE, ADARPEF 2008)						
	I.10 Une organisation permettant les appels et rappels téléphoniques est en place (CNCE, ADARPEF 2008)	Appels de « J-1 », rappels de « J+1 », voire au-delà Organisation d'une astreinte téléphonique					
Démarche qualité - sécurité des soins	QS.1. Une démarche qualité-sécurité des soins est mise en œuvre au sein de la structure ambulatoire, en lien étroit avec la démarche de l'établissement	<ul style="list-style-type: none"> • Description du processus de prise en charge du patient • Identification et analyse des points critiques • Conception, mise en œuvre et suivi du plan d'actions associé 					

Champs	Critères d'évaluation	Éléments d'appréciation (à compléter)	Cotation				Actions d'amélioration à mettre en œuvre
			A	B	C	D	
Démarche qualité - sécurité des soins	QS.2. Une évaluation de la satisfaction des usagers est en place (CNCE, ADARPEF 2008)	<ul style="list-style-type: none"> • Questionnaire de satisfaction à destination des patients (adapté à l'activité ambulatoire) • Questionnaire de satisfaction pour correspondants médicaux et paramédicaux de proximité • Suivi actif des résultats et mesures correctives éventuelles 					
	QS.3 Le recensement et l'analyse des événements indésirables (ainsi que le suivi des plans d'actions jusqu'à leur terme) sont organisés (CNCE, ADARPEF 2008)	<ul style="list-style-type: none"> • Outil de notification et de suivi • Sélection des événements selon des logiques de fréquence ou de gravité (échelle selon 5 niveaux) • Analyse systématique des événements indésirables de niveau de gravité 3 à 5 selon une méthode validée • Plans d'actions associés 					
	QS.4 Un suivi régulier d'indicateurs est mis en œuvre sous la forme de tableaux de bord	<ul style="list-style-type: none"> • Exploitation périodique des résultats issus des questionnaires de satisfaction • Suivi des événements indésirables • Suivi de la nature et de l'impact d'introduction éventuelle de certains actes urgents • Suivi d'indicateurs dans le temps (report ou annulation d'intervention, hospitalisations non programmées, réadmissions en urgence, etc.) 					
	QS.5 Des programmes d'évaluation des pratiques professionnelles existent pour les praticiens exerçant la chirurgie ou des actes interventionnels dans le secteur de chirurgie ambulatoire, adulte ou pédiatrique (CNCE, ADARPEF 2008)						
	QS.6 Des programmes d'évaluation des pratiques professionnelles existent pour les médecins anesthésistes exerçant dans le secteur de chirurgie pédiatrique ambulatoire (CNCE, ADARPEF 2008)						

Champs	Critères d'évaluation	Éléments d'appréciation (à compléter)	Cotation				Actions d'amélioration à mettre en œuvre
			A	B	C	D	
	QS.7 Des évaluations périodiques des pratiques professionnelles sont réalisées par le personnel soignant exerçant dans le secteur de chirurgie ambulatoire, adulte ou pédiatrique (CNCE, ADARPEF 2008)						
2. Fonctions « support » ou de soutien							
Ressources humaines	RH.1 La prise en charge en hospitalisation ambulatoire est réalisée par des praticiens (anesthésistes et opérateurs) maîtrisant cette pratique (SFAR 2009)						
	RH.2 Tous les membres de l'équipe médicale et paramédicale sont formés à la prise en charge à temps partiel ou à celle d'anesthésie ou de chirurgie ambulatoire (décret 20/08/12)						
	RH.3 Les médecins anesthésistes possèdent les compétences nécessaires pour la prise en charge des enfants (CNCE, ADARPEF 2008)	Les médecins satisfont aux recommandations SFAR/ADARPEF/CFAR sur le maintien des compétences en anesthésie pédiatrique					
	RH.4 Le nombre et la qualification des personnels médicaux et auxiliaires médicaux ainsi que le nombre d'aides soignantes sont adaptés aux besoins de santé des patients, à la nature et au volume des activités effectuées, et aux caractéristiques techniques des actes dispensés (décret 20/08/12)	Respect du nombre et de la qualification des personnels nécessaires à l'anesthésie en salle d'intervention et en SSPI					
	RH.5 Le personnel soignant d'une unité de chirurgie ambulatoire pédiatrique a bénéficié de formations initiale et continue relatives aux besoins spécifiques des enfants ou d'une expérience professionnelle en pédiatrie (CNCE, ADARPEF 2008)						

Champs	Critères d'évaluation	Éléments d'appréciation (à compléter)	Cotation				Actions d'amélioration à mettre en œuvre
			A	B	C	D	
Ressources humaines	RH.6 Les professionnels sont formés à l'évaluation et à la prise en charge de la douleur (chez l'adulte ou chez l'enfant selon l'activité de l'unité de chirurgie ambulatoire) (CNCE, ADARPEF 2008)						
	RH.7 Un personnel soignant qualifié est présent tout au long de la durée d'ouverture de l'unité de prise en charge ambulatoire, adultes ou enfants (CNCE, ADARPEF 2008)	Formation des soignants à répondre aux besoins psychologiques et émotionnels des enfants					
	RH.8 Les praticiens pratiquant la chirurgie ou les actes interventionnels possèdent les compétences nécessaires pour la prise en charge des enfants (CNCE, ADARPEF 2008)						
Dossier médical	DM.1 Le dossier du patient bénéficiant d'un acte de chirurgie ambulatoire doit permettre d'accéder en temps réel aux diverses informations (CNCE, ADARPEF 2008)	<p>Trace des informations données en préopératoire</p> <p>Coordonnées du médecin traitant</p> <p>Trace du courrier préopératoire adressé au médecin traitant le cas échéant</p> <p>Autorisation d'opérer signée (patients adultes ou détenteurs de l'autorité parentale) témoignant d'un consentement éclairé par l'information « bénéfices-risques » reçue</p> <p>Observation médicale</p> <p>Compte rendu opératoire</p> <p>Compte rendu d'anesthésie</p> <p>Dossier de soins infirmiers</p> <p>Traçabilité de l'évaluation de la douleur</p> <p>Trace de l'information concernant les consignes à respecter lors du retour à domicile</p>					

Champs	Critères d'évaluation	Éléments d'appréciation (à compléter)	Cotation				Actions d'amélioration à mettre en œuvre
			A	B	C	D	
Locaux et circuits	LC.1 L'unité de chirurgie ambulatoire est aisément identifiable par ses usagers (décret 20/08/12)						
	LC.2 Les conditions d'accès de l'unité ambulatoire aux divers éléments du plateau technique sont organisées de manière à limiter le plus possible les déplacements des patients (décret 20/08/12)						
	LC.3 Les enfants sont hospitalisés dans une unité dédiée à la prise en charge ambulatoire pédiatrique ou à défaut dans un espace réservé au sein d'une unité ambulatoire mixte adulte et pédiatrique (CNCE, ADARPEF 2008)	Non-hospitalisation d'enfants dans des services d'adultes Regroupement par tranches d'âge Sauvegarde de l'intimité des enfants					
Matériels et équipements	ME.1 Le matériel technique est adapté aux patients, en particulier quant à l'âge des enfants pris en charge (CNCE, ADARPEF 2008)	Berceaux, lits et matériel technique permettant le respect des critères de la charte de l'enfant hospitalisé					
	ME.2 L'environnement hôtelier est adapté à l'âge des enfants pris en charge (CNCE, ADARPEF 2008)						
3. Prise en charge du patient							
Segment 1 Consultation de chirurgie Éligibilité de l'acte, de l'état de santé du patient, de son état psycho-sociologique	S1.1 Les patients non francophones sont accompagnés d'un traducteur lors de la consultation préopératoire (SFAR 2009)						
	S1.2 Les mineurs sont accompagnés d'un de leurs parents ou représentant légal (SFAR 2009)						
	S1.3 Les patients atteints d'un trouble du jugement sont accompagnés d'un tiers pouvant garantir le bon respect des recommandations (jeûne, gestion et observance des traitements, continuité des soins) (SFAR 2009)						

Champs	Critères d'évaluation	Éléments d'appréciation (à compléter)	Cotation				Actions d'amélioration à mettre en œuvre
			A	B	C	D	
Segment 1 Consultation de chirurgie Éligibilité de l'acte, de l'état de santé du patient, de son état psycho-sociologique	S1.4 La prise en charge en hospitalisation ambulatoire est une décision médicale prise en colloque singulier avec le patient (SFAR 2009) (ou ses accompagnants en cas de nécessité)						
	S1.5 La démarche d'éligibilité prend en compte la liste des actes définie localement pour la prise en charge en hospitalisation ambulatoire (SFAR 2009)	Liste locale définie collectivement, revue et tenue à jour périodiquement Revue des demandes de programmation d'actes en hospitalisation ambulatoire					
	S1.6 Pour être susceptibles d'une prise en charge ambulatoire, les urgences doivent répondre aux mêmes critères que les activités réglées (CNCE, ADARPEF 2008)						
	S1.7 Les critères d'inclusion chirurgicale ou interventionnelle sont respectés (CNCE, ADARPEF 2008)	Formalisation des critères d'inclusion (dont le statut ASA, l'âge, les précautions liées à l'environnement, l'absence de contre-indications d'ordre chirurgical puis anesthésique) Évaluation des pratiques par analyse de dossiers					
	S1.8 Le dossier comporte la trace des informations concernant l'acte chirurgical et celle relative à l'information éclairée des parents (CNCE, ADARPEF 2008)						
	S1.9 La décision médicale prend en compte le lieu de résidence compatible avec la prise en charge ambulatoire (SFAR 2009)						
	S1.10 Le praticien s'assure que le patient, ne devant pas conduire un véhicule, sera accompagné par un tiers lors de son retour vers son lieu de résidence postopératoire (SFAR 2009)						

Champs	Critères d'évaluation	Éléments d'appréciation (à compléter)	Cotation				Actions d'amélioration à mettre en œuvre
			A	B	C	D	
Segment 1 Consultation de chirurgie Éligibilité de l'acte, de l'état de santé du patient, de son état psycho-sociologique	S1.11 Le praticien s'assure de la présence d'un tiers sur lieu de résidence postopératoire (évaluation du besoin sur la base du couple acte-patient) (SFAR 2009)						
Segment 1 Consultation pré-anesthésique	S1.12 La consultation pré-anesthésique est réalisée par un anesthésiste-réanimateur connaissant les modalités de fonctionnement de la structure ambulatoire (SFAR 2009)	Liste des anesthésistes-réanimateurs habilités pour les consultations préanesthésiques					
	S1.13 Le choix de la technique d'anesthésie repose sur l'analyse du bénéfice/risque pour le patient, de l'acte réalisé et de l'organisation mise en place (SFAR 2009)						
	S1.14 L'information dispensée au patient au cours de la consultation pré-anesthésique, orale et écrite, est adaptée à la spécificité de la prise en charge ambulatoire (SFAR 2009)	<ul style="list-style-type: none"> • Contenu de l'information (jeûne et gestion des traitements pris par le patient, exigences relatives à la technique anesthésique retenue, conditions de sortie et d'accompagnement par un tiers vers le lieu de résidence, effets de l'anesthésie ou de la sédation – et variabilité individuelle – pendant les 12 premières heures, consignes postopératoires, analgésie postopératoire, reprise de la conduite automobile et impact éventuel sur l'activité professionnelle, modes de recours en cas de besoin, moyens d'accès à une information complémentaire avant et après intervention) • Information adossée à un support écrit court et lisible, incitant le patient à poser toute question utile et permettant d'assurer la traçabilité • Éventuel document expliquant les consignes à faire signer par le patient • Information sur le principe de l'appel téléphonique en « J-1 » (adossée à un support écrit court et lisible) 					

Champs	Critères d'évaluation	Éléments d'appréciation (à compléter)	Cotation				Actions d'amélioration à mettre en œuvre
			A	B	C	D	
Segment 1 Consultation pré-anesthésique	S1.15 Les ordonnances d'antalgiques ont été remises au patient dès la consultation préopératoire d'anesthésie ou de chirurgie (SFAR 2009)	Ordonnances remises systématiquement, précisant les horaires de prise systématique des antalgiques et les conditions de recours aux antalgiques de niveau plus élevé si nécessaire					
	S1.16 Les modalités de gestion et de prise des antalgiques de « secours » sont expliquées dès la consultation préopératoire de chirurgie et d'anesthésie (SFAR 2009)						
	S1.17 L'enfant a bénéficié d'une visite pré-anesthésique avant l'intervention programmée (CNCE, ADARPEF 2008)						
	S1.18 L'enfant a bénéficié d'une visite pré-anesthésique dans des délais conformes (CNCE, ADARPEF 2008)						
	S1.19 Les critères d'inclusion relatifs au statut ASA et à l'âge sont respectés (CNCE, ADARPEF 2008)						
	S1.20 Les conditions environnementales familiales sont prises en compte (angoisse familiale, disponibilité du téléphone, retour à domicile, etc.) (CNCE ADARPEF 2008)						
	S1.21 Le dossier comporte la trace des informations délivrées concernant l'anesthésie ainsi que celle du consentement éclairé des parents (CNCE, ADARPEF 2008)						
	S1.22 Le dossier comporte l'identité et les coordonnées du médecin traitant (CNCE, ADARPEF 2008)						

Champs	Critères d'évaluation	Éléments d'appréciation (à compléter)	Cotation				Actions d'amélioration à mettre en œuvre
			A	B	C	D	
Segment 2 Programmation Organisation	S2.1 Le recours à un plateau technique existant sur le site est effectué dans le respect de l'organisation spécifique et des contraintes de la prise en charge anesthésique et chirurgicale ambulatoire (décret 28/08/12)						
Segment 3 « J-1 »	S3.1 Une organisation permettant l'appel téléphonique des patients à « J-1 » est en place						
Segment 4 « J0 »	S4.1 En cas d'enfant, la présence des parents est facilitée et organisée (CNCE, ADARPEF 2008)						
	S4.2 Des check-lists sont mises en œuvre de façon active tout au long du parcours du patient lors de son hospitalisation en « J0 »	En accueil du patient En zone de préparation En zone d'induction anesthésique En salle d'intervention En SSPI En sortie du patient					
	S4.3 La douleur (de l'enfant) après retour de SSPI est prise en charge et tracée (CNCE, ADARPEF 2008)						
	S4.4 Le dossier médical est tenu à jour (CNCE, ADARPEF 2008)	Traçabilité et prise en charge de la douleur après retour de SSPI Prise en compte des conditions environnementales du patient (téléphone, conditions du retour, angoisse familiale en cas d'enfant) Circonstances du maintien éventuel en hospitalisation conventionnelle Examen clinique et aptitude au retour à domicile Survenue d'un événement indésirable le cas échéant					
	S4.5 Les circonstances du maintien en hospitalisation conventionnelle sont précisées (complication péri-anesthésique, chirurgicale, interventionnelle, autre) (CNCE, ADARPEF 2008)						

Champs	Critères d'évaluation	Éléments d'appréciation (à compléter)	Cotation				Actions d'amélioration à mettre en œuvre
			A	B	C	D	
Segment 4 « J0 »	S4.6 La procédure de sortie du patient précise les points à vérifier en matière d'organisation du retour et de continuité des soins (décret 28/08/12)	<p>Procédure de sortie validée</p> <p>Aptitude à la sortie de l'UCA définie sur la base de critères formalisés et d'un score adapté aux interventions effectuées (dont la prise en compte de nausées, vomissements, douleur, déambulation, miction ou mesure échographique de la vessie pour certaines interventions, etc.)</p> <p>Fiche d'autorisation de sortie signée par le chirurgien et/ou l'anesthésiste (CNCE, ADARPEF 2008)</p>					
	S4.7 La procédure de sortie du patient précise les documents à remettre au patient (ou aux parents dans le cas d'un enfant) (décret 28/08/12, CNCE, ADARPEF 2008)	<p>Compte rendu d'hospitalisation ou compte rendu d'anesthésie et compte rendu opératoire (dont l'identité des personnels médicaux ayant participé à l'intervention)</p> <p>Consignes de sortie (surveillance post-opératoire ou anesthésique, modalités de reprise de l'alimentation)</p> <p>Ordonnances nécessaires à la poursuite de la prise en charge (traitements antalgiques et autres)</p> <p>Récapitulatif des rendez-vous de contrôle à honorer auprès du chirurgien et du médecin traitant</p> <p>Coordonnées des personnels de santé assurant la continuité des soins (dont en cas d'urgence les numéros de téléphone des praticiens, chirurgiens ou anesthésistes, compétents dans le domaine concerné par l'acte chirurgical)</p>					
Segment 5 « J+1 »	S5.1 Une organisation permettant le rappel téléphonique de tous les patients à « J+1 » (voire au-delà) est en place (CNCE, ADARPEF 2008)						

Fiche technique n° 7

Passport(s) ambulatoire(s) (segment 1)

« On n'a jamais vu un patient oublier son passeport ambulatoire ». Entendue à plusieurs reprises, cette phrase souligne l'importance de cet outil, sous réserve qu'il soit réellement compris et approprié par le patient.

Remis au patient qui le présente à chacun des rendez-vous, le passeport ambulatoire est un support partagé autour duquel s'organise sa prise en charge. Visant à rendre le patient acteur, il contient des informations et des données de sécurité issues à la fois du patient et des professionnels de santé. Il constitue à ce titre un des éléments clés du socle autour duquel s'organise la sécurité des soins.

