

HAS

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

ANAP

appui santé & médico-social

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

**Dimension
organisationnelle :
modèles et outils**

Note de cadrage

Octobre 2012

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

1. SAISINE

1.1 Demandeur et intitulé.....	5
1.2 Objectifs et enjeux.....	5
1.3 Origine et historique de la demande.....	5
1.4 Collaboration HAS-ANAP.....	5
1.5 Programme d'actions communes HAS-ANAP.....	6

2. CONTEXTE8

3. RÉALISATION PROPOSÉE

3.1 L'étude de <i>benchmark</i> (étalonnage comparatif).....	9
3.2 Analyse de risques	10
3.3 Élaboration des recommandations organisationnelles et d'outils opérationnels	12
3.4 Actions en lien avec la production des recommandations organisationnelles et d'outils opérationnels	12

4. PARTENARIATS

4.1 Organismes professionnels	14
4.2 Liens avec d'autres projets	14
4.3 Planning prévisionnel.....	14

5. STRATÉGIE DE DIFFUSION ET DE COMMUNICATION

5.1 Types de documents à diffuser.....	16
5.2 Destinataires.....	16
5.3 Communication	16

ANNEXES

Annexe 1. <i>Benchmark</i> : Critères de sélection des établissements	17
Annexe 2. Étude de <i>benchmark</i> – Grille de diagnostic interne	18
Annexe 3. Analyse de risque – Liste des établissements de santé	18
Annexe 4. Analyse de risque – Composition du groupe de travail.....	18
Annexe 5. Schéma d'élaboration des recommandations organisationnelle et professionnelles.....	19
Annexe 6. Caractéristiques des 20 établissements bénéficiant d'un accompagnement par l'ANAP	20
FICHE DESCRIPTIVE	21

1. SAISINE

1.1 Demandeur et intitulé

DGOS

2010_C_017

1/ Direction de la sécurité sociale SD1 Bureau 1A, associée à la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) et l'Agence technique de l'information hospitalière (ATIH) (juin 2010).

2/ Ministère de la Santé, associé à l'Association française de chirurgie ambulatoire (AFCA), la Société française d'anesthésie réanimation (SFAR), et l'*International Association for Ambulatory Surgery* (septembre 2010).

3/ Autosaisine HAS (octobre 2011).

4/ Rapport d'orientation commun ANAP-HAS (20 décembre 2011).

1.2 Objectifs et enjeux

Partant du constat d'un retard français dans le taux global d'interventions pratiquées en chirurgie ambulatoire par rapport aux données internationales, la DGOS a saisi la HAS afin de produire des éléments de référence susceptibles de guider les travaux à conduire au sein des établissements de santé et auprès des professionnels de santé, afin d'augmenter la part de l'activité chirurgicale réalisée dans un mode de prise en charge ambulatoire, tous actes confondus. De façon concomitante, l'ANAP a inscrit, en décembre 2009 dans son programme de travail 2010, la thématique chirurgie ambulatoire.

Par ailleurs, le développement de la chirurgie ambulatoire constitue l'un des dix programmes prioritaires de la gestion des risques des agences régionales de santé pour les années 2010-2012¹.

Le partenariat HAS-ANAP sur la chirurgie ambulatoire représente un axe transversal et prioritaire pour les deux institutions. Cette collaboration vient potentialiser et mutualiser leurs compétences respectives afin d'accompagner au plus près les professionnels de santé, les gestionnaires d'établissements et les régulateurs (ARS) dans le développement de la chirurgie ambulatoire en France. Le socle de connaissances constitue le premier livrable du programme d'actions communes HAS-ANAP.

1.3 Origine et historique de la demande

Initialement présentée comme une saisine « pertinence des actes et des séjours » par la DGOS pour le programme de travail 2010 de la HAS, le cabinet de la ministre de la Santé avait proposé de la scinder en une thématique globale « chirurgie ambulatoire » et une thématique « pertinence des actes » qui relevait pour la DGOS d'une analyse d'actes médicalement « injustifiés ».

Dans le même temps, trois réunions co-organisées par la HAS et l'ANAP, en partenariat avec l'AFCA (décembre 2009, octobre et novembre 2010), avaient pour but de sensibiliser les différents partenaires institutionnels à la nécessité de développer la chirurgie ambulatoire.

L'expression des besoins a été reformulée fin 2010, conjointement par la HAS et l'ANAP, pour le programme de travail 2011, en proposant un partenariat des deux institutions avec pour objectif de livrer un certain nombre d'outils et de recommandations de bonnes pratiques organisationnelles et professionnelles sous un double label.

Les travaux HAS-ANAP visent à accompagner trois acteurs clés : les professionnels de santé, les gestionnaires des établissements de santé et les régulateurs (ARS). Des actions et/ou informations spécifiques des patients et des usagers sont également envisagées.

1.4 Collaboration HAS-ANAP

Le partenariat HAS-ANAP sur la chirurgie ambulatoire représente un axe transversal et prioritaire pour le programme de travail des deux institutions, et s'inscrit dans la continuité et le renforcement de la collaboration HAS-ANAP établie depuis 2009. Les cœurs de métiers de chaque institution sont complémentaires et comprennent : pour la HAS, la production d'analyses et de synthèses approfondies de données de la littérature afin de mettre en lumière les données d'évidence, de référentiels de recommandations professionnelles, d'indicateurs, de référentiels de certification ; pour l'ANAP, l'analyse des processus sur site, l'accompagnement des établissements de santé, la production d'outils et de

1. Instruction DGOS/R3 n° 2010-457 destinée aux directeurs généraux des ARS du 27 décembre 2010.

recommandations. L'objectif est donc la potentialisation et la valorisation des productions conjointes ou en partenariat.