Une analyse de plusieurs passeports montre une variété de forme et de fond portant sur plusieurs aspects :

- couverture colorée favorisant le repérage du patient lors de son arrivée en établissement et en consultation ;

- dossier unique polyvalent pour toute intervention pour les uns, dossiers spécifiques pour d'autres selon l'orientation et le parcours de soins (ex. : orthopédie/stomato, hernie inguinale, patient issu d'un autre établissement du groupe hospitalier ou d'un autre groupe hospitalier, cholécystectomie, chambre implantable, pédiatrie, etc.) ;
- qualité visuelle de l'information générale ou spécifique, pré et postopératoire (taille des caractères, coordonnées téléphoniques précises en cas de problème voire d'urgence, adjonction de logos et de symboles venant renforcer les messages, barrés d'une croix pour les interdits, etc.).

Le contenu d'un passeport ambulatoire polyvalent mis en œuvre au sein d'un établissement de santé

Page 1. En page de garde

- Zone pour l'étiquette du patient
- Intitulé et adresse de l'établissement
- Intitulé de l'unité (ex. : unité de chirurgie (et d'anesthésie) ambulatoire)
- Titre « Mon passeport ambulatoire »
- Instruction (ex. « Ce passeport contient les documents nécessaires à chaque étape administrative et médicale de votre prise en charge. C'est pourquoi il faut le conserver et le présenter à chaque rendez-vous »)

Page 2. Au dos de la page de garde

Sur le revers en bas de carton destiné à contenir les documents

- Titre : En vue d'une hospitalisation dans l'unité de chirurgie (et d'anesthésie) ambulatoire
- Liste et instructions
 1. Fiche d'admission et protocole d'admissibilité
 2. Convocation en consultation d'anesthésie
 3. Questionnaire en prévision d'une consultation d'anesthésie (à remplir)
 4. Information sur l'anesthésie (à lire)
 5. Feuille de consentement éclairé du patient (à lire et à remplir)
 6. Personne de confiance (à lire et à remplir)
 7. Consignes générales (dont les mesures d'hygiène à domicile et pendant le séjour, avant l'intervention). Déroulement du séjour (à lire)
 8. Charte de prise en charge du patient en unité de chirurgie ambulatoire (à lire)
 9. Ordonnance Bétadine*
 10. Autre(s) ordonnance(s) éventuelle(s) (pour prélèvement biologique)
- Ajout au passeport pour patient mineur
 11. Autorisation de soins

Page 3. En face interne de la dernière page

Sur la page cartonnée, une rubrique

• Information de sortie

« Ce dossier est constitué de différents documents médicaux et administratifs indispensables au suivi de votre hospitalisation (liste à cocher)

1. Lettre pour votre médecin traitant, a) remise à l'utilisateur, b) expédiée par la poste, c) expédiée par e-mail
2. Compte rendu opératoire
3. Ordonnances de soins
4. Ordonnances de médicaments
5. Autorisation de sortie
6. Consignes postopératoires et conseils de sortie, dont le n° de téléphone en cas de besoin (à lire)
7. Information sur l'analgésie à visée a) paramédicale, b) médicale
8. Prochain rendez-vous avec le chirurgien qui vous a pris en charge
9. Arrêt de travail
10. Certificat d'accident du travail
11. Certificat descriptif des lésions si vous avez été victime d'un accident
12. Dispense d'activité scolaire ou sportive
13. Certificat de présence parentale ou de l'accompagnement
14. Autre

Sur le revers en bas de carton destiné à contenir les documents

- Message 1 sur fond orange « N'oubliez pas d'apporter vos examens radiographiques, scanner, analyses, carnet de santé, vos médicaments personnels et accessoires prescrits »
- Message 2 « Si vous avez la moindre interrogation, n'hésitez pas à nous contacter au n° de téléphone suivant ... »

Page 4. En dos du document

Un schéma indiquant :

- la route et les repères menant à l'établissement
- l'entrée de l'établissement
- les stationnements réservés aux patients ambulatoires
- le cheminement vers l'entrée dans le bâtiment concerné
- celui menant à l'entrée de l'unité de chirurgie ambulatoire

Fiche technique n° 8

Check-list « Critères de sélection pour la chirurgie ambulatoire » (segment 1)

Une aide à la prise de décision en situation de complexité : une *check-list* appliquée à l'indication de cholécystectomie par voie laparoscopique mise en œuvre au sein d'un éta-

blissement. NB : le format de ce document constitue l'outil, le contenu pouvant relever des pratiques professionnelles définies localement.

CH de	Date de consultation	Chirurgien	Chirurgie programmée	
1. Informations administratives				
Sexe	H	F	Étiquette du patient	
Nom	Prénom			
Nom de jeune fille				
Date de naissance				
Téléphone	Tél 1	Tél 2		
Adresse				
Médecin traitant				
2. Critères de sélection pour une intervention chirurgicale ambulatoire				
Critères chirurgicaux				
• Chirurgie peu douloureuse, courte, non hémorragique			OUI	NON
• Absence de traitement par AVK ou HBPM (aspirine OK)			OUI	NON
Critères relatifs à l'état de santé du patient				
Pas de problème en cas d'antécédents lourds si stabilité et suivi(s) assurés			OUI	NON
• Diabète non insulino dépendant, diabète insulino dépendant			OUI	NON
• Coronaropathie stable			OUI	NON
• AVC datant de plus de 2 ans			OUI	NON
• HTA stabilisée			OUI	NON
• Insuffisance cardiaque stable			OUI	NON
• Insuffisance rénale stabilisée			OUI	NON
• Bronchopneumopathie obstructive stabilisée depuis plus de 2 ans			OUI	NON



Critères psychosociaux du patient		
• Parfaite compréhension des modalités de la cholécystectomie par laparoscopie	OUI	NON
• Distance entre domicile et centre hospitalier permettant un éventuel retour rapide (30 min)	OUI	NON
• Moyen de locomotion particulier assurant l'autonomie du patient	OUI	NON
• Présence d'un tiers venant chercher le patient à la sortie de l'UCA et présent au domicile pendant les 24 heures suivant l'intervention	OUI	NON
• Présence d'un téléphone à domicile	OUI	NON
• Engagement signé du patient à respecter toutes les consignes médicales données	OUI	NON
• Engagement du patient à rester en chirurgie conventionnelle après intervention si l'anesthésiste ou l'opérateur l'indique	OUI	NON
Conclusion		
• Prise en charge par mode ambulatoire	OUI	NON
• Élément(s) restant à vérifier (ex. : présence d'un tiers, etc.) (si oui, lesquels ?)	OUI	NON
Information complémentaire donnée au patient		
Déroulement du séjour en UCA	OUI	NON
3. Commentaires éventuels		

Fiche technique n° 9

Document de liaison pour la prescription et les renseignements à destination du bloc opératoire en vue de la préparation d'une intervention chirurgicale (segment 1)

Issu d'un centre hospitalier, ce document a été mis en œuvre après analyse de trois événements indésirables associés aux soins. L'une des causes communes retrouvées résidait dans la diversité des pratiques de secrétariat en matière de demande chirurgicale en vue d'une intervention (exemple de recopiage effectués par la secrétaire de

données transmises oralement par le chirurgien, pratique figurant parmi les causes de défaillance dans la transmission de l'information)²⁸.

Ce document, maintenant rempli par les seuls médecins, est adressé ensuite au secrétariat du bloc opératoire pour traitement par le cadre de bloc.

CH de	Date de consultation	Chirurgien	Chirurgie programmée Chirurgie non programmée	
1. Informations administratives				
Sexe	H	F	Étiquette du patient	
Nom	Prénom			
Nom de jeune fille				
Date de naissance				
Téléphone	Tél 1	Tél 2		
Adresse				
Médecin traitant				
Chambre particulière souhaitée :	OUI	NON		
2. Informations médicales				
Diagnostic principal :			En rapport ALD	
Indication opératoire :				
Nature de l'intervention :				
Nom du chirurgien :	Durée de l'acte chirurgical :			
Côté : Droit Gauche Bilatéral	Face antérieure		Face postérieure	
Date programmée de l'intervention :	D	G	G	D
Entrée le :	à :			
Service d'hospitalisation :				
Ambulatoire	Conventionnelle			

28. La pratique du recopiage génère un taux moyen d'erreurs de l'ordre de 5 %.

Informations sur risques opératoire et infectieux données au patient		Information orale	Document papier
Information sur éventuelle scopie			
Pour programmation à moins de 7 jours, planification accordée par le chef de bloc (Tél XXXX) : OUI NON			
Consultation anesthésique le : à :		Site A	Site B
Type d'anesthésie : AG Rachi ALR Sédation AG + ALR AL			
Allergies connues : Produit de contraste Latex Autre			À jeun : OUI NON
Postop immédiat : USC/REA		Service d'origine	Autre service
3. Fiche de dépistage du risque de maladie de Creutzfeldt-Jakob (encéphalites spongiformes subaiguës transmissibles)			
Patient ni suspect, ni atteint		Acte invasif à risque (1)	Autre acte
		Procédure inactivation	Procédure standard
Patient suspect ou atteint, ou non interrogeable		Procédure séquestration	Procédure inactivation manuelle
<p>(1) Acte invasif à risque : pour tous les patients : neurochirurgie sauf rachis, chirurgie de la rétine ou du nerf optique, chirurgie ou endoscopie ORL en contact avec la muqueuse olfactive. Uniquement chez un patient atteint ou suspect de la forme variante de MCJ, actes invasifs chirurgicaux avec contact, biopsie ou surage d'un ganglion, ou contact, biopsie ou exérèse d'une formation lymphoïde organisée, les intubations ou utilisations de masque laryngé, les endoscopies ou échographies passant par le barrefour aérodigestif, les endoscopies par voie rectale.</p>			
4. Blocs opératoires : prévisions			
Position opératoire :			
Septicité : OUI NON		Porteur BMR : OUI NON	
Examen anapath. extemporané : OUI NON Réserve le :		Par :	Laboratoire :
ECBU : OUI NON	Scanner : OUI NON	Radiographie : OUI NON	Échographie : OUI NON
5. Matériel à prévoir			
<ul style="list-style-type: none"> • Colonne cœlio • Bras pneumatique • Colonne ortho • Arthropompe • Shaver • VAPR • Garrot • CAO • Amplificateur de brillance 	<ul style="list-style-type: none"> • Ultracision • Ligature • Clamp vasculaire cœlio • Cholangio peropératoire • Endoscopie laryngée • Lumière endoscopique • Trachéotomie • Microscope 	<ul style="list-style-type: none"> • Lithotripteur percutané LEC • Lithoclast EMS • Greenlight • Stonelight <ul style="list-style-type: none"> ▸ urétéroscope souple ▸ urétéroscope rigide • Prostiva • Ablatherm 	<ul style="list-style-type: none"> • Glycolle • Hystéroscope <ul style="list-style-type: none"> ▸ diagnostique ▸ thérapeutique • Gynecare • Échographe • Autres
6. Matériel spécifique			
NON OUI (détailler SVP type de matériel et fournisseur) :			
À remplir par le bloc	Réserve le : Par :	Livraison le :	Retour le :



7. Traçabilité des DMI utilisés		
8. Commentaires		Signature médecin prescripteur
Intervention reportée le	Signature du patient en postopératoire	À envoyer à la secrétaire du bloc du site XX après consultation +++
Intervention annulée le		

Fiche technique n° 10

Check-list « Fin de consultation anesthésie en vue d'intervention » (segment 1)

Exemple de *check-list* mise en œuvre en fin de consultation d'anesthésie (médecin anesthésiste, voire IDE de consultation).

Nature de la sécurité : barrière de prévention				
Modalités : en fin de consultation d'anesthésie. Travail effectué en cohérence avec le passeport ambulatoire remis. NB : repérer le mode de communication privilégié du patient pour adapter la réponse en conséquence.				
Patient :	Professionnel :	Date :		
Les vérifications et actions à effectuer :			oui	non
Parfaite compréhension de l'intervention quant aux modalités, risques et déroulement de la prise en charge en ambulatoire) (en lien avec les informations du passeport)				
Engagement à respecter les consignes données par les médecins à la sortie				
Engagement de rester hospitalisé en chirurgie conventionnelle si le chirurgien et/ou l'anesthésiste en posaient l'indication.				
L'environnement du patient				
• Distance domicile-hôpital (ex. : de moins de 30 min pour cholécystectomie par voie laparoscopique)				
• Moyen de locomotion particulier assurant l'autonomie du patient				
• Logement et accès sans problème				
• Téléphone à domicile ou portable (noter le numéro)				
• Réseau social existant				
• Présence d'un tiers venant chercher le patient à sa sortie et présent au domicile en première nuit suivant l'intervention (coordonnées, numéro de téléphone et engagement)				
• Disponibilité médicale et paramédicale				
Vérification du dossier				
• Consultation d'anesthésie et accord pour la prise en charge ambulatoire				
• Bilan sanguin				
• Feuille « Creutzfeldt-Jakob »				
• Pathologie et traitements importants en cours (sur la base d'une ordonnance en lien avec le médecin de ville) ex. : insuline, antihypertenseur, antiparkinsonien				
• Autorisation d'opérer				
• Préadmission faite				
• Rendez-vous téléphonique pris pour l'appel dans les 24 à 48 heures précédant le jour de l'intervention (date à noter)				



Information sur l'organisation de la prise en charge (de « J-1 » à « J+1 » voire au-delà, permanence téléphonique)		
Explicitation des documents remis (passeport ambulatoire) avec les pièces administratives et les consignes		
Compréhension des consignes (zone à dépiler et méthode de dépilation, traitement à arrêter avant l'intervention, importance et modalités du jeûne réel, etc.)		
Points particuliers éventuels (si oui, lesquels ?)		
Alerte effectuée en cas de besoin (vers qui ?)		

SPECIMEN

Fiche technique n° 11

Listes pour la préparation du matériel en vue d'intervention chirurgicale ambulatoire (segment 2)

Deux outils associés issus d'établissements de santé illustrent le concept de barrières de sécurité, ici prévention, voire anticipation de la récupération en cas de complication interventionnelle.

Le premier outil concerne le « référentiel des boîtes d'instruments » (principe en illustration 1), outil établi collectivement

entre les différentes disciplines chirurgicales (orthopédie et traumatologie, chirurgie viscérale et digestive, urologie, pédiatrie, etc.), le ou les blocs opératoires et l'activité de stérilisation.

Illustration 1. Principe du référentiel des boîtes de matériel (ici en chirurgie viscérale et digestive)(1)

Nature de l'intervention	Opérateur	Boîtes nécessaires			Éléments spécifiques
		Boîte principale	Boîte secondaire	Ancillaires	
Cholécystectomie sous coelioscopie	Dr Dupont	Boîte de coelioscopie	Boîte conventionnelle pour laparotomie	Kit pour cholangiographie	<ul style="list-style-type: none">• Sonde de ...• Cholédoscope
Cholécystectomie sous coelioscopie	Dr Durant	Boîte de coelioscopie	Boîte conventionnelle pour laparotomie	Néant	<ul style="list-style-type: none">• Pince endo...
Etc.	Etc.				

(1) Illustration relative à une activité d'UCA pratiquée sur un site « satellite » situé à 25 km du site principal comportant l'unité de stérilisation centrale et un bloc opératoire dit « intégré ».

Le second outil concerne la liste relative à l'installation et aux matériels nécessaires pour la réalisation d'un acte chirurgical donné (illustration 2).

Illustration 2. Fiche technique pour préparation d'une intervention chirurgicale (ex. : cholécystectomie sous cœlioscopie)

<p>Nature de l'intervention : cholécystectomie sous cœlioscopie</p>	<p>CH de Document créé le : Mis à jour le : Version n°</p>
<p>Installation (2)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Décubitus dorsal • Bras gauche le long du corps + gélamines • Table pont • Plaque bistouri électrique • Colonne cœlioscopie à la droite du patient • +/- robot AESOP • Pressions insufflation : 9 mmg • 25 % luminosité (balance blanc) • 100 % luminosité (intervention) 	<p>Matériel</p> <ul style="list-style-type: none"> • Trousse universelle n° 1 • Housse de caméra • 2 plateaux pour badigeon • Antiseptiques • Boîte cœlioscopie viscérale • Optique 0°, diamètre 10 mm • Câble lumière froide • Seringues 10 cc • Aspiration lavage Micro-France (1. câble, 2. canule, 3. tubulure, 4. poche sérum physiologique, 5. générateur) • Bistouri UU 11 • Compresses Rx + compresses non tissées • Pansement : Mepore x 4 • Pots pour prélèvements bactériolo, anapath avec sachets + bons d'exams • Endocatch • Si AESOP : sa housse et son kit • Plaque bistouri électrique : free 2 ou 70 • Noropéine : 10 ml pour 30 cc
<p>Ligatures</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vicryl bobine 3/0 • Vicryl serti 0 (987 ou 518) • Mersuture 0 • Monocryl 3 (C442) 	
<p>En cas de cholangiographie</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prévenir le manipulateur radio (poste xxxx) • Tabliers de plomb • Housse Mayo pour l'amplificateur de brillance • Champ de table • Pince à cholangiographie • Cupule et produit de contraste (omnipaque 240 mg) • Seringues 10 cc et sonde de Chevassu n° 5 ou 6 	

(2) Les modalités d'installation du patient, parfois différentes selon les opérateurs, peuvent être représentées au moyen de dessins ou de photos.

Fiche technique n° 12

8 *check-lists* de « J-1 » à « J+1 » (segments 3, 4 et 5)

La *check-list* constitue l'une des bonnes pratiques de sécurité des soins (cf. fiche technique n° 2). Mise en œuvre de façon pertinente, elle permet de vérifier que les actions essentielles prévues ont bien été effectuées, sinon, de réagir à temps afin d'alerter pour prévenir une complication ou une action irréversible. Selon la situation, elles constituent autant de barrières de sécurité de type prévention, récupération voire atténuation des effets.