Afin de coordonner et de structurer l'élaboration des outils adaptés aux besoins des professionnels, des établissements de santé et des ARS, les deux institutions ont défini un programme d'actions communes et une gouvernance conjointe des travaux, constituée :

- d'un comité de pilotage (COPIL), composé de représentants du Collège de la HAS et du Conseil Scientifique et d'Orientation de l'ANAP ainsi que de représentants des directions afin d'assurer le pilotage stratégique ;
- d'un comité opérationnel (COMOP), composé des « directeurs métiers » et représentants des services, afin d'assurer la mise en œuvre et la cohérence des orientations stratégiques et la production des livrables.

1.5 Programme d'actions communes HAS-ANAP

Six axes de travail donnant lieu à des productions séquentielles et complémentaires ont été définis avec une planification pluriannuelle (2012–2015). Une note d'orientation présentant ces axes a été publiée conjointement. Ils sont présentés ci-après :

Axe 1 : Socle de connaissances

La réalisation d'un état des connaissances sur la chirurgie ambulatoire à partir des données publiées françaises et internationales est une étape préalable indispensable. Il existe en effet une documentation importante sur les modalités de fonctionnement des structures de chirurgie ambulatoire.

Cette synthèse des données a pour objectifs, d'une part, de mettre à disposition des différents acteurs, professionnels de santé notamment, un outil pédagogique « socle de connaissances » et, d'autre part, de servir de base d'informations sur laquelle se fondera l'ensemble des travaux HAS-ANAP.

Axe 2 : Critères de sélection/éligibilité des patients à la chirurgie ambulatoire

La sélection des patients repose sur des critères médicaux et psychosociaux. Il s'agit d'une étape essentielle dans la décision de ce mode de prise en charge. L'objectif de ce travail est de reconsidérer ces critères qui ont déjà fait l'objet d'une actualisation en 2009 par la Société française d'anesthésie réanimation (SFAR), à la lumière des pratiques actuelles et de la gestion des risques.

Cette approche, déconnectée de l'acte, permettra de distinguer le besoin de soins du besoin d'hébergement (« hôtellerie »).

Axe 3 : Dimension organisationnelle : modèles et outils de mise en œuvre

La chirurgie ambulatoire est un concept organisationnel centré sur le patient, qui repose sur un processus de coordination des acteurs hospitaliers et de ville, de gestion des flux et d'harmonisation des pratiques.

Plusieurs travaux vont permettre d'explorer le champ organisationnel en associant plusieurs démarches :

- analytique ;
 - analyse du risque organisationnel sur la base de méthodes éprouvées à partir d'un échantillon de 5 établissements de santé,
 - benchmarking ciblé sur 15 établissements parmi les plus expérimentés en chirurgie ambulatoire,
- de production ;
 - avec pour but de mettre à disposition des produits (outils, guides, recommandations, etc.) aboutissant à des modèles génériques de schémas organisationnels, de chemins cliniques et des *check-lists* adaptés.
- d'accompagnement ;
 - accompagnement opérationnel de 20 établissements de santé volontaires pour faire progresser leurs taux de chirurgie ambulatoire,
 - accompagnement ciblé de 3 ARS pilotes ayant un faible taux de chirurgie ambulatoire.

Axe 4 : Évaluation, outils et recommandations économiques

La réalisation en séquence de différents travaux est prévue. L'ensemble des acteurs a exprimé le besoin de disposer d'un outil permettant d'objectiver les conditions d'un équilibre économique de la chirurgie ambulatoire par une approche prospective recettes/coûts de production.

Deux approches complémentaires vont être développées :

- une analyse par comptabilité analytique aboutissant à la construction d'un modèle dynamique et reproductible (outil logiciel) qui a pour objet d'objectiver les conditions requises pour assurer un équilibre économique de l'activité de chirurgie ambulatoire, en analysant notamment l'impact de la substitution des actes d'hospitalisation conventionnelle vers la chirurgie ambulatoire. Cet outil, conçu sur un premier échantillon de 5 établissements de santé de différents statuts juridiques, sera utilisé dans le cadre d'un autre projet lancé par l'ANAP « Accompagnement de 20 établissements de santé », afin d'y apporter d'éventuels ajustements. L'outil ainsi élaboré fera l'objet d'un déploiement auprès des ARS et des établissements volontaires ;
- une analyse par technique de *micro-costing* réalisée à partir de l'observation du chemin clinique des patients. Elle permettra de calculer un coût par séjour et ses variations en fonction de l'éventail des cas (*case-mix*) de l'établissement, et des volumes de production. La méthode utilisée sera reproductible et aboutira à la production d'un second outil complémentaire au premier. Elle sera ensuite déployée dans les établissements volontaires.

Une analyse de la littérature internationale des modèles tarifaires existants à l'étranger sera également réalisée, ainsi que l'étude de leur impact. L'objectif étant de proposer des recommandations pour l'évolution tarifaire à destination de la DGOS.

Axe 5 : Indicateurs, suivi et évaluation

Les travaux déjà réalisés par la HAS et les indicateurs déjà développés par l'ANAP seront mis à profit pour

développer un socle commun et limité d'indicateurs pour chacun des « clients cibles ».

Axe 6 : Certification /accréditation

Une évolution des référentiels de certification est envisagée sur les quatre à cinq prochaines années, avec la perspective d'une « certification des équipes » et la mise en œuvre par ces équipes d'engagements d'excellence (développement de programmes d'identification d'équipes entraînées). L'actualisation du guide de certification permettra ainsi d'appuyer de façon cohérente la déclinaison de l'ensemble des actions menées en amont.

Ces six axes ont vocation à être intégrés dans une démarche cohérente globale, permettant d'appréhender l'ensemble des questions relatives à la chirurgie ambulatoire soulevé dans le cadre du socle de connaissances (axe 1). Les travaux menés pour la révision des critères de sélection et d'éligibilité des patients à la chirurgie ambulatoire (axe 2) et les résultats des études d'exploration du champ organisationnel (axe 3) contribueront à l'élaboration de chemins cliniques et à la mise en place d'indicateurs de suivi et d'évaluation (axe 5). Les recommandations à vocation économique (axe 4) s'appuieront sur un socle d'indicateurs solides permettant de renseigner le niveau de déploiement des mesures incitatives et d'évaluer leurs résultats. Enfin, les différentes perspectives (niveau de l'établissement, niveau régional des ARS et niveau du régulateur national) devront être analysées conjointement de manière à assurer une cohérence globale des recommandations, pouvant s'intégrer dans les référentiels de certification (axe 6).

2. CONTEXTE

L'analyse du contexte de la chirurgie ambulatoire a fait l'objet d'un rapport détaillé spécifique (« Socle de connaissances » – Rapport HAS ANAP, 2012), qui constitue le premier livrable du programme pluriannuel HAS-ANAP sur la chirurgie ambulatoire sur lequel se fonde la suite des travaux.

L'enjeu est le développement de la chirurgie ambulatoire qui est devenue le mode de prise en charge de référence lorsque les conditions en sont réunies.

En effet, l'instruction ministérielle destinée aux directeurs généraux des ARS du 27 décembre 2010 (Instruction DGOS/R3 n° 2010-457) confirme qu'« **il s'agit de changer de paradigme** :

- ne plus seulement considérer des gestes ciblés potentiellement réalisables en chirurgie ambulatoire et inscrits dans des listes fermées, souvent contestées et toujours en retard sur la pratique des professionnels ;
- mais étendre ce mode de prise en charge à l'ensemble des patients éligibles à la chirurgie ambulatoire et à l'ensemble de l'activité de chirurgie, la chirurgie ambulatoire devenant la référence. »

La chirurgie ambulatoire est un processus organisationnel complexe qui nécessite une anticipation des différentes étapes de prise en charge, une parfaite coordination des acteurs, une maîtrise des flux, une harmonisation des pratiques et une information adaptée au patient.

Afin d'accompagner les acteurs de terrain dans la mise en œuvre de ce processus organisationnel tout en optimisant la qualité des soins et en garantissant leur sécurité, il est apparu nécessaire d'élaborer des recommandations opérationnelles organisationnelles et professionnelles et de proposer des outils à destination des différents acteurs du terrain.

3. RÉALISATION PROPOSÉE

Ainsi que le socle de connaissances l'a présenté, les différentes étapes du processus de prise en charge du patient en chirurgie ambulatoire sont décrites dans la plupart des recommandations professionnelles.

L'objectif de cet axe « dimension organisationnelle : modèles et outils de mise en œuvre » est d'aller plus loin en identifiant les processus organisationnels opérationnels et en élaborant des outils associés. L'exploration de ce champ opérationnel s'appuiera sur une approche analytique conduite selon 2 projets :

- une étude de *benchmark* visant à identifier les facteurs clés de réussite du développement de la chirurgie ambulatoire, assimilable à un audit positif des modèles organisationnels existants ;
- une analyse de risques visant à identifier les défaillances potentielles et les barrières de sécurité à mettre en œuvre.

3.1 L'étude de *benchmark* (étalonnage comparatif)

L'étude de *benchmark* sera conduite par l'ANAP sur 15 établissements de santé parmi les plus expérimentés en chirurgie ambulatoire. L'objectif est d'établir un diagnostic des facteurs clés de succès, culturels et organisationnels (diagnostic interne) pour le développement de la chirurgie ambulatoire en s'appuyant sur le retour d'expérience de ces établissements (par exemple : maîtrise du chemin clinique, gestion des flux) et en tenant compte du contexte environnemental (diagnostic externe).

Cette étude comportera :

- Le recueil des informations lors de visites sur les sites (en moyenne 4 journées par établissement) ;
- l'élaboration d'une monographie, pour chaque établissement, à partir d'une synthèse construite sur la base du rapport de visite de l'expert (cf. infra), du diagnostic interne et du diagnostic externe ;
- une analyse comparative de ces monographies, afin de dégager les caractéristiques communes, les freins rencontrés et les solutions mises en œuvre ainsi que les éventuels facteurs clés de succès spécifiques dépendant des profils d'établissements ;

- une synthèse des facteurs clés de réussites communs aux différents modèles organisationnels, formalisés sous forme de pré-recommandations.

Pour réaliser cette étude, l'ANAP a mobilisé :

- un groupe de 19 experts-professionnels reconnus par leurs pairs dans ce domaine, conjuguant savoir-faire et expériences de terrain, dont les missions sont de :
 - participer en amont à l'élaboration des grilles d'analyse de l'étude ;
 - apporter leur expertise en chirurgie ambulatoire lors des visites sur site ;
 - participer à la rédaction d'un rapport de visite par établissement ;
 - contribuer à la validation des travaux ;
- un cabinet de conseil (*GE Healthcare Performance solution*), prestataire externe chargé de la réalisation de l'étude et doté d'une expérience d'analyse de la gestion de flux ;
- des compétences internes.

Modalités de sélection des établissements de santé

Différents profils d'établissements de santé, représentatifs des modèles de structure d'unités ambulatoires existants, ont été sélectionnés à l'aide d'une grille de lecture basée sur les logiques suivantes (cf. [annexe 1 : critères de sélection des établissements](#)) :

- forte expérience dans le domaine ;
- gestion basée sur les flux, permettant un volume d'activité important ;
- représentativité des différents modèles organisationnels (indépendant/intégré) ;
- différence de « *case-mix* »² (mono et pluridisciplinaire) ;
- existence de pratiques innovantes ;
- statut juridique (public, privé et ESPIC³).