Dans le cadre précis du bloc opératoire, l'utilisation d'une *check-list* vise à améliorer le partage des informations et à réaliser une vérification croisée de critères considérés comme essentiels avant, pendant et après toute intervention chirurgicale. La mise en œuvre de cet outil a démontré son efficacité pour diminuer de manière significative la morbi-mortalité postopératoire.

Les enjeux sont nombreux : sécurité des soins (réduction d'événements indésirables), qualité de vie au travail (réduction du stress), réduction du nombre d'annulations ou de patients prévus en ambulatoire et restant hospitalisés sur un mode conventionnel.

Les outils mis à la disposition des personnes habilitées, sous format papier au sein d'un classeur ou mieux, de façon informatisée, sont utilisés à chacune des étapes critiques du parcours de soins.

L'ensemble proposé en illustration est informatisé (programme de type Excel*) et exploité au moyen d'un menu déroulant au fil des étapes du patient par chacun des professionnels concernés (préalablement formés et habilités pour la mise en œuvre pertinente de ces barrières de sécurité).

Il comprend 8 documents étroitement liés entre eux par des acteurs différents :

- *check-list* pour appel en « J-1 » ;
- *check-list* pour accueil en « J0 » ;
- *check-list* pour zone de préparation ;
- *check-list* en zone d'induction anesthésique ;
- *check-list* en salle d'intervention, ces deux dernières prenant en compte les exigences de la *check-list* HAS relative au bloc opératoire²⁹ ;
- *check-list* en soins de suite postinterventionnels (SSPI) ;
- *check-list* en sortie du patient ;
- *check-list* en appel « J+1 » au domicile, voire au-delà.

29. Des informations complémentaires relatives à la *check-list* seront trouvées sur le site de la Haute Autorité de Santé (www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1048545/secureite-du-patient).

1. Check-list pour appel du patient en « J-1 »

1. Check-list pour appel du patient en « J-1 » (via un agent d'accueil)		Identité agent > Choix menu déroulant	
Nom du patient			
Prénom			
Date de naissance		Mineur : Oui / Non	
Sexe		Âge : ans	
NIP	Numéro d'identifiant permanent pour un patient donné saisi par douchette		
Intervention		Si adulte	
Téléphone		<ul style="list-style-type: none"> • Maladie prof. • Acc. travail 	
Date intervention			
Date appel			
1	Le dossier (ortho ou digestif) du patient est-il présent dans l'unité ?	Oui	Non
2	La préadmission du patient est-elle réalisée ?	Oui	Non
3	La consultation d'anesthésie est-elle réalisée ? (Rq : oui si 1. patient opéré au CH depuis moins de 2 mois, 2. pas de changement d'état de santé)	Oui	Non
4	Changement d'état de santé du patient depuis la consultation d'anesthésie ?	Oui	Non
5	Date d'intervention conforme ?	Oui	Non
6	Heure de convocation et heure estimée de sortie données au patient ?	Oui	Non
7	Vérifier que le côté à opérer est le même que les données IPOP et noter le côté		
8	Rappel d'apporter les dernières radios (orthopédie) ou les derniers examens (gynéco, digestif, anesthésie) si demandés par le chirurgien ou l'anesthésiste	Oui	Non
9	Rappel des règles de jeûne préopératoire pour l'eau, le café ou le thé sucré sans lait (pas de jus de fruits) 2 heures avant l'admission	Oui	Non
10	Rappel pour le reste, 6 heures avant l'heure d'admission	Oui	Non
11	Rappel de ne pas fumer le matin de l'intervention	Oui	Non
12	Le patient s'est effectivement procuré les médicaments que le MAR lui a demandé de prendre le matin de l'intervention	Oui	Non
13	Rappel de la nécessité d'un accompagnant (même en taxi) pour le retour à domicile	Oui	Non
14	Rappel de la nécessité d'une présence la nuit de l'intervention (sauf si chirurgie de la main)	Oui	Non
15	Rappel de la nécessité d'une douche à la Bétadine* (ou Hexidine* si allergie) la veille et le matin de l'intervention	Oui	Non
16	Rappel de la nécessité d'enlever le vernis à ongles, de les couper et de ne pas avoir de maquillage	Oui	Non
17	Rappel de venir sans bijoux, objets de valeur ou argent liquide	Oui	Non
18	Rappel de venir avec des vêtements amples	Oui	Non
19	Rappel de ne pas oublier ce qui a été acheté en pharmacie (médicaments, dispositifs, attelles) ainsi que les béquilles si une intervention est prévue au niveau d'un membre inférieur	Oui	Non

20	Si membre inférieur, rappel de la nécessité d'avoir un accompagnant avec véhicule	Oui	Non
21	Rappel de ne pas oublier le passeport ambulatoire	Oui	Non
22	Rappel comment se rendre à l'UCA et de ne pas oublier le PASS parking	Oui	Non
Si réponse(s) négative(s) +++			
1, 5, 6, 7	Prévenir les Cadres	Fait	
2	Demander au patient de venir plus tôt pour effectuer son admission	Fait	
3, 4	Prévenir le MAR ambu Tél ...	Fait	
20	Si aucune autre solution, prévoir un taxi	Fait	
Et inscrire dans « autres événements indésirables »		Fait	

2. Check-list pour accueil du patient en « JO »

2. Check-list pour accueil du patient en « JO » (via agent d'accueil)		Identité agent > Choix menu déroulant	
Nom du patient			
Prénom			
Date de naissance		Mineur : Oui / Non	
Sexe		Âge : ans	
NIP			
Intervention		Maladies	
Téléphone			
Date intervention			
Date appel			
23	Gynéco : le dossier est-il présent dans l'unité ?	Oui	Non
24	Identité et date de naissance du patient confirmées ?	Oui	Non
25	En cas de patient mineur ou sous tutelle : autorisation d'opérer signée par le(s) parent(s) ou le représentant légal	Oui	Non
26	Préadmission effectuée	Oui	Non
27	Le patient est bien programmé dans logiciel de programmation et à l'heure prévue ?	Oui	Non
28	Dossier médical présent ?	Oui	Non
29	Dossier d'anesthésie présent (sauf urgence) ?	Oui	Non
30	Radios ou examens présents si demandés par l'opérateur ?	Oui	Non
31	Passeport ambulatoire présent (ou à créer si urgence) ?	Oui	Non
32	Côté à opérer confirmé (en comparant les données IPOPOP) ? Noter le côté		

33	Le patient est-il à jeun ?	Oui	Non
34	Pas de prise d'eau, de café, de thé sucré sans lait, pas de jus de fruits dans les 2 heures avant l'admission ?	Oui	Non
35	Pour le reste, 6 heures avant l'admission ?	Oui	Non
36	Le patient a-t-il fumé ?	Oui	Non
37	La patient a-t-il un accompagnant (même en taxi) ?	Oui	Non
38	Le patient aura-t-il une présence (sauf chirurgie de la main) la nuit de l'intervention ?	Oui	Non
39	La patient a-t-il pris une douche la veille et le matin de sa venue ?	Oui	Non
40	Le patient est-il venu sans bijoux, objets de valeur ou argent liquide ?	Oui	Non
41	Des béquilles ont-elles été apportées en cas de chirurgie du membre inférieur ?	Oui	Non
Si réponse(s) négative(s) +++			
23, 24, 25, 27, 28	Prévenir les cadres	Fait	
30	Prévenir le chirurgien	Fait	
29, 33, 34, 35, 36, 38, 38, 41	Prévenir le MAR	Fait	
32	Prévenir les cadres qui informent chir, MAR, IADE, IBODE, IDE, AS	Fait	
39	Prévenir AS et IDE de la zone de préparation	Fait	
	Et inscrire dans « autres événements indésirables »	Fait	

3. Check-list pour zone de préparation du patient

1. Check-list pour zone de préparation du patient (via IDE)		Identité IADE > Choix menu déroulant	
Nom du patient			
Prénom			
Date de naissance		Mineur : Oui / Non	
Sexe		Âge : ans	
NIP			
Intervention		Maladies	
Téléphone			
Date intervention			
Date appel			
42	Identité et date de naissance du patient sont confirmées ?	Oui	Non
43	Le patient a-t-il respecté les recommandations de préparation à l'intervention en termes d'hygiène (cf plaquette du CLIN remise au patient avant intervention) ?	Oui	Non
44	Le patient est-il en tenue de bloc correcte (pyjama haut et bas, chaussons, bonnet) ?	Oui	Non
45	Le patient porte-t-il un dentier ? (*)	Oui	Non

46	Le patient porte-t-il des lentilles, un appareil auditif, un piercing ? (*)	Oui	Non
47	Le patient porte-t-il un pacemaker ?	Oui	Non
48	Le patient est-il bien à jeun ?	Oui	Non
49	Pas de prise d'eau, de café, de thé sucré sans lait, pas de jus de fruits dans les 2 heures avant l'admission ?	Oui	Non
50	Pour le reste, 6 heures avant l'admission ?	Oui	Non
51	Le patient a-t-il fumé ?	Oui	Non
52	Le patient a-t-il connu un changement d'état de santé depuis la consultation d'anesthésie ?	Oui	Non
53	Le MAR a-t-il prescrit des médicaments à prendre le matin de l'intervention ?	Oui	Non
54	Le patient a-t-il bien pris les médicaments prescrits par le MAR pour le matin de l'intervention ?	Oui	Non
55	Les constantes sont-elles OK ?	Oui	Non
56	Confirmation de l'intervention et côté à opérer (en comparant les données IPOP, patient et dossier)	Noter le côté	
57	Le patient a-t-il des allergies ?	Si oui, prévenir IADE et IBODE	Oui Non
58	Cathéter court mis en place par IDE ou IADE ?	Oui	Non
59	Antibioprophylaxie et/ou prévention des NVPO réalisée(s) selon protocole	Oui	Non
60	État cutané de la zone opérée OK ?	Oui	Non
61	VISITE PRÉANESTHÉSIQUE effectuée ?	Oui	Non
62	Ou consultation d'anesthésie réalisée (patient admis en urgence) ?	Oui	Non
63	La patient a-t-il uriné aux vestiaires ?	Oui	Non
		Identité MAR > Choix menu déroulant	
Si réponse(s) négative(s) +++			
42, 56	Prévenir les cadres, IADE, IBODE, chirurgien, MAR	Fait	
43, 63	Prévenir AS, corriger, douche éventuelle, miction avant bloc	Fait	
48, 49, 50, 51, 52, 54, 55, 57, 61, 62	Prévenir le MAR	Fait	
60	Prévenir le chirurgien		
(*) Ablation non obligatoire	Voir avec le MAR selon la pathologie et le mode d'anesthésie. Enjeux : respect du patient et maintien de l'autonomie auditive et/ou visuelle ou expression orale	Fait	
Et inscrire dans « autres événements indésirables »		Fait	

4. Check-list en zone d'induction anesthésique du patient

4. Check-list en zone d'induction anesthésique du patient (par IADE)		Identité IADE > Choix menu déroulant	
Nom du patient			
Prénom			
Date de naissance		Mineur : Oui / Non	
Sexe		Âge : ans	
NIP			
Intervention		Maladies	
Téléphone			
Date intervention			
Date appel			
Check-list HAS			
64	Identité et date de naissance vérifiées et confirmées par le patient ?	Oui	Non
65	Confirmation de l'intervention, côté à opérer et à anesthésier (en comparant les données IPOP, patient et dossier) Noter le côté	Cliquer vers page « Constantes »	
66	Dossier patient présent ?	Oui	Non
67	Prise de connaissance du dossier d'anesthésie ?	Oui	Non
68	Trace de la visite préanesthésique (du jour) ?	Oui	Non
69	Consultation d'anesthésie réalisée (si patient admis en urgence) ?	Oui	Non
Vérification du matériel nécessaire			
70	• pour la partie anesthésique ?	Oui	Non
71	• pour la partie chirurgicale ?	Oui	Non
Vérification croisée avec l'équipe chirurgicale (dont IBODE) et mesures à prendre			
72	• si allergies du patient (rappeler les allergies au MAR avant ALR)	Oui	Non
73	• si risques d'inhalation, difficulté d'intubation ou de ventilation au masque	Oui	Non
74	Antibioprophylaxie effectuée	Oui	Non
75	Le patient est-il bien à jeun pour l'eau, le café ou le thé sucré sans lait (pas de jus de fruits) depuis 2 heures avant l'induction ?	Oui	Non
76	Pour le reste, depuis 6 heures avant l'induction ?	Oui	Non
77	Le patient a-t-il fumé ?	Oui	Non
78	Prise des constantes notées et normales		
79	Si ALR, préparation du matériel et produits ALR faite ?	Oui	Non
80	Si échographie, protection par gaine et nettoyage de la sonde après utilisation ?	Oui	Non
81	Si pacemaker, MAR et IBODE prévenus ?	Oui	Non

			Identité MAR > Choix menu déroulant
Si réponse(s) négative(s) +++			
64, 65, 66, 70, 71	Prévenir MAR, chirurgien et IBODE		Fait
72	Prévenir IBODE si antiseptique		Fait
68, 69, 74, 75, 76, 77	Prévenir le MAR		Fait
Et inscrire dans « autres événements indésirables »			Fait

5. Check-list en salle d'intervention

5. Check-list en salle d'intervention (IBODE)		Identité IBODE > Choix menu déroulant	
Nom du patient			
Prénom			
Date de naissance		Mineur : Oui / Non	
Sexe		Âge : ans	
NIP			
Intervention		Maladies	
Téléphone			
Date intervention			
Date appel			
82	Patient porteur d'une prothèse articulaire (*) ? à mettre hors CL HAS	Oui	Non
83	Patient allergique ?	Oui	Non
84	Patient porteur d'un pacemaker ?	Oui	Non
Check-list HAS avant intervention			
Vérification ultime sur un mode croisé au sein de l'équipe, incluant l'équipe d'anesthésie			
85	TIME OUT : identité du patient correcte ?	Oui	Non
86	TIME OUT : intervention prévue confirmée ?	Oui	Non
87	TIME OUT : site opératoire et côté notés		
88	Mode d'installation connu de l'équipe en salle, cohérent avec le site/intervention et non dangereux pour le patient ?	Oui	Non
89	Documents nécessaires à l'intervention disponibles ?	Oui	Non
Partage des informations essentielles dans l'équipe sur les éléments à risque et points critiques de l'intervention			
90	• sur le plan chirurgical ?	Oui	Non
91	• sur le plan anesthésique ?	Oui	Non

Check-list HAS après intervention Confirmation orale par le personnel auprès de l'équipe			
92	• de l'intervention enregistrée ?	Oui	Non
93	• du compte final des compresses, aiguilles et instruments ?	Oui	Non
94	• de l'étiquetage des prélèvements, pièces opératoires, etc. ?	Oui	Non
95	• du signalement des dysfonctionnements matériels et des événements indésirables ?	Oui	Non
96	Les prescriptions pour les suites opératoires sont faites de manière conjointe	Oui	Non
		Identité chirurgien > Choix menu déroulant	
Si réponse(s) négative(s) de 82 à 88 : PAS D'INTERVENTION			
82, 83, 84	Prévenir MAR, chirurgien et IBODE	Fait	
88	Prévenir IADE ou MAR	Fait	
Et inscrire dans « autres événements indésirables »		Fait	

6. Check-list en SSPI

6. Check-list en SSPI (IDE et ASH)		Identité IDE > Choix menu déroulant	Identité IBODE > Choix menu déroulant
Nom du patient			
Prénom			
Date de naissance			Mineur : Oui / Non
Sexe			Âge : ans
NIP			
Intervention			Maladies
Téléphone			
Date intervention			
Date appel			
97	Check-list ouverture SSPI (chariot d'urgence, fluides, moniteurs, respirateur) faite pour la journée ?	Oui	Non
Constantes vitales (PA, pouls, conscience) STABLES et en rapport avec les constantes de la zone de préparation			
98	1. en position couchée	Oui	Non
99	2. puis semi-assise	Oui	Non
100	3. puis assise	Oui	Non
101	4. Toux et déglutition volontaires	Oui	Non
102	5. Douleur absente ou minime	Oui	Non