La pré-liste des établissements (avant sélection définitive) a été communiquée pour information à chaque ARS concernée et la sélection a été validée par les ARS.

2. Le case-mix désigne l'éventail des cas pris en charge.

3. ESPIC : Établissement de Santé Privé d'Intérêt Collectif.

Déroulement des visites sur site

Trois visites sont réalisées en trinôme : ANAP, expert-professionnels et cabinet de conseil. Deux experts-professionnels sont désignés par site pour ces trois visites. En sus, le cabinet de conseil effectue seul (entre la 1^{re} visite et la visite conclusive), en moyenne une journée de visite complémentaire.

Le nombre de visites est adapté à la configuration de l'établissement ; certains établissements (ex. multi-site) nécessitent peut-être 5 visites et d'autres 3. Le nombre moyen de visite par établissement réalisé par les consultants est fixé à 4.

Rédaction des monographies

L'expert-professionnel ayant assisté à la visite conclusive dans l'établissement rédige un rapport d'expert.

Une monographie pour chaque établissement (soit 15) sera produite par le cabinet de conseil en faisant une synthèse :

- des éléments descriptifs issus de l'interrogation des bases de données PMSI et Hospi Diag (diagnostic externe), afin de situer l'établissement dans son contexte environnemental ;
- des constats issus de la visite sur site (diagnostic interne). Une grille de diagnostic interne a été élaborée et validée par les experts professionnels afin de standardiser les modalités de recueil des données pour assurer l'exhaustivité et la comparabilité des constats (cf. [annexe 2](#)). Elle est composée de 9 chapitres :
 - les 5 phases du parcours patient (pré hospitalisation, préopératoire, articulation avec le bloc, postopératoire, post hospitalisation) (1 à 5),
 - la structure de base (6),
 - la conviction et les pratiques professionnelles (7),
 - l'historique de la stratégie de développement (8),
 - le management (9),
- du rapport de l'expert professionnel.

Elle sera présentée et validée lors de la visite conclusive dans l'établissement.

Phase de *benchmark*

Cette phase, réalisée par le prestataire en collaboration avec l'ANAP, constituera la synthèse des visites d'établissements.

L'analyse comparative des monographies consistera à identifier des facteurs clés de succès organisationnels et culturels partagés par tous les établissements et à relever d'éventuels facteurs clés de succès spécifiques dépendant des profils d'établissements.

Cette analyse (monographies/*benchmark*) sera partagée en réunion avec les experts ANAP.

Une réunion de restitution globale à l'ANAP regroupant les experts-professionnels et les représentants des 15 établissements permettra d'échanger sur les constats du *benchmark*.

Synthèse des constats sous forme de pré-recommandations

Le prestataire proposera puis fera valider par les experts-professionnels, en collaboration avec l'ANAP, les facteurs clés de succès organisationnels formalisés sous forme de pré recommandations.

3.2 Analyse de risques

La chirurgie ambulatoire repose sur une organisation complexe, parfois instable. Elle implique une coordination attentive de différentes activités et acteurs autour du patient afin de prévenir les situations à risques.

Dans le cadre de l'élaboration de bonnes pratiques organisationnelles et professionnelles, la question de la gestion des risques et de la sécurité de la prise en charge du patient constitue un objectif majeur. D'autant qu'une montée en charge rapide de cette activité, inégalement maîtrisée dans tous ses aspects, peut comporter un risque surajouté.

L'approche par Analyse des Modes de Défaillances et de leurs Effets (AMDE) constitue un moyen d'identifier les défaillances potentielles d'une prise en charge et leurs causes. Ceci afin de proposer les barrières de sécurité

adaptées pour renforcer et améliorer la sécurité des patients.

La conduite d'une AMDE nécessite d'identifier les différents segments du processus général de prise en charge du patient. Dans le cadre de la chirurgie ambulatoire, celui-ci peut être décomposé en 6 segments :

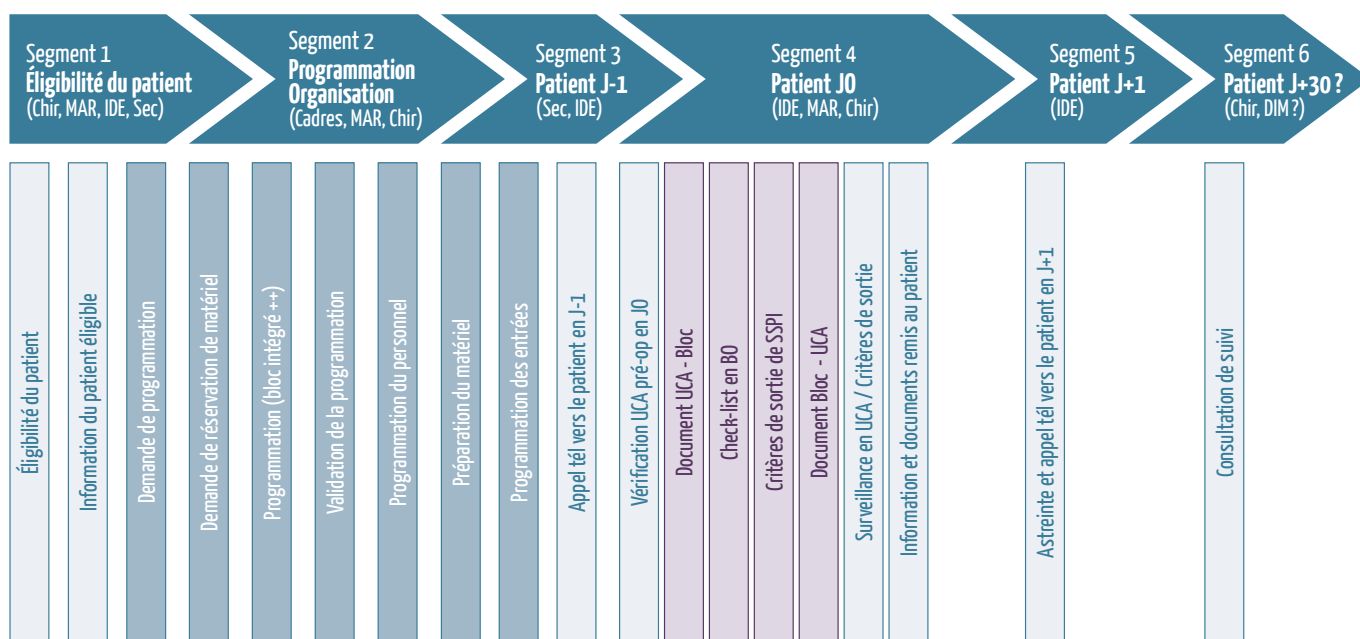
- Segment 1 : Éligibilité de l'acte et du patient ;
- Segment 2 : Planification et organisation de la prise en charge ;
- Segment 3 : Prise en charge du patient en J-1 (appel du patient, etc.) ;
- Segment 4 : De l'accueil du patient jusqu'à sa sortie en J0 ;
- Segment 5 : Suivi immédiat du patient *via* l'astreinte de nuit et l'activité de J+1 ;
- Segment 6 : Suivi au delà jusqu'au J+30.

Pour chacun des segments, la réalisation de l'analyse procèdera en trois temps :

- description des étapes du processus de prise en charge du patient (quoi, qui, avec quoi) ;
- par étape, identification des défaillances potentielles (organisationnelles, techniques, humaines) et pour chacune d'elles, identification de leurs conséquences puis de leur causes ;
- par défaillance, identification des barrières de sécurité (prévention, récupération, atténuation rapide des effets en cas de survenue de la défaillance).

Cette analyse sera conduite dans 5 établissements volontaires⁴ (cf. [annexe 3](#)). Elle nécessite une visite sur site avec interviews semi-directifs des différents acteurs intervenant dans les segments d'activité.

Au terme du recueil d'informations et de l'élaboration de chacune des AMDE, une analyse de l'ensemble des données sera réalisée. Ceci dans le but de concevoir des outils dérivés directement utilisables par les professionnels de terrain. Ces outils seront proposés selon 4 étapes de mise en œuvre pour tenir compte du niveau de maturité institutionnel en matière de culture de sécurité, variable selon les établissements de santé.



4. Les analyses seront conduites en totalité dans 4 établissements, la cinquième documentant les spécificités liée à la pratique pédiatrique en CHU.

■ **Étape 1** : « le passeport ambulatoire » (support partagé autour duquel s'organise la prise en charge avec les données de sécurité issues à la fois du patient et des professionnelles de santé) ;

■ **Étape 2** : outils de 1^{re} intention ;

- listes et *check-lists* établis en cohérence avec le « passeport ambulatoire » du patient,
- référentiel d'évaluation des pratiques professionnelles (utilisable tant dans le cadre des exigences de la certification des établissements de santé que dans celui du DPC),
- référentiel d'audit interne,
- questionnaire de sortie, voire indicateurs en qualité-sécurité des soins,

■ **Étape 3** : outils de 2^e intention ;

- chemin clinique générique en matière de sécurité de la prise en charge, à compléter par les divers organismes professionnels concernés pour chacune des pathologies prises en charge⁵,

■ **Étape 4** : outils de 3^e intention ;

- AMDEC favorisant le repérage et la hiérarchisation des actions d'amélioration de la sécurité à mener, à mettre en œuvre en partenariat le responsable de la gestion des risques associés aux soins.

Les outils ainsi conçus, complétés des modalités de mise en œuvre et de pré-recommandations en matière de sécurité des soins, seront testés et finalisés avec l'appui d'un groupe de travail externe composé d'acteurs du terrain et d'experts en gestion des risques associés aux soins ([annexe 4](#)).

3.3 Élaboration des recommandations organisationnelles et d'outils opérationnels

Sur la base des constats issus des travaux analytiques et des pré-recommandations du *benchmark* et de l'analyse de risques, La HAS et l'ANAP formaliseront les argumentaires des recommandations organisationnelles et proposeront les outils opérationnels associés (cf. [annexe 5](#)).

Ces recommandations seront présentées à un groupe de travail pluridisciplinaire. L'objectif de ce groupe de travail est de s'assurer de la clarté, de la cohérence et de l'opérationnalité des recommandations.

La composition du groupe devra assurer une représentation équilibrée :

- des principales professions de santé concernées : chirurgiens, anesthésistes, IDE de chirurgie ambulatoire, cadre de santé, gestionnaire de risque ;
- des modes d'exercice (public, universitaire ou non, libéral) ;
- de la répartition géographique ;
- des autres acteurs impliqués : un directeur d'établissement, un représentant des usagers/patients et un architecte.

L'identification des membres du groupe sera réalisée en faisant appel aux organismes professionnels concernés par cette thématique (cf. [4.1 Organismes professionnels](#)) et en réalisant un appel public à candidatures sur le site HAS et de l'ANAP.

La sélection finale des membres du groupe de travail se fera après confirmation de l'absence de liens d'intérêts selon le guide des déclarations d'intérêts et de gestion des conflits d'intérêts de la HAS.

Une audition de quelques experts ANAP ayant participé au *benchmark* pourra être réalisée afin de clarifier certains éléments du *benchmark*.