103	6. Absence de nausées et vomissements	Oui	Non
104	7. Saignement absent ou minime	Oui	Non
Après avoir répondu OUI aux 7 critères (98-104) : VERTICALISATION avec l'aide de l'AS			
105	1. OK avec assistance yeux ouverts puis yeux fermés, sans vertiges	Oui	Non
106	2. OK sans assistance et de façon assurée	Oui	Non
Une fois OUI aux 2 critères (105-106) : HABILLAGÉ			
107	1. Ablation de la voie d'abord (très rarement maintenue en cas d'antibiothérapie prolongée à domicile)	Oui	Non
108	2. Le patient peut se rhabiller, de façon la plus autonome possible, avec l'aide de l'AS	Oui	Non
Une fois OUI aux 2 critères (107-108) : DÉAMBULATION			
109	Le patient peut se rendre en zone de collation	Oui	Non
110	Les antalgiques prescrits et à prendre avec la collation sont donnés au patient	Oui	Non
Cas du patient après ALR du membre supérieur			
111	Bras analgésié en écharpe	Oui	Non
112	Information donnée sur les risques liés à un bloc non levé (ne pas comprimer, ni blesser le membre opéré tant qu'il demeure encore « engourdi »)	Oui	Non
Cas du patient après ALR périphérique du membre inférieur			
113	Verticalisation PRUDENTE du patient avec attelle (si prescrite) et béquilles systématiques	Oui	Non
114	Information donnée sur les risques liés à un bloc non levé (ne pas comprimer, ni blesser le membre opéré tant qu'il demeure encore « engourdi »)	Oui	Non
Cas du patient après ALR médullaire (rachianesthésie)			
115	Idem, mais après accord du MAR (une miction n'est pas obligatoire en l'absence de facteurs de risques)	Oui	Non
Cas du patient après hernie inguinale			
116	Verticalisation PRUDENTE du patient après avoir vérifié la normalité de la flexion de la hanche sur le bassin	Oui	Non
117	La mesure du volume de la vessie a été réalisée sous échographie en SSPI par le MAR	Oui	Non
118	Hospitalisation conventionnelle (si oui, noter cause et service en page « événements indésirables »)	Oui	Non
Cas de la chirurgie coelioscopique (appendicectomie ou cholécystectomie)			
119	Patient vu par chirurgien digestif avant SSPI	Oui	Non
120	La sortie de la SSPI aura lieu après obtention des critères 98 à 119		
Identité MAR ayant signé la sortie > Choix menu déroulant			
	En cas d'urgence	Fait	
	Effectuer les premiers gestes d'urgence	Fait	
	Demander à l'AS d'appeler le MAR + bouton d'urgence	Fait	
	Et inscrire dans « autres événements indésirables »	Fait	

7. Check-list en sortie du patient

7. Check-list en sortie du patient (SM ou AS)		Identité SM ou AS > Choix menu déroulant	
Nom du patient			
Prénom			
Date de naissance			
Sexe			
NIP			
Intervention		Maladies	
Téléphone			
Date intervention			
Date appel			
121	Remettre au patient son passeport ambulatoire en y incluant par le biais de la <i>check-list</i> ci-dessous tous les documents nécessaires à sa sortie		
122	Compte rendu d'anesthésie (CRA)	Oui	Non
123	Recommandations après une anesthésie ambulatoire/autorisation de sortie	Oui	Non
124	Ordonnance d'antalgiques de sortie réalisée par le MAR	Oui	Non
125	Dossier prestataire de soins « Dispositif analgésique en ambulatoire » en cas de pompe à domicile	Oui	Non
126	Compte rendu opératoire (CRO)	Oui	Non
127	Ordonnances du chirurgien (pansement, kinésithérapie, IDE à domicile, etc.)	Oui	Non
128	Recommandations de l'équipe chirurgicale le cas échéant	Oui	Non
129	Prochain rendez-vous de consultation et de pansement donné (cf. CRO)	Oui	Non
130	Prochain rendez-vous de consultation enregistré sur « AGENDA »	Oui	Non
131	Arrêt de travail (attention au formulaire : arrêt maladie ou arrêt de travail)	Oui	Non
132	Récupération du Tag RFID	Oui	Non
133	Sur fiche individuelle d'admission : sortie signée par un MAR	Oui	Non
134	Signature du cahier de sortie par MAR +/- commentaires (ex. : si hospitalisation, ...)	Oui	Non
135	Accompagnant présent	Oui	Non
136	Dossier médical du patient entreposé à l'endroit prévu pour être consultable par les équipes médicales de garde en cas de problème (appel du patient, réadmission, ...)	Oui	Non
Si réponse(s) négative(s) :			
126, 127, 128	Prévenir le chirurgien ou à défaut le MAR	Fait	
122, 124, 134	Prévenir le MAR (tél)	Fait	
	Et inscrire dans « autres événements indésirables »	Fait	

8. Check-list en appel au domicile du patient en « J+1 »

8. Check-list en appel au domicile du patient à « J+1 » (IDE)		Identité IDE appelant > Choix menu déroulant	
Attention :			
<ul style="list-style-type: none"> • Nouvel appel en J+2 en cas de cathéter analgésique à domicile pendant 48 heures • Appel tous les jours jusqu'à J+4 pour les interventions sur hernies inguinales et cholécystectomie 			
Nom du patient			
Prénom			
Date de naissance			
Sexe			
NIP			
Intervention		Maladies	
Téléphone			
Date intervention			
Date appel			
137	Avez-vous eu mal ? (selon échelle de 0 à 10)		
138	Avez-vous les médicaments prescrits contre la douleur ?		
139	Si morphine prescrite, l'avez-vous prise ?	Oui	Non
140	En cas de bloc analgésique : noter l'heure de levée du bloc dans l'observation		
141	Avez-vous eu des nausées ?	Oui	Non
142	Avez-vous eu des vomissements ?	Oui	Non
143	Avez-vous eu des vertiges ?	Oui	Non
144	Pensez-vous qu'ils soient secondaires aux médicaments contre la douleur ?	Oui	Non
145	Avez-vous eu des problèmes de sommeil ?	Oui	Non
146	En cas de hernie inguinale ou de rachianesthésie : avez-vous uriné dans les 8 heures qui ont suivies la sortie de l'UCA ?	Oui	Non
147	Y a-t-il eu des problèmes de saignement ou d'hématome ?	Oui	Non
148	Avez-vous un œdème de la zone opérée ?	Oui	Non
149	Y a-t-il un autre problème médical ?	Oui	Non
150	Réadmission à J1 (après sortie en J0) ?	Oui	Non
151	Qualité globale de la prise en charge ?		

.....

Pour les hernies inguinales : appel à « J+4 »			
152	Avez-vous encore des douleurs ?	Oui	Non
153	Y a-t-il un autre problème médical ?	Oui	Non
Inscrire dans « autres événements indésirables »		Fait	

Remarque

Ce logiciel présente plusieurs intérêts :

- il est complété de deux options en matière de comptes rendus complétés de menus déroulants : compte rendu d'anesthésie et compte rendu opératoire (remis au patient en même temps que les ordonnances de sortie pour pansement, médicaments, soins infirmiers et/ou soins de kinésithérapie).
- les informations relatives à la prise en charge (et ses difficultés éventuelles telles qu'allergie, intubation difficile, etc.) sont conservées dans le service, favorisant ainsi la continuité des soins dans le cas d'une reprise en charge rapide.

Fiche technique n° 13

Document de liaison interne « Service - Bloc - Service » (segment 4)

Issu d'un centre hospitalier, ce document a fait l'objet d'une mise à jour après analyse d'événements indésirables associés aux soins, montrant la nécessité d'une maîtrise

accrue de l'information transmise entre secteurs. Il est utilisé pour tout type d'intervention, en contexte ambulatoire ou conventionnel.

Partie recto du document

Nom :	Dossier de soins – Fiche de liaison « Service - Bloc - Service »		
Nom de jeune fille :			
Prénom :			
Date et lieu de naissance :	Service :	Opérateur :	
DOSSIER PRÉ-INTERVENTIONNEL			
1. Dossier anesthésie (éléments à joindre dans cet ordre)			
a) Bilan sanguin et commande de sang			
Carte de groupe valide (2 déterminations) : OUI NON		Dans le dossier d'anesthésie : OUI NON Si non : prélevé le..... Au labo	
RAI de moins de 21 jours (moins de 48 heures si transfusion récente ou polytransfusé) : OUI NON			
Si plus de 21 jours : prélevé le		Dans le dossier d'anesthésie : OUI NON Au labo	
Commande de sang : pas de commande		En réserve EFS	Ferme sur site
	NFS prélevée	Dans dossier anesthésie	Au labo
	TP INR prélevé	Dans dossier anesthésie	Au labo
	TCA prélevé	Dans dossier anesthésie	Au labo
	IONO prélevé	Dans dossier anesthésie	Au labo
b) Autorisation d'opérer		Autorisation parentale d'opérer signée	
		Autorisation pour patient sous tutelle	
c) Examens complémentaires (joindre les examens)			
	ECG	Imagerie médicale	
	ECBU	Traitement.....	
	BMR.....	Autres résultats bactériologiques.....	
	Certificat dentiste	Prélèvement nez	
2. Dossiers médicaux et paramédicaux			
	DPU	Dossier d'anesthésie	

Éléments mis dans l'ordre au sein du dossier de soins infirmiers

1. 2 planches d'étiquettes identité patient
2. Fiche de liaison « Service - Bloc - Service »
3. Fiche de prescription et de renseignements pour la préparation d'une intervention chir.
4. Feuille de surveillance ISO (selon type d'intervention et si transmis par SEHH)
5. Fax des interventions non programmées

INTERVENTION PRÉVUE

Nature de l'intervention prévue :

Date : Côté droit gauche bilatéral

3. Préparation cutanéomuqueuse (cf. protocole de soins « Préparation cutanée de l'opéré »)

Information sur la technique de la préparation cutanée

La veille douche : Polyvidone scrub	Au domicile Chlorexidine scrub	Dans le service Autre :	Nom + signature Hygiène bucco-dentaire
Dépilation	Bas de contention	Normacol	
Le jour de l'intervention Polyvidone scrub	Chlorexidine scrub	Heure de la douche : Autre :	Nom + signature Hygiène bucco-dentaire
Vérifications IDE/AS	Ombilic Absence bijoux, piercings Absence maquillage, vernis	Ongles Dépilation	Absence de prothèses Nom + signature

4. Information relative au patient

Intolérance	NON OUI	À quoi :	
Allergie	NON OUI	À quoi :	
PTH – PTG ou autre	NON OUI	Côté :	
Pacemaker	NON OUI	Prothèse auditive	NON OUI Ôtée
Stomie	NON OUI	Prothèse oculaire	NON OUI Ôtée
Site implantable	NON OUI	Prothèse dentaire	NON OUI Ôtée
Piercing	NON OUI	Autre :	

5. Lors de la prémédication ou après la douche

Présence du bracelet d'identification		Patient	Lit
T°	TA	Pouls	Hémogluco-test
Jeûne strict (aliment, boisson, tabac, chewing-gum)		OUI NON : Date/Heure/Nature	

6. Vérifications croisées identité et intervention au départ du patient vers le bloc

Par AS bloc	Nom + initiales	Validation en entrée bloc Nom + signature
Par IDE ou sage-femme du service	Nom + initiales	

Partie verso du document

INTERVENTION RÉALISÉE			
Opérateur :	Intervention réalisée : Côté opéré : Droit Gauche Bilatéral		
Anesthésiste :	Type d'anesthésie : AG ALR Rachi Autre :		
7. Installation			
	DD DLD DLG DV Position gynéco Beach chair Genu pectoral		
	Tête en hyperextension Hyperlordose Autre :		
	Billot : Tête Épaules Thorax Bassin Chevilles Autre :		
8. Antiseptique utilisé (cf. protocole « Préparation du champ opératoire »)			
	Polyvidone alcoolique Autre :	Polyvidone dermique	Chlorexidine
9. Matériel utilisé			
	Garrot pneumatique		Plaque bistouri électrique, site :
10. Prélèvements			
Anapath	Cytologie	Bactério	Extempo
11. Fermeture cutanée			
	Fils :	Résorbables	Non résorbables
	Points séparés	Surjet	Surjet intradermique
	Agrafes	Suture adhésive	
12. Immobilisation - contention			
	Résine	Plâtre	Attelle
Commentaires :			



13. Drainage						
	Nombre		Fixation	Site	Aspiratifs	Nbre en sortie SSPI
		Mini drainage			OUI NON	
		Drainage clos, redon			OUI NON	
		Drain abdominal			OUI NON	
		Drain pleural			OUI NON	
		Lame				
		Crin				
		Mèche à cavité				
		Autre			OUI NON	
Digestif		Sonde naso-gastrique		Drain de Kher		Autre :
Urologie		KT sus-pubien				
		Lavage		Sonde vésicale		Double courant
		Sonde double J Droite Gauche		Sonde urétérale Droite Gauche		
		Sonde néphrostomie Droite Gauche		Autre :		
14. Pansement OUI NON						
		Pansement sec		Pansement gras	Bandage	Compressif
		Aquacel hydrocolloïde			Signature IBODE ou IDE	
		Renfort postop :				
		Autre :				
15. Au départ : transmissions à effectuer au moyen de la fiche de surveillance postinterventionnelle						
		Par IADE SSPI			Nom + initiales :	
		Par IDE service ou sage-femme			Nom + initiales :	

Fiche technique n° 14

Document de surveillance postinterventionnelle (segment 4)

Le dossier d'anesthésie ambulatoire utilisé dans le cadre de cette illustration comporte 5 documents liés entre eux :

1. fiche de recueil de données (liste d'items à cocher ou à compléter) dans le cadre de la consultation initiale ;
2. fiche de compte rendu de visite préanesthésique ;
3. grille de recueil de données anesthésiques durant les phases d'induction et d'intervention ;

4. grille de recueil de données en surveillance post interventionnelle (ci-dessous) ;

5. fiche de prescriptions postopératoires (liste d'items à compléter, dont en matière de pompe PCA et de cathéter en cas d'anesthésie locorégionale).

Grille de recueil de données utilisée en SSPI suivant le patient en retour vers UCA pour relais de surveillance

CH de :		Fiche de surveillance post-interventionnelle				
Identité du patient		Heure entrée	Heure sortie	Autorisation de sortie SSPI du Dr :		IADE/IDE : Médecin anesthésiste :
Horaires						
Cardio-respiratoire	TA					
	Pouls					
	SAO ²					
	Fréq. respiratoire					
	O ₂ (litre/minute) Ventil. spont /V. contr.					
	Extubation					
	Température					
Pertes	Sonde gastrique					
	Drain					
	Diurèse					
	Pansement					
	Tonicité utérus					
Perf.	Transf. autologue					
	Transf. globulaire					

Identité du patient		Heure entrée	Heure sortie	Autorisation de sortie SSPI du Dr :		IADE/IDE : Médecin anesthésiste :	
Horaires							
Analgésie/traitements	EVA						
	* Titration Morphine IV						
	* PCA						
	* ALR						
	Type						
Évaluation en sortie de salle de réveil	Motricité spontanée ou à la demande 2 : bouge les 4 membres 1 : bouge 2 membres 0 : immobile						
	Respiration 2 : peut respirer et tousser 1 : dyspnée resp. limite 0 : apnée						
	Pression artérielle (écart avec préopératoire) 2 : 20 mmHg ou moins 1 : 20 à 50 mmHg 0 : 50 mmHg ou plus						
	Conscience 2 : parfaitement éveillé 1 : se réveille à la demande 0 : ne répond pas aux ordres						
	Coloration 2 : normale 1 : pâle marbrée 0 : cyanosée						
	Score d'ALDRETE						
	Imagerie						
	Examens complémentaires						
	Soins de confort						

Fiche technique n° 15

Liste « Actions à effectuer en cas d'appel d'un patient ou d'un proche » (segments 3, 5, 6)

Nature de la sécurité : barrière de récupération, voire d'atténuation des effets dans le cas d'un incident débutant en lien avec le processus de soins.		
Modalités <ul style="list-style-type: none">• Au mieux éventuelle IDE polyvalente de JO ou d'astreinte 24 h/24. Ailleurs, standardiste de l'établissement avec ou sans médecin disponible, médecin généraliste, IDE de proximité• Avant entrée en JO (demande d'information, voire annulation) ou après sortie pour événement intercurrent ou inquiétude, en heures ouvrables ou non• Consignes d'orientation du standard (vers urgences, médecin disponible ou de garde, voire médecin généraliste)• Assurer la traçabilité de l'entretien et des actions menées (la nuit à destination de l'UCA <i>via</i> rapport de nuit)+++		
Patient :	Professionnel :	Date :
Les actions à effectuer :		
1. Noter le numéro de téléphone de l'appelant		
2. Noter ou assurer : <ul style="list-style-type: none">• l'objet de l'appel• le recueil des données• le chirurgien concerné• les modalités de contact avec le chirurgien en tant que de besoin• les conseils donnés• voire hospitalisation après décision du chirurgien• tracer		
3. Noter des points particuliers éventuels		
4. Effectuer si besoin le lien avec d'autres acteurs (chir, MAR) et rappeler le patient (IDE, chir, MAR)		

Fiche technique n° 16

Principes de repérage, de hiérarchisation et de traitement de situations à risque pour les patients

Une situation à risques est définie comme un événement possible dont la survenue est susceptible de créer des dommages. Cette démarche préventive, déjà utilisée dans le cadre de la santé au travail (conception du document unique relatif aux risques professionnels), peut être utilisée dans le cadre de la sécurité des patients.

Le principe consiste à identifier des situations et les hiérarchiser selon leur criticité afin de choisir les actions préventives à prioriser. La démarche est conduite selon les étapes suivantes :

1. Engager la démarche sur la base d'une cartographie des activités chirurgicales ambulatoires et ses 3 niveaux (management, prise en charge du patient selon les 6 segments, fonctions « support » ou de soutien associées).

2. Sur la base de la cartographie des processus, progresser selon les temps suivants :

- choisir un processus, voire un sous-processus (« brique élémentaire ») ;
- établir collectivement, si besoin sur un mode multiprofessionnel, une liste des événements redoutés pour le périmètre étudié (pas plus d'une dizaine) en utilisant diverses sources (données de la littérature ou encore du suivi du signalement des événements indésirables) ;
- caractériser les événements en termes de gravité et de vraisemblance de survenue sur la base d'échelles de cotation simples telles que proposées ci-dessous (le produit des deux données indiquant la criticité) ;
- évaluer les événements redoutés en les positionnant sur la matrice de criticité ;
- choisir les actions d'amélioration à mener jugées prioritaires (d'abord les criticités élevées en zone rouge, puis celles moins élevées situées en zone orange).