3.4 Actions en lien avec la production des recommandations organisationnelles et d'outils opérationnels

Accompagnement de 20 établissements de santé et de 3 ARS

- L'ANAP accompagne 20 établissements de santé volontaires pour les aider à développer la chirurgie ambulatoire (cf. [annexe 6](#)) ;

L'accompagnement se décline en 4 phases :

5. Deux chemins cliniques seront complétés à titre pédagogique avec des référents professionnels identifiés.

-
- phase de diagnostic partagé sur les activités de chirurgie ambulatoire,
 - phase de définition de plans d'action opérationnels,
 - phase de mise en application des plans d'actions,
 - une phase de mesure d'impact avec un suivi de l'évolution du taux de chirurgie ambulatoire et une étude d'impact des recommandations organisationnelles HAS/ANAP.

■ L'ANAP accompagne également 3 ARS pour faire progresser des régions ayant un faible taux de chirurgie ambulatoire. Cet accompagnement d'une durée de 13 mois se déroulera en 3 phases :

- Phase 1 : état des lieux des expériences significatives dans d'autres régions.
- Phase 2 : diagnostic des 3 régions à faible taux et partage des résultats de manière collective.
- Phase 3 : accompagnement à la mise en œuvre sous forme de *coaching*.

4. PARTENARIATS

4.1 Organismes professionnels

- Association française de chirurgie ambulatoire.
- Collège français des anesthésistes réanimateurs (CFAR).
- Collège français de chirurgie générale, viscérale et digestive.
- Société de chirurgie gynécologique et pelvienne (SCGP).
- Collège français de chirurgie orthopédique et traumatologique (CFCOT).
- Société française de chirurgie pédiatrique.
- Académie d'ophtalmologie.
- Fédération de Chirurgie Maxillo-Faciale et Stomatologie (FSCMF).
- Société française d'ORL et de Chirurgie cervico-faciale.
- Association française d'urologie.
- Société nationale française de colo-proctologie.
- Collège de médecine générale.
- Société française d'hygiène hospitalière.
- Association de recherche en soins infirmiers (ARSI).
- Société française de gestion des risques en établissement de santé ;
- Association Française des Gestionnaires de Risques Sanitaires.
- Association française de recherche et d'évaluation en soins infirmiers (AFRESI).
- Société française d'évaluation et de recherche en soins infirmiers de bloc opératoire.
- Commission des infirmiers anesthésistes de la SFAR.
- Fédération nationale des infirmiers.

- Association de patients : Collectif inter associatif sur la santé.
- Association d'usagers : UFC Que Choisir.
- Les Organismes Agréés.
- Le Comité de Coordination de l'Évaluation Clinique et de la Qualité en Aquitaine.

4.2 Liens avec d'autres projets

La HAS et l'ANAP participent à un projet Européen intitulé *DAYSAFE⁷* de l'*Executive Agency for Health and Consumers* visant améliorer la qualité et la sécurité des soins hospitaliers par la promotion de référentiels de bonnes pratiques et de « standards » sur la chirurgie ambulatoire. L'objectif est également de développer des outils d'évaluation des pratiques et des procédures professionnelles.

Le projet est organisé en 7 thématiques de travail (*Work packages*), la HAS est avec l'ANAP leader de la thématique de travail 5 (WP 5), qui concerne l'identification des bonnes pratiques et des standards en chirurgie ambulatoire.

Ce WP5 sera alimenté par les travaux menés dans le cadre du programme français sur la chirurgie ambulatoire notamment le socle de connaissances et le *benchmark* français.

En effet, les livrables attendus pour janvier 2013 sont une synthèse des recommandations publiées de bonnes pratiques organisationnelles et professionnelles, les résultats d'un *benchmark* européen et des recommandations de bonnes pratiques.

4.3 Planning prévisionnel

- *Benchmark* ;
 - visite sur site et élaboration des monographies : juin à septembre 2012,
 - synthèse du *benchmark* : octobre 2012,

7. Ce projet lancé le 1^{er} octobre 2010 pour une durée de trois ans implique 30 agences, organismes ou établissements hospitaliers majoritairement européens - l'agence italienne AGENAS (*Agenzia Nazionale per i servizi Sanitari regionali*) comme partenaire principal, 14 partenaires associés (dont la HAS et l'ANAP) et 15 partenaires collaboratifs.

-
- pré recommandations du *benchmark* : mi-novembre 2012,
 - outils : mi-novembre 2012,
 - Analyse de risque ;
 - recueil sur site : mai à juillet 2012,
 - synthèse et élaboration des outils : juin à août 2012,
 - retour vers 5 établissements de soins : septembre 2012,
 - test des outils : octobre 2012,
 - Élaboration des recommandations ;
 - préparation des argumentaires : octobre 2012,
 - réunion du GT : novembre 2012,
 - Validation des recommandations et des outils ;
 - examen COPIL : décembre 2012,
 - validation Collège de la HAS et Comité de publication ANAP : décembre 2012,
 - Accompagnement des 20 établissements de santé ;
 - fin d'accompagnement des 20 ES : mi-2013,
 - mesures d'impact : fin 2013 et fin 2014,
 - Accompagnement des 3 ARS ;
 - fin de l'accompagnement des 3 ARS : mi-2013.

5. STRATÉGIE DE DIFFUSION ET DE COMMUNICATION

5.1 Types de documents à diffuser

- Monographies des 15 établissements dans le cadre du *benchmark* ; éventuelle diffusion si existence d'une plus value par rapport au *benchmark* ;
- Le *benchmark* ;
- La synthèse de l'analyse de risque et pré-recommandations associées en sécurité des soins ;
- Les recommandations HAS/ANAP ;
- Les outils :
 - passeport ambulatoire ;
 - listes et *check-lists* ;
 - référentiel d'évaluation des pratiques professionnelles ;
 - référentiel d'audit interne ;
 - questionnaire de sortie ;
 - chemin clinique générique ;
 - AMDEC ;
 - diagnostique externe ;
 - diagnostique interne ;

5.2 Destinataires

Professionnels de santé, gestionnaires d'établissements de santé, institutions.