1. Management (direction, instances, régulation)

3. Prise en charge du patient	Segment 1				S2	S3	Segment 4 (« J0 »)										S5	S6			
	Accueil administratif	Consultation chirurgicale	Consultation anesthésique	Gestion des examens complémentaires	Programmation opératoire	Planification des ressources	Appel du patient en J-1	Accueil du patient en J0	Préparation du patient	Transfert du patient vers le bloc	Préparation anesthésique	Transfert du patient en salle d'opération	Installation du patient	Intervention chirurgicale	Transfert du patient en SSPI	Surveillance du patient en SSPI	Transfert du patient en UCA	Surveillance du patient en UCA	Préparation de la sortie	Sortie du patient	Appel du patient en J+1, voire au-delà

2. Soutien	Ressources humaines	Matériels	Logistique (transports, linge, stérilisation, approvisionnements, pharmacie, médicaments, dispositifs médicaux, etc.)	Système documentaire
	Locaux et circuits	Hygiène hospitalière		Système assurance qualité-sécurité
	Système d'information et d'aide à la décision (planification, réservation, dossier du patient, notification des événements indésirables, indicateurs et tableau de bord, etc.)			

Un exemple d'échelle de gravité	
G1 Mineure	Conséquences mineures sans préjudice (ex. : retard simple)
G2 Significative	Incident avec préjudice temporaire (ex. : retard avec désorganisation de la prise en charge)
G3 Majeure	Incident avec impact (ex. : report, prolongation anormale de l'hospitalisation, transfert non prévu en réanimation, perte de fonction transitoire)
G4 Critique	Conséquences graves (ex. : réintervention, préjudice ayant un retentissement sur la vie quotidienne, incapacité partielle permanente)
G5 Catastrophique	Conséquences très graves (ex. : invalidité permanente, séquelles graves, décès)

Un exemple d'échelle de vraisemblance	
V1 Très improbable	Ou « jamais vu »
V2 Très peu probable	Ou « vu une fois dans ma carrière »
V3 Peu probable	Ou « vu dans d'autres établissements »
V4 Possible/probable	Ou « survient dans l'établissement »
V5 Très probable à certain	Ou « vécu dans mon secteur d'activité »

La matrice de criticité (complétée d'un positionnement de situations à risques/SAR)						
Vraisemblance estimée	5	5	10 SAR1, SAR5	15 SAR3, SAR9	20	25
	4	SAR6	SAR2		16 SAR10	
	3			9		
	2	SAR4	4 SAR7			
	1	1				
		1	2	3	4	5
		Gravité estimée				
	Risques à traiter en priorité. Situations à risques, non acceptables en l'état, nécessitant des actions d'analyse et de traitement pour réduire le risque au moins jusqu'à un risque à surveiller.					
	Risques à surveiller. Situations à risques acceptables en l'état à condition que des actions soient menées pour mieux les identifier et les surveiller.					
	Risques non critiques. Situations à risques acceptables en l'état, correspondant à un risque faible.					

3. Connaître les intérêts et limites de la matrice de criticité

■ Intérêts :

- une représentation graphique parlant à tous : « sortir de la zone rouge » par une démarche active de réduction du risque ;
- son caractère synthétique (regroupement de thématiques différentes dans le but de favoriser la prise de décision).

■ Limites :

- la difficulté d'estimation de la vraisemblance de survenue avant action préventive (données de la littérature, données locales) ;

- la pertinence de l'échelle de vraisemblance pour la problématique analysée, parfois à adapter ;
- la difficulté d'estimation de la vraisemblance de survenue au terme de l'action corrective envisagée ;
- les limites entre les trois zones qui relèvent du consensus social (acceptabilité du risque) ;
- l'analyse réalisée, propre à une unité de soins, valable « ici et maintenant ».

4. Des principes de traitement des situations à risques sélectionnées.

Principe d'une fiche de traitement d'une situation à risques

CH de Gestion des risques associés aux soins		Unité de soins concernée : Date : Responsable(s) concerné(s) :		
1. Situation à risques identifiée				
2. Patients concernés				
3. Type de prise en charge				
4. Conséquences potentielles de la situation à risques				
5. Liste des causes immédiates de la situation à risques				
6. Recherche documentaire éventuelle	Réglementation, recommandations, bibliographie			
7. Nature des barrières de sécurité à mettre en œuvre	<ul style="list-style-type: none"> • Barrière(s) de prévention : ▶ • Barrière(s) de récupération : ▶ • Barrière(s) d'atténuation des effets en cas d'incident débutant : ▶ 			
8. Évaluation du risque (faite sur la base de la matrice de criticité et des deux échelles de cotation associées)		Vraisemblance (V)	Gravité (G)	Criticité (V x G)
	Risque initial			
	Risque résiduel			
9. Modalités de mise en œuvre des barrières de sécurité				
10. Vérification et évaluation de la mise en œuvre effective des barrières de sécurité				
11. Suivi périodique				
12. Retour d'expérience Date				

Pour aller plus loin

HAS. Mettre en œuvre la gestion des risques associés aux soins en établissement de santé. Des concepts à la pratique. Mars 2012 (fiche n° 9 : Choisir les événements et situations à risques à traiter).

Fiche technique n° 17

Évaluation de la satisfaction des usagers (patients et correspondants)

Un processus se pilote selon deux registres : en amont *via* le « référentiel » (réglementation, recommandations, procédure et modes opératoires définis localement), en aval *via* les résultats (suivi d'activité, de la satisfaction, des dysfonctionnements, etc.). L'évaluation de la satisfaction constitue donc un élément au service du pilotage de la structure de prise en charge ambulatoire.

Cette évaluation peut concerner le patient mais aussi les professionnels de santé d'aval assurant sa prise en charge au décours du séjour hospitalier (IDE, kinésithérapeute, médecin traitant).

Quand et comment mettre en œuvre cette évaluation par le patient ? Les conditions de la sortie ne sont pas toujours favorables à l'appropriation sereine d'un long

questionnaire. Une alternative consiste à évaluer la satisfaction en deux temps : aspects relatifs à l'accueil, au séjour et à l'hôtellerie abordés en sortie, aspects médicaux abordés le lendemain au décours de l'entretien téléphonique (sa mise en œuvre doit alors être coordonnée avec la *check-list* « J+1 », voire au-delà. Concernant les professionnels de santé d'aval, l'évaluation peut être conduite sur la base d'enquêtes périodiques, annuelles le plus souvent.

Le traitement des données permet la mise en œuvre d'indicateurs, périodiquement suivis au moyen de tableaux de bord. Les tendances observées pour chacun des thèmes étudiés permettent de réagir au plus vite et d'orienter l'organisation et les pratiques en conséquence.

Un questionnaire de satisfaction mis en œuvre en sortie d'UCA

Nom, prénom	Questionnaire de satisfaction									
Date de naissance	1. Concernant la prestation (ne répondre que par NON si existence d'un problème)									
Date d'hospitalisation	1	2	3	4	5	6	7			
Avez-vous rencontré un problème en matière :	Accueil en entrée	Vestiaire	Zone de préparation	Zone d'induction	Bloc opératoire	Salle de réveil	Préparation à la sortie			
• d'attente ? (ne cocher que si négatif)										
• de confidentialité ? (ne cocher que si négatif)										
• d'intimité ? (ne cocher que si négatif)										
• de froid ? (ne cocher que si négatif)										
• d'information ? (ne cocher que si négatif)										
• de gestes ou de soins douloureux ? (ne cocher que si négatif)										
2. Attribuez une note de 0 à 10 à la prestation dans sa globalité (0 signifiant que vous n'êtes pas du tout satisfait et 10 que vous êtes très satisfait)										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3. Avez-vous des points à préciser et/ou des suggestions à faire ?										

Fiche technique n° 18

Chemin clinique (et indicateurs associés)

Le chemin clinique est un outil d'organisation et de planification d'une activité pluridisciplinaire, établi pour la prise en charge coordonnée des patients pour une pathologie donnée, favorisant le repérage des étapes et points essentiels à prendre en compte tout au long du parcours de soins.

Principe

- Description, pour une pathologie donnée, des éléments du parcours de soins du patient.
- Prise en compte des diverses recommandations professionnelles et des consensus établis au sein de l'établissement.

Finalité

- Favoriser une harmonisation des pratiques dans le but d'une optimisation de la qualité et de la sécurité de la prise en charge du patient (prévention de répétitions inutiles, d'oublis ou d'erreurs).

Mise en œuvre du dispositif

- Élaborer une liste des principales pathologies prises en charge au sein de l'unité de chirurgie ambulatoire.
- Réaliser un chemin clinique pour chacune des principales pathologies prises en charge sur la base d'une grille structurée (segments, étapes).
- Organiser l'actualisation périodique de la liste des principales pathologies prises en charge. Compléter et/ou actualiser les chemins cliniques en conséquence.
- Regrouper l'ensemble des chemins cliniques au sein d'un classeur à disposition des professionnels de début de parcours (consultation chirurgicale).
- Utiliser le document relatif à la pathologie concernée comme fiche de recueil des données, à placer dans le dossier du patient.
- Compléter le document tout au long du parcours.

Mise en œuvre d'un chemin clinique en chirurgie ambulatoire

- Préciser le contexte de la prise en charge : selon un mode programmé pour l'adulte (cadre retenu ci-dessous) ou pour l'enfant, ou encore en contexte d'urgence vraie ou différée.
- Partir des segments et étapes clés de prise en charge du patient pour chacun des segments (colonne 1 et ses invariants).
- Par étape de la prise en charge :
 - prendre en compte les éléments de sécurité communs à toute activité (colonne 2 et ses invariants, points de passage obligé d'une part, outils associés d'autre part, listes, *check-lists* et documents de liaison tels que proposés dans les fiches techniques n° 7 à 15) ;
 - compléter par les éléments de sécurité spécifiques (à compléter par les spécialistes pour chacune des pathologies concernées) (colonne 3) ;
 - compléter des données nécessaires à l'évaluation des pratiques sous la forme d'indicateurs (colonne 4)³⁰.

Perspective

Dans le but d'harmoniser les pratiques de sécurité, il est suggéré ici la mise en œuvre de chemins cliniques thématiques validés et diffusés par les fédérations de spécialités médicales.

Colonne à compléter au terme des travaux en cours relatifs à l'identification d'indicateurs de suivi et d'évaluation (cf. partie 1, encadré 1, axe 5).

Principe d'un chemin clinique pour prise en charge programmée chez l'adulte en chirurgie ambulatoire

Processus de prise en charge programmée (1)		Éléments de sécurité <u>communs</u> à l'activité ambulatoire (2)		Qui	Éléments de sécurité spécifiques à la pathologie prise en charge (3)	Données pour l'évaluation Des indicateurs de suivi périodique (à titre d'exemple)		
Segment	Étapes	Facteurs humains, techniques et organisationnels	Outils (cf. fiches techniques 7 à 15)					
1	Organisation des rendez-vous <i>Résultats attendus :</i> <ul style="list-style-type: none"> Le patient obtient un rendez-vous et sait ce qu'il doit apporter Le médecin dispose des informations nécessaires à la prise de décision 	<ul style="list-style-type: none"> Procéder aux vérifications Informé l'appelant 	Liste pour prise de rendez-vous	SM				
	Consultation chirurgicale <i>Résultats attendus :</i> <ul style="list-style-type: none"> Sont précisées la nécessité d'une intervention chirurgicale, d'investigations complémentaires éventuelles, ainsi que les modalités de l'intervention Les critères d'une intervention en mode ambulatoire sont réunis Le patient est clairement informé et consentant 	Reconstituer l'anamnèse et affirmer le diagnostic	Critères de sélection pour l'ambulatoire (FT8) Document de liaison pour la prescription et les renseignements à destination du bloc opératoire pour la préparation d'une intervention chirurgicale (FT9)	Chir				
		Déterminer la nécessité d'investigations complémentaires						
		Préciser les antécédents et rechercher les comorbidités susceptibles de modifier la prise en charge						
		Choisir la technique chirurgicale						
		Poser l'indication opératoire en ambulatoire (critères d'éligibilité)					Critères d'éligibilité vérifiés et respectés	
		Informé le patient, s'assurer de sa compréhension et de son accord (ou celui de la personne de référence)						Information comprise ?
		Demander la programmation						
		Demander la réservation du matériel adapté						
Remettre et expliciter le passeport ambulatoire	Passeport ambulatoire (FT7)							

Processus de prise en charge programmée (1)		Éléments de sécurité communs à l'activité ambulatoire (2)		Qui	Éléments de sécurité spécifiques à la pathologie prise en charge (3)	Données pour l'évaluation Des indicateurs de suivi périodique (à titre d'exemple)
Segment	Étapes	Facteurs humains, techniques et organisationnels	Outils (cf. fiches techniques 7 à 15)			
1	Consultation anesthésique <i>Résultats attendus :</i>	Confirmer les critères d'éligibilité	Ordonnance type	MAR		
		Choisir la technique anesthésique				
		Informer le patient, s'assurer de sa compréhension et son accord				
Remettre l'ordonnance d'antalgiques (et si besoin autres thérapeutiques postopératoires) si non anticipée avant						
	Accord pour l'acte ambulatoire <i>Résultats attendus :</i>	Confirmer la demande de programmation	Document de liaison pour la prescription et les renseignements à destination du bloc opératoire (FT9)	MAR		
	Fin de consultation UCA (MAR, IDE ?) <i>Résultats attendus :</i>	Vérifier, informer et prévoir fiche de consultation et critères de sélection	Check-list fin de consultation d'anesthésie en vue d'intervention (FT10)	MAR IDE		Information comprise ?
2	Préparation (programmation et organisation de l'intervention) <i>Résultats attendus :</i>	Effectuer la programmation opératoire en précisant l'ordre de passage	Réunion multi-professionnelle hebdomadaire pour validation de la programmation	CDS Bloc		
		Organiser la préparation du matériel	Référentiel des boîtes de matériel Fiches techniques pour la préparation d'une interven-	CDS Bloc		
3 (« J-1 »)	Définition des horaires d'admission <i>Résultats attendus :</i>	Sur la base de la programmation opératoire, valider, définir les heures d'entrée des patients, les locaux et personnels affectés		CDS UCA		
	Appel vers le patient <i>Résultats attendus :</i>	Procéder aux vérifications médicales et administratives	Check-list appel du patient en « J-1 » (FT12)	IDE UCA		Patient bien contacté
		Rappeler les consignes et répondre aux questions				
Confirmer l'horaire d'admission						

Processus de prise en charge programmée (1)		Éléments de sécurité communs à l'activité ambulatoire (2)		Qui	Éléments de sécurité spécifiques à la pathologie prise en charge (3)	Données pour l'évaluation Des indicateurs de suivi périodique (à titre d'exemple)
Segment	Étapes	Facteurs humains, techniques et organisationnels	Outils (cf. fiches techniques 7 à 15)			
4 (« JO »)	Accueillir et prendre en charge le patient en UCA <i>Résultats attendus :</i>	Procéder aux vérifications en accueil	Passport ambulatoire (FT7)	SM		Patient ayant respecté les consignes
		Préparer le patient dans le respect des délais	Check-list en accueil du patient (FT12)	IDE		
		Procéder aux vérifications avant transfert	Check-list en zone préparation du patient (FT12)	IDE		Taux de déprogrammations
		Compléter la fiche de liaison	Document de liaison « Service - Bloc - Service » (FT13)	IDE		
		Transférer le patient vers le bloc				
	Au bloc opératoire <i>Résultats attendus :</i>	Procéder aux vérifications d'entrée	Document de liaison (FT13)	IADE		Préparation correcte
		Réaliser l'induction anesthésique	Check-list en zone d'induction (FT12)	MAR		
		Vérifier le matériel opératoire	Check-list en salle d'intervention (FT12)			Délais respectés
		Installer le patient				Fiche de liaison présente et renseignée
		Réaliser l'acte opératoire		Chir		
		Transférer si besoin le patient en SSPI	Check-list en SSPI (FT12)	IADE		
		Évaluer (douleur, nausées, éventuelle hémorragie)	Fiche de surveillance post-interventionnelle (FT14)	MAR		
		Prescrire les soins postop immédiats	Document de liaison (FT13)			
		Compléter la fiche de liaison				
		Transférer le patient vers l'UCA				
	Rédiger le compte rendu opératoire	Compte rendu type	Chir			
	En UCA après intervention <i>Résultats attendus :</i>	Surveiller le patient	Fiche de surveillance post-interventionnelle (FT14)	IDE		Fiche de liaison présente et renseignée
		S'assurer de l'absence de douleur, nausées, somnolence, hémorragie				
		Accompagner le premier lever et le premier repas				Taux de retours en salle d'opération
		Rédiger le compte rendu anesthésique		MAR		
Préparer les documents médicaux nécessaires à la sortie			IDE SM			

Processus de prise en charge programmée (1)		Éléments de sécurité communs à l'activité ambulatoire (2)		Qui	Éléments de sécurité spécifiques à la pathologie prise en charge (3)	Données pour l'évaluation Des indicateurs de suivi périodique
Segment	Étapes	Facteurs humains, techniques et organisationnels	Outils (cf. fiches techniques 7 à 15)			
4 (« J0 »)	Sortie de l'UCA <i>Résultats attendus :</i>	S'assurer de la présence des critères de sortie	<i>Check-list</i> en sortie du patient (FT12)	IDE		Critères de sortie respectés
		Vérifier les documents (ordonnance d'antalgiques, rendez-vous de consultation)				
		Informé le patient et s'assurer de sa compréhension				
		Vérifier les modalités de retour et de continuité des soins				
		Gérer le questionnaire de satisfaction				
5 (« J+1 »)	Appel vers le patient <i>Résultats attendus :</i>	Vérifier l'état du patient	<i>Check-list</i> pour appel du patient en « J+1 » (FT12)	IDE		
		Adapter la réponse en conséquence				
6	Assurer le suivi du patient <i>Résultats attendus :</i>	Assurer la consultation postopératoire		Chir		Taux de consultations non programmées Taux de réadmissions non programmées
		Clore le dossier médical				
		Archiver le dossier médical		SM		
Segments 3, 5, 6	En cas d'appel du patient ou d'un proche <i>Résultats attendus :</i>	<ul style="list-style-type: none"> Évaluer le motif de l'appel Agir en conséquence et assurer la traçabilité nécessaire 	Liste « Actions à effectuer en cas d'appel d'un patient ou d'un proche » (FT15)	IDE Chir etc.		

Pour aller plus loin

HAS. Chemin clinique. Une méthode d'amélioration de la qualité. 2004.
www.has-sante.fr/portail/jcms/c_436520/chemin-clinique?xtmc=&xtcr=4

Fiche technique n° 19

Analyse des modes de défaillance, de leurs effets et de leur criticité (AMDEC)

L'analyse des modes de défaillance, de leurs effets et de leur criticité (AMDEC) est une méthode quantitative d'analyse de risques favorisant le repérage et la hiérarchisation des risques d'une entité ou d'un processus³¹. Le processus de prise en charge d'un patient en chirurgie ambulatoire a été analysé au sein de quatre établissements de santé (deux centres hospitaliers, deux établissements privés) avec les professionnels concernés sur la base de 6 segments (définis en partie 2, encadré 4) (segment 1 : éligibilité du patient, segment 2 : programmation et organisation de l'intervention, segment 3 : actions en « J-1 », segment 4 : prise en charge du patient en « J0 », segment 5 : actions en « J+1 », segment 6 : au-delà « J+30/J+90 »).

La synthèse des analyses effectuées permet de concevoir une grille destinée à aider les établissements concernés dans le repérage, la hiérarchisation et le traitement de défaillances potentielles au sein de cette activité³². Chacune des étapes du processus de prise en charge d'un patient (colonne 1) peut être analysée en

termes de défaillances potentielles, puis pour chacune d'elles, en termes de conséquences et de causes possibles (colonnes 2 à 4).

Chacune de ces défaillances peut être ensuite évaluée en termes de gravité (G), de vraisemblance de survenue (VS) et de détectabilité (D) (colonnes 5 à 7) au moyen des échelles simples proposées page suivante.

Le produit des trois données fournit la criticité ($G \times VS \times D = C$) (colonne 8), la priorisation des actions à mener étant favorisée sur la base des niveaux de criticité les plus élevés³³.

Pour chacune des actions ainsi repérées comme prioritaires, le plan d'action devra préciser les barrières de sécurité (prévention, récupération, atténuation des effets en cas de constat d'incident en cours de constitution) à renforcer ou à mettre en œuvre (colonne 11), cela en s'aidant d'une liste non exhaustive établie à partir des études menées, éventuellement complétée de données de la littérature (colonne 9).

31. HAS. Mettre en œuvre la gestion des risques associée aux soins en établissement de santé. Mars 2012 (Fiche 34 : Des pistes pour aller plus loin). Noter des applications documentées de l'AMDEC en santé parmi lesquelles un guide d'auto-évaluation des risques encourus par les patients en radiothérapie externe (Agence de sûreté nucléaire, Guide n° 4, Paris, 2009).

32. Parmi les préalables, la mise en œuvre des trois premières étapes (cf. partie 3, tableau 5) et l'accompagnement de cette nouvelle étape par une personne compétente en gestion des risques.

33. L'AMDEC présente des intérêts (approche formalisée, quantitative et hiérarchisée de la gestion des risques, relative simplicité de mise en œuvre, partage de vision à propos d'un processus à risques) mais aussi des limites (subjectivité de l'évaluation, non-possibilité d'évaluer la combinaison de plusieurs modes de défaillances simultanées).



Échelle de gravité (G)	
1	Événement indésirable non grave
2	Événement indésirable non grave
3	Événement indésirable de gravité intermédiaire (récupération avant atteinte à la personne)
4	Événement indésirable grave avec impact réversible sur la personne
5	Événement indésirable grave avec impact irréversible (handicap ou décès) sur la personne

Échelle de vraisemblance de survenue (VS)	
1	Très rare (moins d'une fois par an)
2	Rare (une fois par an)
3	Fréquent (une fois par semestre)
4	Très fréquent (une fois par mois)
5	Permanent (une fois par jour)

Échelle de détectabilité (D)	
1	Très faible probabilité de ne pas détecter le défaut (contrôle automatique, détrompeurs, etc.)
2	Faible probabilité de ne pas détecter le défaut (le défaut est évident)
3	Probabilité modérée de ne pas détecter le défaut
4	Détection basse (contrôle subjectif ou non adapté)
5	Détection inexistante (pas de contrôle prévu ou critère non contrôlable ou défaut non apparent)

La taille et l'objet du document expliquent sa présentation en deux temps : principes posés brièvement en pages suivantes (segment 1, première étape de sélection du patient), mise à disposition des professionnels du document complet pour téléchargement en vue d'utilisation.

Intitulé du segment n° 1 : éligibilité du patient pour une prise en charge chirurgicale selon un mode ambulatoire

Objectifs du segment : décider de l'éligibilité du patient sur la base de critères partagés entre professionnels de santé et du consentement du patient en vue d'une programmation de l'intervention

Acteurs du segment : chirurgien, médecin anesthésiste-réanimateur, secrétaire médicale

1. Étapes et acteurs concernés	2. Défaillances potentielles	3. Des conséquences possibles	4. Des causes possibles	G	X VS	X D	= C	9. Des barrières de sécurité identifiées	10. Barrières existantes jugées adaptées	11. Barrières à renforcer ou à mettre en œuvre
<p>En consultation de chirurgie</p> <p>1.1. Sélectionner le patient</p> <ul style="list-style-type: none"> selon l'acte (en tenant compte de la structure de prise en charge ambulatoire et des compétences disponibles)³⁴ selon l'état du patient (état de santé, situation psychosociale)³⁵ <p>(analyse de type bénéfice/risque)</p>	<p>Défaut dans l'éligibilité de l'acte</p> <p>Défaut d'évaluation de l'état de santé somatique du patient</p>	<ul style="list-style-type: none"> Intervention plus longue que prévue Impact sur la programmation (avec éventuelle non-réalisation d'un acte prévu dans la journée) Transformation d'un acte ambulatoire en acte conventionnel Suites opératoires compliquées (sepsis, etc.) 	<ul style="list-style-type: none"> Niveau de formation théorique et/ou pratique insuffisant Surestimation de ses capacités (en termes de technique et de rapidité d'exécution) Défaut de gestion du colloque singulier Existence d'une comorbidité ignorée ou sous-estimée 					<p>1. Action de prévention</p> <ul style="list-style-type: none"> Formation théorique et pratique de l'opérateur Formation du personnel concerné Liste des gestes marqueurs Liste des actes éligibles par spécialité définie localement (revue périodique) Présence de la liste en consultation <p>2. Action de récupération (détection avant incident)</p> <ul style="list-style-type: none"> Via l'avis contradictoire en CS d'anesthésie Via l'appel téléphonique du patient ou du médecin traitant vers l'opérateur Via l'IDE après entretien téléphonique en J-1 (alerte de l'opérateur pour nouvel avis par téléphone ou en consultation) Via l'IDE après accueil du patient en JO (voire non-intervention décidée en JO) <p>3. Action d'atténuation des effets (après début d'incident)</p> <ul style="list-style-type: none"> Intervention avec poursuite de l'hospitalisation en fin de JO <p>4. Autre(s) ?</p>		

34. **Acte** de courte durée (1 h 30), à faible risque (notamment hémorragique et respiratoire), aux suites opératoires simples (notamment pour la maîtrise de la douleur et du handicap).

35. **Patient répondant aux critères sociaux suivants :** a) compréhension suffisante de ce qui est proposé (compréhension du français ou présence à défaut d'un accompagnant assurant la traduction et les échanges, capacité de compréhension du patient avec refus de la procédure ambulatoire en cas de compréhension réduite), b) bonne observance des prescriptions médicales conditionnant le suivi postopératoire et la réhabilitation précoce à domicile (attention en cas d'intervention complexe), c) conditions d'hygiène et de logement équivalentes à celles d'une hospitalisation, d) mobilité du patient et accessibilité au logement, disponibilité d'un accompagnant pour raccompagner le patient et rester la nuit suivante auprès de lui (à défaut, accueil chez un membre de la famille, personne accompagnante financée, réseau de prise en charge, etc.), e) conditions d'éloignement de moins d'une heure d'une structure de soins adaptée à l'acte, f) accès rapide à un téléphone.

1. Étapes et acteurs concernés	2. Défaillances potentielles	3. Des conséquences possibles	4. Des causes possibles	G	X VS	X D	= C	9. Des barrières de sécurité identifiées	10. Barrières existantes jugées adaptées	11. Barrières à renforcer ou à mettre en œuvre
	Défaut d'évaluation de l'état psychique et social du patient (dont la surestimation des capacités de présence et de réactivité de l'entourage)	<ul style="list-style-type: none"> • Patient en retard ou ne se présentant pas en JO • Annulation de l'intervention (avec ou sans report) • Impact sur le flux des patients suivants en cas d'un nombre de places insuffisant • Poursuite de l'hospitalisation en fin de JO • Défaut de prise en charge d'un patient après retour au domicile 	<ul style="list-style-type: none"> • Défaut d'évaluation de l'état psychologique • Défaut d'accessibilité au plateau technique (moyens de locomotion, distance, conditions climatiques, etc.) • Défaut d'évaluation des conditions de la sécurité du patient après retour au domicile 					1. Action de prévention <ul style="list-style-type: none"> • Information précoce du patient (et si possible de l'entourage) sur les modalités d'hospitalisation et de retour à domicile 2. Récupération (détection avant incident) <ul style="list-style-type: none"> • Via l'avis contradictoire en CS d'anesthésie • Via l'appel téléphonique du patient ou du médecin traitant vers l'opérateur • Via l'appel téléphonique de l'IDE en J-1 (rappel de l'information, voire alerte de l'opérateur pour nouvel avis par téléphone ou en consultation) • Via l'IDE après accueil du patient en JO (voire non-intervention décidée en JO) • Via une sortie retardée en JO 3. Atténuation des effets après incident <ul style="list-style-type: none"> • Intervention avec poursuite de l'hospitalisation en fin de JO 4. Autre(s) ?		
	Indication posée par un chirurgien qui ne sera pas l'opérateur (en le sachant ou non au moment de la consultation)	<ul style="list-style-type: none"> • Déstabilisation du patient (avec éventuel report d'intervention) • Impact éventuel sur l'acte et/ou le temps opératoire (opérateur ne maîtrisant pas une technique particulière ou travaillant plus lentement) 	<ul style="list-style-type: none"> • Prescripteur ne souhaitant pas ou ne pouvant pas assurer la prise en charge chirurgicale³⁶ 					1. Action de prévention <ul style="list-style-type: none"> • Limiter cette pratique au maximum • Information de l'opérateur secondaire et du patient 2. Récupération (détection avant incident) <ul style="list-style-type: none"> • Annulation de l'intervention ou reprogrammation à la demande de l'opérateur secondaire (autre date et/ou autre technique) 3. Atténuation des effets après incident <ul style="list-style-type: none"> • Information du patient après intervention 4. Autre(s)		

36. Patient vu en urgence, patient habituellement vu par un autre chirurgien, patient de relation difficile, insuffisance de créneaux opératoires disponibles en ambulatoire, etc.

1. Étapes et acteurs concernés	2. Défaillances potentielles	3. Des conséquences possibles	4. Des causes possibles	G	X VS	X D	= C	9. Des barrières de sécurité identifiées	10. Barrières existantes jugées adaptées	11. Barrières à renforcer ou à mettre en œuvre
1.2. En cas d'éligibilité • Informer le patient et/ou son entourage (modalités de la prise en charge en J-1, JO et J+1) • S'assurer de son consentement	Défaut d'information du patient et/ou de l'entourage (des patients pouvant penser ne pas avoir le choix) Défaut de recueil du consentement libre et éclairé du patient pour la prise en charge en ambulatoire Défaut de lecture ou de compréhension des documents remis	<ul style="list-style-type: none"> Impact sur la confiance et la relation soignant-soigné Impact sur le respect ultérieur des consignes (respect des rendez-vous suivants, aspects sécuritaires, etc.) Impact médico-légal en cas de complication ultérieure 	<ul style="list-style-type: none"> Défaut de communication orale et/ou de compréhension (émetteur, message, récepteur) Temps de consultation insuffisant Documents d'information non adaptés 					1. Action de prévention <ul style="list-style-type: none"> Sensibilisation des professionnels à l'écoute et à la communication des patients et de leur entourage Mise à disposition de documents adaptés (site Web, affiches, fiche(s) individuelle(s), etc.) et commentés pour les patients et leur entourage 2. Récupération (détection avant incident) <ul style="list-style-type: none"> Consultation d'anesthésie (voire nouvelle consultation du praticien prescripteur) 3. Atténuation des effets après incident <ul style="list-style-type: none"> Complément d'information et adaptation en conséquence en appel téléphonique de J-1 Complément d'information et adaptation en conséquence en accueil en JO 4. Autre(s)		
1.3. En cas d'éligibilité (chirurgien et secrétaire médicale) Etc.	Etc.	Etc.	Etc.					Etc.		

Fiche technique n° 20

Notification des événements indésirables associés aux soins

L'illustration 1 concerne la fiche de signalement unique des événements indésirables mise en œuvre au sein d'un établissement de santé, selon trois volets : déclaration, description de l'événement et conséquences. Cet outil doit être pensé en termes :

- d'information à diffuser largement sur son utilité et sa place dans le système de gestion des risques ;

- de modalités d'accès et d'utilisation ;
- de devenir de l'information notifiée (accusé de réception, sélection, décision d'analyse approfondie, information sur les résultats).

Fiche de signalement

Volets et rubriques	Rubriques
Volet 1 : Déclaration	
Personne déclarante	Nom ; Prénom ; Service ; Fonction ; Numéro de téléphone.
Personne concernée	Nature (menu déroulant) ; Nom ; Numéro de séjour.
Événement déclaré	Date ; Heure ; Lieu.
Volet 2 : Description de l'événement (thèmes, rubriques et conséquences)	
Accueil, information, communication	1. Accueil inadapté. 2. Défaut d'orientation. 3. Erreur d'identité. 4. Etiquetage non conforme. 5. Défaut d'information/communication/traçabilité. 6. Perte du dossier, d'éléments du dossier. 7. Attente excessive ou report. 8. Non-respect de la confidentialité. 9. Autres.
Soins	1. Non-exécution ou retard d'exécution. 2. Erreur de patient. 3. Examen non conforme (non indiqué, erreur de protocole, du tube, absence d'étiquette). 4. Examen retardé, annulé. 5. Erreur d'interprétation, erreur de diagnostic. 6. Prescription médicale non conforme (indication, posologie, durée, prescripteur). 7. Erreur de dispensation (médicaments, DM). 8. Erreur de préparation des médicaments. 9. Erreur d'administration. 10. Problème lié à l'activité de stérilisation. 11. Préparation du patient non conforme. 12. Défaut de prise en charge de la douleur. 13. Incident, complication d'anesthésie. 14. Incident, complication d'un geste invasif ou interventionnel. 15. Escarre acquise. 16. Défaut de surveillance. 17. Autres.
Vigilances sanitaires	1. Effet indésirable (remplir la fiche ANSM). 2. Défaut de qualité d'un médicament (remplir la fiche ANSM). 3. Incident ou risque d'incident lié à un dispositif médical et/ou dispositif médical défectueux. 4. Incident transfusionnel. 5. Accident d'exposition au sang. 6. Infection nosocomiale, épidémie (cas groupés). 7. Incident lié à un tissu biologique (greffe). 8. Incident lié à un réactif ou DM de diagnostic <i>in vitro</i> (ex. : lecteur de glycémie).
Logistique, hôtellerie, services techniques	1. Restauration. 2. Linge. 3. Salubrité (déchets, entretien). 4. Environnement (stationnement, pollution, inondation, signalisation). 5. Bâtiment (porte, fenêtre). 6. Approvisionnement en consommables (sauf stérile et alimentaire). 7. Matériel non médical défectueux. 8. Chauffage, climatisation, ventilation, traitement d'air. 9. Ascenseur. 10. Eau, électricité, gaz. 11. Problèmes informatiques. 12. Problèmes de téléphonie. 13. Transports sanitaires (patients, prélèvements, PSL). 14. Transports de marchandises (médicaments, DM, stérilisation, courriers/colis). 15. Utilisation de véhicules de l'établissement (réservation, panne). 16. Autres.
Autres risques mettant en cause la sécurité des biens et des personnes	1. Fugue. 2. Patient égaré. 3. Risques sécurité (incendie). 4. Vol, perte. 5. Incident lié à un produit dangereux. 6. Exposition liée aux rayonnements ionisants. 7. Maltraitance. 8. Violences ou menaces (remplir la fiche de déclaration). 9. Tentative de suicide ou suicide. 10. Respect des personnes (violence verbale, intimité). 11. Autres.
Sortie	1. Réadmission imprévue. 2. Sortie trop précoce. 3. Absence d'information, de courrier ou de feuille de liaison pour correspondants. 4. Autres.