5.3 Communication

Diffusion électronique.

Communiqué/conférence de presse.

Annexe 1. *Benchmark* : Critères de sélection des établissements

Secteur privé commercial (ex-OQN) : construction du modèle basée sur la gestion des flux.

- **Centre indépendant** (taux CA = 100%, plus de 2 000 actes/an) :
 - monodisciplinaires (cataracte ou main),
 - 4 établissements (centre main, Avicenne, la Phocéane, Hesdin),
 - Sélection : centre main Angers.
- **Centre intégré** (taux CA > 50%, plus de 10 000 actes chirurgicaux/an, plus de 4 000 cataractes ou main ambulatoire/an) :
 - monodisciplinaires (cataracte ou orthopédie),
 - 6 établissements (1 CH, 1 Espic et 4 cliniques : XV XX, Sourdille, centre thérapeutique chirurgical Limousin, Rothschild, Jouvenet, Cours Dillon),
 - Sélection : Cours Dillon (Medipôle) pour les cliniques privées (orthopédie).
- **Centre intégré non monodisciplinaire** :
 - 1^{er} critère de sélection : taux CA > 50%, plus de 10 000 actes chirurgicaux/an, plus de 6 500 actes ambulatoires/an, filtre cataractes entre 2 000 et 4 000/an,
 - 2^e critère de sélection (filtre exclusion cataracte et main) : taux CA > 50%, plus de 6 000 actes chirurgicaux/an, plus de 3 000 actes ambulatoires/an,
 - soit bidisciplinaires : Jouvenet, Claude Bernard, Oxford, Lille sud,
 - soit pluridisciplinaires avec une activité prépondérante mais non dominante (OPHTALMO ou ORHTO) : Mathilde, St Roch, centre Clinical, Clinique du Parc,
 - soit pluridisciplinaires avec une activité prépondérante mais non dominante hors OPH ou ORTHO (GYNECO) : Cherest, Mulette,
 - Sélection :
 - ▶ Claude Bernard (bidisciplinaire),
 - ▶ Centre clinique et Clinique du Parc (pluridisciplinaires avec une activité prépondérante mais non dominante soit OPHTALMO soit ORHTO),

- ▶ Hôpital privé d'Antony,
- ▶ clinique Mathilde (pluridisciplinaire avec une activité prépondérante mais non dominante soit OPHTALMO soit ORHTO).

Secteur public et Espic (ex-DG) : application du modèle basée sur la gestion des flux en l'adaptant au secteur ex-DG (moindre volume ambulatoire, multisite, chirurgie innovante, etc.).

- **Centre intégré monodisciplinaire** (CH, Espic, CLCC) ;
 - Critère : plus de 6 000 actes/an et plus de 2 000 ambu/an (conditions particulières pour les CLCC : plus de 1 000 séjours chirurgicaux/an avec tri sur les taux de chirurgie ambulatoire et les volumes ambulatoires du sein/innovation sur la chirurgie du sein),
 - CH : XV XX (OPH) ou Sincal (ORTHO),
 - Espic : Rothschild,
 - CLCC : Léon Bérard ou CLCC Angers,
 - Sélection :
 - ▶ SINCAL (CH) : 9 200 séjours chirurgicaux/an, 4 200 ambulatoires (main) et 46 % taux ambulatoire,
 - ▶ Rothschild (Espic) et Léon Bérard (CLCC).
- **Centre intégré pluridisciplinaire** (CHU, CH, Espic)
 - Critère : plus de 6 000 actes/an et plus de 2 000 ambu/an pour les CH et les ESPIC ; plus de 15 000 actes/an et tri sur les taux ambulatoires et les volumes ambulatoires pour les CHU, innovation sur les spécialités digestives et orthopédiques)
 - CH : CH Lens, CH saint quentin, CHI Creteil, CHI Poissy Saint Germain,
 - Espic : Adassa, Mutualiste Grenoble, AHNAC, clinique Mutualiste Aquitaine,
 - CHU : CHR Metz et Tours (plus forts taux et volumes de chirurgie ambulatoire), CHU Lille (plus gros volume d'ambulatoire sur les spécialités digestives et orthopédiques non gestes marqueurs),
 - Sélection :
 - ▶ CH Saint Quentin,
 - ▶ CHI Poissy Saint Germain (CH),
 - ▶ AHNAC (Espic),
 - ▶ CHR Metz,
 - ▶ CHU de Lille (CHU).