3. Conséquences		
Décrivez brièvement les faits		
Vigilances (sauf hémovigilance)	1. Nom du produit. 2. Référence. 3. Numéro de lot. 4. Fournisseur. 5. Lieu de conservation	
Décrivez brièvement les conséquences et mesures prises immédiatement		
Gravité estimée	1. Nulle.	2. Modérée. 3. Importante.
Récurrence	1. Oui.	2. Non. 3. Ne sait pas.
Conséquences	1. Transfert vers autre service. 2. Transfert en réanimation. 3. Prolongation de l'hospitalisation. 4. Hospitalisation. 5. Arrêt de travail. 6. Décès. 7. Invalidité. 8. Sans conséquence. 9. Autres.	
Réclamation prévisible/plainte	1. Oui.	2. Non. 3. Ne sait pas.
Proposition d'actions correctives ou préventives		

Il convient de choisir entre risques acceptables et risques inacceptables. **L'illustration 2 concerne l'échelle de gravité** unique utilisée au sein de cet établissement. Structurée selon 5 niveaux, elle est destinée à orienter le choix des événements à traiter, selon un mode différé

dans le cas d'événements fréquents mais peu graves (niveaux 1 et 2), de façon immédiate et approfondie pour les événements indésirables associés aux soins de niveaux 3 à 5.

Niveau de gravité	Impact sur l'organisation (de la prise en charge, du service, de l'établissement)	Impact sur les biens matériels et l'environnement Pertes financières	Impact sur la sécurité des personnes	Conduite à tenir
1 Mineure	Effet négligeable sur la réalisation de la mission			Événement indésirable non grave • archivage • alimentation du tableau de bord annuel • discussion trimestrielle
	<ul style="list-style-type: none"> • Mission réalisée sans impact : pas de perte de temps • Indisponibilité de ressources mais avec solution alternative immédiate disponible 	<ul style="list-style-type: none"> • Destruction ou disparition d'un bien d'une valeur < 10 euros • Perte financière < 10 euros 	Néant	
2 Significative	Impact sur la performance de la mission (partiellement réalisée) (retardée, solution dégradée, perte financière modérée)			
	<ul style="list-style-type: none"> • Mission réalisée, mais par la mise en place d'une solution dégradée • Indisponibilité des ressources entraînant un retard de la mission compris entre 1 et 2 heures 	<ul style="list-style-type: none"> • Destruction ou disparition d'un bien d'une valeur comprise entre 10 et 100 euros • Perte financière entre 10 et 100 euros 	Néant	
3 Majeure	Impact sur la performance de la mission (échec de la mission)			Événement indésirable de gravité intermédiaire (ex. : EPR) • analyse sous 30 jours • mesures de prévention
	<ul style="list-style-type: none"> • Mission réalisée partiellement • Indisponibilité de ressources entraînant un retard de la mission compris entre 2 et 24 heures 	<ul style="list-style-type: none"> • Destruction ou disparition d'un bien d'une valeur comprise entre 100 et 5 000 euros • Perte financière entre 100 et 5 000 euros 	Néant (récupération avant atteinte à la personne)	
4 Critique	Impact RÉVERSIBLE sur la sécurité des personnes, des biens ou de l'établissement (échec de la mission)			Événement indésirable grave (EIG) • analyse sous 15 jours • anonymisation • propositions • information de la commission GDR, de la CME et/ou du CHSCT
	<ul style="list-style-type: none"> • Mission non réalisée • Indisponibilité de ressources entraînant un retard de la mission supérieur à 24 heures 	<ul style="list-style-type: none"> • Destruction ou disparition d'un bien d'une valeur comprise entre 5 000 et 100 000 euros • Perte financière entre 5 000 et 100 000 euros 	Événement ou défaut de prise en charge (atteinte physique ou psychologique réversible)	
5 Catastrophique	Impact IRREVERSIBLE sur la sécurité des personnes, des biens ou de l'établissement (échec de la mission)			• +/- information des autorités selon la nature de l'événement
		<ul style="list-style-type: none"> • Destruction ou disparition d'un bien d'une valeur > 100 000 euros • Perte financière > 100 000 euros 	Événement ou défaut de prise en charge (atteinte physique ou psychologique non réversible pouvant aller jusqu'au décès)	

Pour aller plus loin

HAS. Manuel de certification des établissements de santé V2010 (avril 2011). Critère 8.f « Gestion des événements indésirables » (pratique exigible prioritaire).

HAS. Mettre en œuvre la gestion des risques associés aux soins en établissements de santé. 2012 (fiche 9).

Fiche technique n° 21

Principes d'analyse d'un événement indésirable associé aux soins

L'illustration ci-dessous concerne le compte rendu d'analyse d'un événement indésirable associé aux soins mis en œuvre au sein d'un établissement de santé. Il illustre les étapes de la démarche, que celle-ci ait lieu, ou non, dans le cadre formalisé d'une évaluation des pratiques professionnelles (EPP) ou d'une revue de mortalité et de morbidité (RMM) :

- reconstitution chronologique et factuelle de la genèse de l'événement ;

- analyse des faits recueillis ;
- recherche et identification des causes et facteurs contributifs au moyen de la méthode ALARM et/ou de l'arbre des causes ;
- élaboration du plan d'action, définition de mise en œuvre et de suivi.

CH de Cellule qualité-gestion des risques Compte rendu de réunion d'analyse d'événement indésirable (EI) associé aux soins		
Date de déclaration de l'EI	Cas n°	Personnes impliquées dans l'analyse (feuille de présence en contexte de RMM)
Date de survenue de l'EI	Niveau de gravité (1)	
Réunions (date/site/UF) N° 1 N° 2 N° 3		Personnes excusées
Date de validation de l'analyse (groupe d'analyse)		Soutien méthodologique mobilisé pour ce cas ... (Gestion des risques) Oui / Non
Date de validation du plan d'action (responsables d'activités concernés)		... (Ingénieur qualité) Oui / Non
Date de clôture du cas (via coordonnateur GDR au terme des actions réalisées) Remarques éventuelles		... (Coordonnateur GDR) Oui / Non
Résumé du cas		

Étape 1 : Approche chronologique des faits

n°	Heure minutes	Qui ?	Quoi (les faits +++)?	Constats	Barrière de sécurité Prévue ou non ? Opérante ou non ? Respectée ou violée ?	Évitabilité Oui/Non	Remarques
La genèse de l'événement							
1							
2							
3							
etc.							
Ce qui a été fait ou non après la survenue de l'événement (récupération, atténuation, etc.)							
1							
2							
etc.							

Étape 2 : Analyse des faits recueillis

- 2.1 Les questions posées
- 2.2 Les éléments clés du débat concernant l'événement et sa genèse
- 2.3 Qualité de ce qui s'est passé après la survenue de l'événement (récupération, atténuation des effets, alerte)
- 2.4 D'éventuelles recherches complémentaires
- 2.5 Le cadre retenu au terme de cette étape

Étape 3 : Identification et caractérisation des causes ou facteurs contributifs (2)

1. Facteurs liés au patient	1.1 Antécédents médicaux : <i>habitus</i> ?	Non / Oui (si oui, décrire brièvement le ou les facteurs identifiés)
	1.2 État de santé (<i>pathologie, comorbidités</i>) ?	Non / Oui (si oui, décrire brièvement le ou les facteurs identifiés)
	1.3 Traitements ?	Non / Oui (si oui, décrire brièvement le ou les facteurs identifiés)
	1.4 Personnalité, facteurs sociaux ou familiaux ?	Non / Oui (si oui, décrire brièvement le ou les facteurs identifiés)
	1.5 Relations conflictuelles ?	Non / Oui (si oui, décrire brièvement le ou les facteurs identifiés)
2. Facteurs liés aux tâches à accomplir	2.1 Protocoles (<i>indisponibles, non adaptés, non utilisés</i>) ?	Non / Oui (si oui, décrire brièvement le ou les facteurs identifiés)
	2.2 Résultats d'examen complémentaires (<i>non disponibles, non pertinents</i>) ?	Non / Oui (si oui, décrire brièvement le ou les facteurs identifiés)
	2.3 Aide à la décision (<i>équipements, logiciels, algorithmes, recommandations</i>) ?	Non / Oui (si oui, décrire brièvement le ou les facteurs identifiés)
	2.4 Définition des tâches ?	Non / Oui (si oui, décrire brièvement le ou les facteurs identifiés)
	2.5 Programmation, planification ?	Non / Oui (si oui, décrire brièvement le ou les facteurs identifiés)

3. Facteurs liés à l'individu	3.1 <i>Qualification et compétences ?</i>	Non / Oui (si oui, décrire brièvement le ou les facteurs identifiés)
	3.2 <i>Facteurs de stress physique ?</i>	Non / Oui (si oui, décrire brièvement le ou les facteurs identifiés)
4. Facteurs liés à l'équipe	4.1 <i>Communication entre professionnels ?</i>	Non / Oui (si oui, décrire brièvement le ou les facteurs identifiés)
	4.2 <i>Communication vers le patient et son entourage ?</i>	Non / Oui (si oui, décrire brièvement le ou les facteurs identifiés)
	4.3 <i>Informations écrites (dossier patient, etc.) ?</i>	Non / Oui (si oui, décrire brièvement le ou les facteurs identifiés)
	4.4 <i>Transmissions et alertes ?</i>	Non / Oui (si oui, décrire brièvement le ou les facteurs identifiés)
	4.5 <i>Répartition des tâches ?</i>	Non / Oui (si oui, décrire brièvement le ou les facteurs identifiés)
	4.6 <i>Encadrement, supervision ?</i>	Non / Oui (si oui, décrire brièvement le ou les facteurs identifiés)
	4.7 <i>Demandes de soutien ou comportements face aux incidents ?</i>	Non / Oui (si oui, décrire brièvement le ou les facteurs identifiés)
5. Facteurs liés à l'environnement et aux conditions de travail	5.1 <i>Administration ?</i>	Non / Oui (si oui, décrire brièvement le ou les facteurs identifiés)
	5.2 <i>Locaux (fonctionnalité, maintenance, hygiène, etc.) ?</i>	Non / Oui (si oui, décrire brièvement le ou les facteurs identifiés)
	5.3 <i>Déplacements, transferts de patients entre unités ou sites ?</i>	Non / Oui (si oui, décrire brièvement le ou les facteurs identifiés)
	5.4 <i>Fournitures ou équipements (non disponibles, inadaptés ou défectueux) ?</i>	Non / Oui (si oui, décrire brièvement le ou les facteurs identifiés)
	5.5 <i>Informatique (disponibilité, fonctionnement, maintenance) ?</i>	Non / Oui (si oui, décrire brièvement le ou les facteurs identifiés)
	5.6 <i>Effectifs (adaptés en nombre et/ou en compétence) ?</i>	Non / Oui (si oui, décrire brièvement le ou les facteurs identifiés)
	5.7 <i>Charge de travail, temps de travail ?</i>	Non / Oui (si oui, décrire brièvement le ou les facteurs identifiés)
	5.8 <i>Retards, délais ?</i>	Non / Oui (si oui, décrire brièvement le ou les facteurs identifiés)
6. Facteurs liés à l'organisation et au management	6.1 <i>Structure hiérarchique (organigramme, niveaux décisionnels) ?</i>	Non / Oui (si oui, décrire brièvement le ou les facteurs identifiés)
	6.2 <i>Gestion des ressources humaines, intérim, remplaçant ?</i>	Non / Oui (si oui, décrire brièvement le ou les facteurs identifiés)
	6.3 <i>Politique de formation continue ?</i>	Non / Oui (si oui, décrire brièvement le ou les facteurs identifiés)
	6.4 <i>Gestion de la sous-traitance ?</i>	Non / Oui (si oui, décrire brièvement le ou les facteurs identifiés)
	6.5 <i>Politique d'achat ?</i>	Non / Oui (si oui, décrire brièvement le ou les facteurs identifiés)
	6.6 <i>Management de la qualité, sécurité, hygiène, environnement ?</i>	Non / Oui (si oui, décrire brièvement le ou les facteurs identifiés)
	6.7 <i>Ressources financières ?</i>	Non / Oui (si oui, décrire brièvement le ou les facteurs identifiés)
7. Facteurs liés au contexte institutionnel	7.1 <i>Politique de santé publique nationale ?</i>	Non / Oui (si oui, décrire brièvement le ou les facteurs identifiés)
	7.2 <i>Politique de santé publique régionale ?</i>	Non / Oui (si oui, décrire brièvement le ou les facteurs identifiés)
	7.3 <i>Systèmes de signalement ?</i>	Non / Oui (si oui, décrire brièvement le ou les facteurs identifiés)

Étape 4 : Arbre des causes

Progresser pas à pas depuis la gauche (événement) vers la droite (causes dites « racines ») en posant les questions telles que « Qu'a-t-il fallu pour que cela se produise ? », « Est-ce suffisant pour expliquer cela ? », « Pourquoi ? » (3)

L'événement	Causes d'ordre 1	Causes d'ordre 2	Causes d'ordre 3	Causes d'ordre 4

Étape 5 : Plan d'actions hiérarchisé et modalités de suivi

n°	Causes et/ou facteurs contributifs identifiés (4)	Actions retenues au terme de l'analyse (5)	Réfèrent	Délais (6)	Modalités de suivi (7)	Réalisation effective
1						
2						
3						
etc.						

Étape 6 : Clôture du cas

Date	Validation du responsable de la revue	Remarques éventuelles	Mots clés (pour la base REX)

(1) Choix de l'événement effectué sur la base d'une échelle de gravité à 5 niveaux (Cf. fiche 20)

(2) Analyse d'un événement indésirable par méthode ALARM. Fiche 23. Exemples et questions à poser. In HAS. Mettre en œuvre la gestion des risques associés aux soins en établissement de santé. Mars 2012. 155-62

(3) Analyse d'un événement indésirable par arbre des causes. Fiche 24. In HAS. Mettre en œuvre la gestion des risques associés aux soins en établissement de santé. Mars 2012. 163-65

(4) Reprise des causes identifiées sur la base de la grille ALARM et/ou de l'arbre des causes.

(5) Actions retenues au terme d'un raisonnement de type « intérêt/limites » ou « coût (coût social, coût financier, coût d'image)/bénéfices ».

(6) Le délai peut être par exemple posé en termes de priorités P1 (réalisation immédiate d'une action simple avec enjeu sécuritaire fort), P2 (réalisation à 1 mois), P3 (réalisation à 2 mois).

(7) Vérification des résultats effectuée via audit(s), mise en œuvre et suivi d'un indicateur, etc. impliquant conjointement pour chacune des actions menées le regard de la cellule qualité-gestion des risques et un responsable « métier » au niveau d'autorité approprié.

Pour aller plus loin

HAS. Manuel de certification des établissements de santé V2010 (avril 2011), notamment dans le cadre des critères 1.e (Politique et organisation de l'évaluation des pratiques professionnelles), 8.f (Gestion des événements indésirables) et 28.a (Mise en œuvre des démarches d'évaluation des pratiques professionnelles).

HAS. Mettre en œuvre la gestion des risques associés aux soins en établissement de santé. 2012 (Fiches 9, 21, 22, 23, 24, 27, 30).

HAS. Revue de mortalité et de morbidité (RMM). 2009.

Fiche technique n° 22

Événement porteur de risques et accréditation des médecins

En application de l'article L. 1414-3-2 du Code de la santé publique, la Haute Autorité de Santé (HAS) met en œuvre le dispositif d'accréditation des médecins. Établie sur la base du volontariat, cette démarche concerne les médecins exerçant une spécialité ou une activité dite « à risque » en établissement de santé (dans le cadre de ce guide, les spécialités de gynécologie-obstétrique, d'anesthésie-réanimation, de chirurgie et autres spécialités interventionnelles). La liste des spécialités ou activités concernées et les modalités de mise en œuvre de l'accréditation sont définies par le décret n° 2006-909 du 21/07/06.

L'accréditation a pour objectif d'améliorer la qualité des pratiques professionnelles, de réduire le nombre et de limiter les conséquences des événements indésirables associés aux soins au bénéfice de la sécurité du patient. Cette démarche de gestion des risques est fondée sur les programmes élaborés par les organismes professionnels d'accréditation qui comprennent :

- **le recueil des événements porteurs de risques médicaux (EPR) :**
 - les EPR sont les événements indésirables associés aux soins qui n'ont pas causé de dommage grave au patient, par exclusion des événements indésirables graves (EIG) mentionnés à l'article L. 1413-14 du Code de la santé publique,
 - l'analyse de ces événements conduit d'une part à produire des recommandations individuelles (en réponse aux événements déclarés par le médecin), d'autre part à tirer des enseignements résultant de l'analyse de la base de données rendues anonymes (dite base REX), de la veille scientifique et d'études de risques,
- **la mise en œuvre de recommandations ou référentiels professionnels ;**
- **la participation à des activités d'amélioration des pratiques professionnelles et de perfectionnement des connaissances** (RMM, mise en œuvre de *check-lists*, formations, etc.).

La HAS organise la mise en commun des données issues de la gestion des risques par spécialité. Pour cela, elle a mis en place et préside la commission risques interspécialités (CRIS) dont les missions sont de :

- définir et mettre en œuvre la stratégie de gestion des risques communs à plusieurs spécialités ;
- valider les enseignements et les recommandations interspécialités proposés ;
- proposer un programme d'amélioration de la sécurité des pratiques applicable à toutes les spécialités.