Annexe 2. Étude de *benchmark* – Grille de diagnostic interne

Grille de diagnostic interne des unités de chirurgie ambulatoire



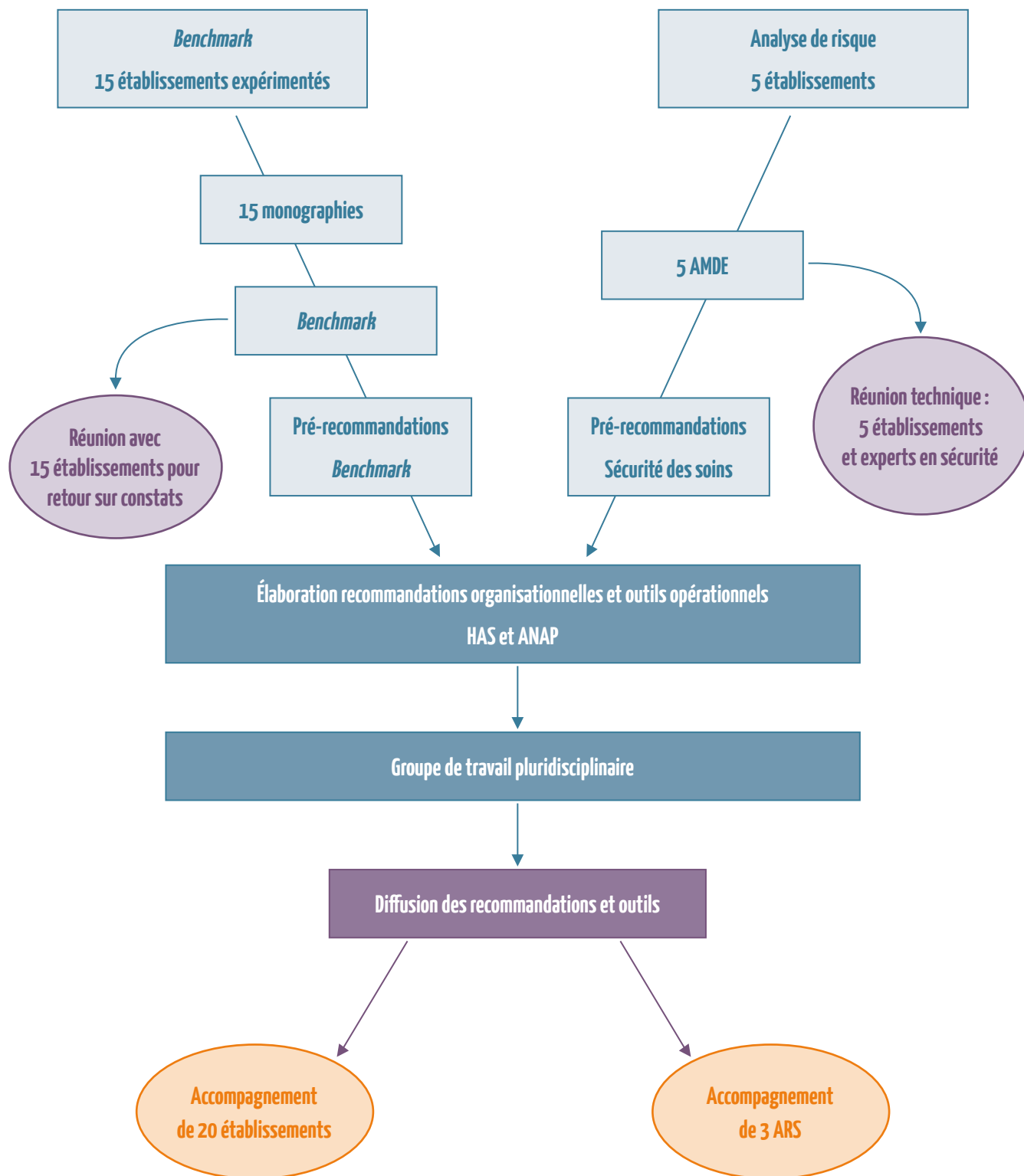
Annexe 3. Analyse de risque – Liste des établissements de santé

- CH d'Avranches-Granville.
- Clinique de Clémentville, Montpellier.
- Clinique des Diaconesses, Strasbourg.
- CH de Villefranche sur Saône.
- CHU Robert Debré (établissement pédiatrique), Paris.
- Gestionnaires de risques en établissement de santé.
- Structures régionales de coordination et d'accompagnement en qualité-sécurité des soins.
- Représentant des organismes agréés concernés par la thématique ambulatoire.
- Référents professionnels identifiés pour la rédaction de 2 chemins cliniques à visée pédagogique.

Annexe 4. Analyse de risque – Composition du groupe de travail

- Établissements de santé sollicités pour les analyses de risques (1 à 2 professionnels par établissement représentant les différents professionnels impliqués : coordonnateur, chirurgien, médecin anesthésiste, cadre de bloc opératoire, cadre d'unité de prise en charge ambulatoire, ingénieur en organisation).

Annexe 5. Schéma d'élaboration des recommandations organisationnelle et professionnelles



Annexe 6. Caractéristiques des 20 établissements bénéficiant d'un accompagnement par l'ANAP

Les établissements retenus ont répondu aux critères suivants :

- volontaires (accord simultané de la direction générale et du corps médical « lettre de confirmation du président de CME ») ;
- disposant d'une unité de chirurgie ambulatoire clairement identifiée ;
- ayant inscrit « le développement de la chirurgie ambulatoire » dans leur projet d'établissement et/ou dans leur CPOM (en termes de potentiel) ;
- ayant un volume d'activité de prise en charge en ambulatoire supérieur ou égal à 2 000 actes.

Les établissements choisis se répartissent en 8 établissements privés de statut commercial, 8 établissements publics et 4 ESPIC.

FICHE DESCRIPTIVE

Intitulé	Titre
Méthode de travail	Benchmark et analyse de risque en établissements
Date de mise en ligne	Octobre 2012
Date d'édition	–
Objectif(s)	Élaboration de recommandations de bonnes pratiques organisationnelles et production d'outils opérationnels
Professionnel(s) concerné(s)	Professionnels de santé gestionnaires d'établissements de santé, institutions.
Demandeur	Direction générale de l'offre de soins (DGOS)
Promoteur	Haute Autorité de Santé (HAS) et Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP)
Pilotage du projet	Haute Autorité de Santé (HAS) Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP)
Participants	Élaboration de la note de cadrage : Mme Michèle Morin Surroca, adjointe
Recherche documentaire	–
Auteurs de l'argumentaire	–
Validation	Validation par l'ANAP en septembre 2012 Validation par le Collège de la HAS le 25 juillet 2012
Autres formats	Téléchargeables gratuitement sur www.has-sante.fr
Documents d'accompagnement	–



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

Octobre 2012