L'une des composantes du programme concerne à partir de l'année 2013 la déclaration d'EPR survenant dans le cadre de la chirurgie ambulatoire, plus spécialement sous l'angle de la spécificité organisationnelle et environnementale de cette activité. Pour faciliter et uniformiser l'analyse de ces EPR déclarés, un questionnaire d'analyse approfondie est en développement selon deux aspects : audit du cadre organisationnel et environnemental d'une part, analyse approfondie de l'événement déclaré d'autre part (encadré).

Un questionnaire en développement dans le cadre de l'accréditation des médecins et équipes médicales³⁷

La première partie du questionnaire destinée à analyser le circuit du patient en chirurgie ambulatoire selon 7 axes

1. **l'environnement professionnel** : personnel, lieu d'hospitalisation, bloc opératoire, dossier, livret d'accueil ;
2. **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) ;
3. **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 ;
4. **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 ;
5. **l'organisation du bloc** : plages horaires dédiées, prise en compte des contraintes de la chirurgie ambulatoire, définition d'un circuit dédié ;
6. **le postopératoire** : prise en charge de la douleur ;
7. **la continuité des soins** : appel téléphonique systématique, information du médecin traitant.

La deuxième partie du questionnaire destinée à favoriser une analyse approfondie de l'événement déclaré selon 3 étapes

- **Étape 1 : identification du moment de survenue de l'événement porteur de risques (EPR) sur la base de 7 items**
Consultation du chirurgien, consultation de l'anesthésiste, appel téléphonique et vérification de la veille (« J-1 »), admission du patient dans l'unité d'hospitalisation (« JO »), activité en postopératoire, préparation de la sortie, après la sortie ;
- **Étape 2 : caractérisation de l'EPR selon la méthode ALARM (1)**
Facteurs liés au patient, aux tâches à accomplir, au contexte individuel (professionnel), à l'équipe, à l'environnement professionnel, au management, au contexte institutionnel ;
- **Étape 3 : identification des barrières défaillantes et des barrières de récupération**
Neuf barrières 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.

(1) Cf. fiche technique 21.

Pour aller plus loin

HAS. Mettre en œuvre la gestion des risques associés aux soins en établissement de santé. 2012 (Fiches 4, Accréditation des médecins, et 23, Analyse d'un événement indésirable par méthode ALARM).

37. www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1330414/questionnaire-danalyse-approfondie-sur-les-risques-en-chirurgie-ambulatoire?xtmc=&xtr=7

PARTIE 5. ANNEXES

5.1 Méthodologie de recherche documentaire

La recherche documentaire sur la gestion des risques en chirurgie ambulatoire a été conduite dans la base de données Medline, à partir de l'équation de recherche suivante sur la période 01/2000-12/2012 :

(«Ambulatory Surgical Procedures»[Majr] OR «Surgicenters»[Mesh] OR Ambulatory Surgery OR Outpatient Surgery OR Outpatient Surgeries OR Ambulatory Surgeries OR Day Surgeries OR Day Surgery OR Surgicenters OR day case surgery Or same day surgery[Title]) AND («Medical Errors»[Mesh] OR «Risk Management»[Mesh] OR «Safety Management»[Mesh] OR risk assessment OR adverse event OR safety Or risk management OR errors[title])

346 références ont été obtenues.

5.2 Sites Internet consultés

Des exemples de chemins cliniques, des outils et des expérimentations de gestion des risques en chirurgie ambulatoire ont été recherchés sur les sites Internet suivants :

- Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux ;
- Agence régionale de santé Île-de-France ;
- Agency for Healthcare Research and Quality ;
- Agency for Healthcare Research and Quality / Patient Safety Network ;
- Alberta Heritage Foundation for Medical Research ;
- Ambulatory Surgery Center Association ;
- American Academy of Ophthalmology ;
- American College of Physicians ;
- American College of Surgeons ;
- American Association for Accreditation of Ambulatory Surgery Facilities ;
- American Society of Anesthesiologists ;
- Asociación Española de Cirugía Mayor Ambulatoria (ASECMA) ;
- Association of Anaesthetists of Great Britain and Ireland ;
- Association française de chirurgie ambulatoire ;
- Association française de pédiatrie ambulatoire ;
- Association des anesthésistes-réanimateurs ; d'expression Française ;
- Association belge pour la chirurgie ambulatoire ;
- Association of Paediatric Anaesthetists of Great Britain and Ireland ;
- Australian Day Hospital Association ;
- Australian Day Surgery Nurses Association ;
- Australian Government - Department of Health and Ageing ;
- Blue Cross Blue Shield Association - Technology Evaluation Center ;
- Bibliothèque médicale Lemanissier ;
- British Association of Day Surgery ;
- British Association of Pediatric surgeons ;
- British Society of Gastroenterology ;
- Canadian Association for Accreditation of Ambulatory Surgical Facilities ;
- Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health ;
- Canadian Anesthesiologists' Society ;
- Centre fédéral d'expertise des soins de santé ;
- CISMef ;
- College of Physicians and Surgeons of Ontario ;
- Cochrane Library Database ;
- Collège Français des anesthésistes et réanimateurs ;
- Danish Association of Day Surgery ;
- DaySafe ;
- Department of Health (UK) ;
- Dutch Association of Day Care & Short Stay ;
- ECRI Institute ;
- European Society of Anaesthesiology ;
- European Society of Gastrointestinal Endoscopy ;
- Fédération hospitalière de France ;
- Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne ;
- German Association for Ambulatory Surgery ;
- GIN (Guidelines International Network) ;
- Haute Autorité de Santé ;
- Health and Safety Commission ;
- Institut canadien pour la sécurité des patients ;
- Institute for Healthcare Improvement ;
- Italian Society of Ambulatory Surgery and Day Surgery ;
- King's Fund ;
- International Association for Ambulatory Surgery ;
- Joint Commission National Patient Safety Goals ;
- Journées d'enseignement post-universitaire d'anesthésie réanimation ;

- Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports ;
- National Institute for Health and Clinical Excellence ;
- National Institutes of Health ;
- National Patient Safety Agency (NPSA) ;
- New Zealand Guidelines Group ;
- Norwegian Day Surgery Association (NORDAF) ;
- Servicio de Evaluación de Tecnologías Sanitarias OSTEBA ;
- Ontario Health Technology Advisory Committee
- Patient Safety Institute ;
- Portuguese Association of Ambulatory Surgery (APCA) ;
- Royal Australasian College of Surgeons ;
- Royal College of Anaesthetists ;
- Royal College of Ophthalmologists ;
- Royal College of Nursing ;
- Santé Canada ;
- Société française de pédiatrie ;
- Société française de chirurgie orthopédique et traumatologique ;
- Société française de chirurgie pédiatrique ;
- Societe française ophtalmologie ;
- Société française d'anesthésie et de réanimation ;
- Société française d'endoscopie digestive ;
- Société nationale française de gastroentérologie ;
- Society for Ambulatory Anesthesia ;
- Society of American Gastrointestinal and Endoscopic Surgeons ;
- Society for Pediatric Anesthesia ;
- VA National Center for Patient Safety ;
- World Federation of Societies of Anaesthesiologists ;
- World Health Organization.

5.3 Références

Références réglementaires en gestion des risques associés aux soins

- Décret n°2010-439 du 30/04/10 relatif à la commission médicale d'établissement dans les établissements publics de santé.
- Décret n°2010-1325 du 05/11/10 relatif à la conférence médicale d'établissement dans les établissements de santé privés.
- Décret n°2010-1408 du 12/11/10 relatif à la lutte contre les événements indésirables associés aux

soins dans les établissements de santé (complété par la circulaire DGOS/PF2/2011/416 du 18/11/11).

- Arrêté du 22/01/09 portant homologation de la décision n°2008-DC-103 de l'ASN du 01/07/08 fixant les obligations d'assurance de la qualité en radiothérapie définies à l'article R. 1333-59 du code de la santé publique.
- Arrêté du 06/04/11 relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et aux médicaments dans les établissements de santé (complété par la circulaire DGOS/PF2/2012/72 du 14/02/12).

Références réglementaires en chirurgie ambulatoire

- Code de la santé publique, notamment les articles L. 6111-1, L. 6122-1, L. 6122-3, L. 6122-4, les articles D. 6124-101, D. 6124-301 à D. 6124-305, l'article R. 6121-4.
- Arrêté du 7 janvier 1993 relatif aux caractéristiques du secteur opératoire mentionné à l'article D. 712-31 du code de la santé publique pour les structures pratiquant l'anesthésie ou la chirurgie ambulatoire visées à l'article R. 712-2-1 (b) de ce même code (modifié par le décret n°2012-969 du 20/08/12).
- Instruction DGOS/R3/2010/457 du 27/12/10 relative à la chirurgie ambulatoire : perspectives de développement et démarche de gestion du risque.
- Circulaire DGOS/RH4 n°2011-210 du 06/06/11 relative aux axes et actions de formation nationales prioritaires à caractère pluriannuel.
- Circulaire DGOS/RH5 n°2011-74 du 24/02/11 relative au guide méthodologique d'élaboration du schéma régional d'organisation des soins.
- Lettre-circulaire n° DGOS/RH4/2011/210 du 06/06/11 relative aux axes et actions de formation nationales prioritaires à caractère pluriannuel, concernant l'ensemble des agents des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n°86-33 du 09/01/86 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.
- Décret n°2012-969 du 20/08/12 modifiant certaines conditions techniques de fonctionnement des structures alternatives à l'hospitalisation.

Références normatives

AFNOR. Norme NF EN 60812. Procédure d'analyse des modes de défaillance et de leurs effets (AMDE). Août 2006. 46 pages.

Références bibliographiques

Références en gestion des risques associés aux soins en établissement de santé

- HAS. Revue de mortalité et de morbidité (RMM). Guide méthodologique. Saint-Denis La Plaine. 2009. www.has-sante.fr/portail/jcms/c_434817/revue-de-mortalite-et-de-morbidite-rmm.
- HAS. Manuel de certification des établissements de santé V2010. Saint-Denis La Plaine. Avril 2011 www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1037211/manuel-de-certification-v2010-revise-2011.
- HAS. Mettre en œuvre la gestion des risques associés aux soins en établissement de santé. Des concepts à la pratique. Saint-Denis La Plaine. Mars 2012. www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1239410/mettre-en-oeuvre-la-gestion-des-risques-associes-aux-soins-en-etablissement-de-sante.
- DGOS, DGS, HAS. Programme national pour la sécurité des patients, 2013-2017. www.sante.gouv.fr/pnsp

Références en gestion des risques en chirurgie ambulatoire

- Caisse nationale de l'assurance maladie. Chirurgie ambulatoire. Abécédaire. Janvier 2009. 113 pages.
- Centre national de chirurgie de l'enfant (CNCE). Retour d'expérience. Sécurisation de la prise en charge en chirurgie ambulatoire chez l'enfant. Analyse de 60 EPR. Février 2012 (complément en Journal de l'accréditation des médecins. N° 26. Novembre-Décembre 2012).
- Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH). Etat des lieux 2010 sur l'activité de chirurgie ambulatoire.
- Australian Day surgery Nurses Association. Best practice guidelines for ambulatory surgery & procedures. 2009.
- Colombat P (sous la direction de). Qualité de vie au travail et management participatif. Éditions Lamarre.
- Dufeu N, Beaussier M. Organisation d'un service d'ambulatoire et circuit du patient. In SFAR. Prise en

charge ambulatoire. Journée monothématique du 23/05/12 (document pédagogique). www.sfar.org.

- Gatecel C, Armand P, Camous J-Y, Miconi P. Approche systémique de la gestion des risques en ambulatoire. Risques & Qualité. 2006. Vol III. N° 1, 39-45.
- HAS – ANAP. Chirurgie ambulatoire. Outils d'aide au développement. Note d'orientation. Décembre 2011.
- HAS – ANAP. Ensemble pour le développement de la chirurgie ambulatoire. Socle de connaissances. Avril 2012. Sous la forme de 3 documents : un rapport (140 pages), une synthèse (20 pages), une synthèse pédagogique sous la forme de 12 questions (4 pages). www.has.sante.fr/portail/jcms/c_1242334/chirurgie-ambulatoire-socle-de-connaissances.
- HAS - ANAP. Ensemble pour le développement de la chirurgie ambulatoire. Dimension organisationnelle : modèles et outils. Note de cadrage. Octobre 2012
- Inspection générale des affaires sociales (IGAS). Fusions et regroupements hospitaliers : quel bilan pour les 15 dernières années ? Rapport. Mars 2012
- Léculee R, Courrèges P. Chirurgie ambulatoire de l'enfant de moins de 18 ans : recommandations CNCE/ADARPEF. Archives de Pédiatrie 2010 ;17 :844-845.
- Matillon Y, Maisonneuve H. L'évaluation en santé. De la pratique aux résultats. Flammarion. Paris 2007.
- Vons C. La chirurgie ambulatoire en France en 2013 (à paraître).

5.4 Groupe projet HAS

Direction de projet : J-P Guérin (membre du Collège), T Le Ludec (directeur, DAQSS), Dr J-P Sales (directeur, DEMESP).

Chef de projet et auteur de l'argumentaire : Dr P Roussel (DAQSS/SEVAM).

Conseillers techniques : Dr R Amalberti, Dr P Papin, Dr M-L Pibarot (DAQSS/SEVAM).

Coordination interne : Dr M Morin-Surroca (DEMESP).

Indicateurs : Dr M-A Le Pogam, R Derenne (DAQSS).

Assistante : K Nicola (DAQSS/SEVAM).

5.5 Remerciements

■ Aux établissements de santé contributeurs à la réalisation des analyses de risques (2012) :

centre hospitalier d'Avranches-Granville, centre hospitalier de Villefranche-sur-Saône, clinique Clémentville de Montpellier, clinique des Diaconesses de Strasbourg, hôpitaux universitaires Jean Verdier, Robert Debré et Saint-Antoine (Assistance publique-Hôpitaux de Paris).

■ Aux membres du groupe de travail externe (2012-2013) :

Médecins des établissements de santé ayant contribué aux analyses de risques

- Dr J-P de Rosa et I Vallée (centre hospitalier, Avranches-Granville), E Berthonnaud et C Vincendet (centre hospitalier, Villefranche-sur-Saône), R Kehrer (clinique des Diaconesses, Strasbourg), Dr J-L Baron et M-R Daures-Fortier (clinique Clémentville, Montpellier) ;

Gestionnaires d'établissement de santé

- Y Morice (CHR, Lille), E Mizzi (groupe hospitalier de l'Institut catholique, Lille), H Kisler (CMC Ambroise Paré, Neuilly-sur-Seine) ;

Membres de la commission risques interspécialités (CRIS) de la HAS

- Dr Y Auroy (CFAR), Dr C Le Rouzic-Dartoy (CNCE), Dr J-F Gravié (FCVD), Dr H Bonfait (Orthorisq), Dr G Eglin (Gynerisq) ;

Professionnels de la gestion des risques associés aux soins invités à titre personnel


- Dr M-C Moll (CHU, Angers), Dr J-L Quenon (CCECQA, Pessac) ;

Documentaliste

- E Blondet (HAS).

LISTE DES ABRÉVIATIONS – CONVENTIONS

ADARPEF	Association des anesthésistes-réanimateurs pédiatriques d'expression française
AFCA	Association française de chirurgie ambulatoire
ALR	anesthésie locorégionale
AMDE	analyse des modes de défaillance et de leurs effets
AMDEC	analyse des modes de défaillance, de leurs effets et de leur criticité
ANAP	Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux
AP-HP	Assistance publique-Hôpitaux de Paris
ARS	agence régionale de santé
AS	aide soignante
ASH	agent des services hospitaliers
CDS	cadre de santé
Chir	chirurgien
CHU	centre hospitalier universitaire
CME	commission médicale d'établissement (établissements publics de santé) conférence médicale d'établissement (établissements de santé privés)
CNAMTS	Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés
CNCE	Conseil national de chirurgie de l'enfant
CS	consultation
CSP	Code de la santé publique
DGOS	Direction générale de l'offre de soins (ministère de la santé)
DGS	Direction générale de la santé
DIM	Direction de l'information médicale
DPC	développement professionnel continu
EIG	événement indésirable associé aux soins
ENEIS	enquête nationale sur les événements indésirables associés aux soins
EPP	évaluation des pratiques professionnelles
EPR	événement porteur de risque
FCVD	Fédération de chirurgie viscérale et digestive
GDR	gestion des risques
GHM	groupe homogène de malades
HAS	Haute Autorité de santé
HPST	hôpital, patients, santé et territoires (loi)
IADE	infirmier(ère) anesthésiste diplômé(e) d'État
IBODE	infirmier(ère) de bloc opératoire diplômé(e) d'État
IDE	infirmier(ère) diplômé(e) d'État
MAR	médecin anesthésiste-réanimateur
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
OMS	Organisation mondiale de la santé
PEP	pratique exigible prioritaire



RMM	revue de mortalité et de morbidité
SFAR	Société française d'anesthésie-réanimation
SSPI	soins de suite postinterventionnels
UCA	unité de chirurgie ambulatoire

J0	Expression désignant le jour prévu de l'hospitalisation en vue de l'intervention chirurgicale.
J-1	Expression désignant la période immédiate précédant l'hospitalisation, la veille, voire l'avant-veille (J-2), en fonction du contexte.
J+1	Expression désignant la période immédiate après l'hospitalisation, le lendemain, voire au-delà (2 voire 4 jours), en fonction du contexte et des exigences de suivi associés.
UCA	Unité de chirurgie ambulatoire, encore appelée selon les établissements unité de chirurgie anesthésie ambulatoire (UCAA) ou unité d'anesthésie et chirurgie ambulatoires (ACHA)



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

Mai 2013