



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Grille patient-traceur en chirurgie ambulatoire

Janvier 2015

La HAS
est l'auteur de ce document.

Ce document, comme l'ensemble des publications, est téléchargeable sur :
www.has-sante.fr

Sommaire

| | |
|---------------------------------------|----|
| 1. Préambule | 4 |
| 2. Grille d'entretien | 6 |
| 3. Méthode d'élaboration de la grille | 11 |
| 4. Participants | 12 |

1. Préambule

La chirurgie ambulatoire est une alternative à l'hospitalisation complète permettant le retour à domicile du patient le jour même de son intervention. Le décret n° 2012-969 du 20 août 2012 précise que « les structures pratiquant l'anesthésie ou la chirurgie ambulatoires dispensent les prises en charge... d'une durée inférieure ou égale à douze heures, ne comprenant pas d'hébergement, au bénéfice de patients dont l'état de santé correspond à ces modes de prise en charge. Les prestations délivrées équivalent par leur nature, leur complexité et la surveillance médicale qu'elles requièrent à des prestations habituellement effectuées dans le cadre d'une hospitalisation à temps complet. »¹

Il s'agit d'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 pratiques².

→ Le développement de la chirurgie ambulatoire

Le développement de la chirurgie ambulatoire est devenu une priorité nationale avec un objectif affiché d'un taux de plus de 50 % à l'horizon 2016. C'est également une priorité pour la HAS qui souhaite notamment faire progresser les approches de parcours de soins centrées sur le patient. L'un des enjeux du parcours du patient en chirurgie ambulatoire est notamment d'assurer la continuité de sa prise en charge entre le domicile et l'établissement de santé avant et après l'acte opératoire par les différents acteurs de santé.

→ L'évolution de la procédure de certification des établissements de santé

Parallèlement, dès 2014, une nouvelle procédure de certification des établissements de santé (procédure V2014) est déployée. Elle prévoit notamment :

- la mise en place d'un compte qualité qui se substitue à l'auto-évaluation et résume les axes d'évaluation prioritaires et le programme d'actions de l'établissement de santé ;
- l'évolution des méthodes de visite : réalisation d'audit de processus, évaluation de la prise en charge de patients traceurs³.

La méthode du patient traceur est une méthode d'évaluation qui consiste, à partir d'une expérience de soins d'un patient hospitalisé, à évaluer les processus de soins, les organisations et les systèmes qui s'y rattachent. Elle permet d'observer les interfaces et la collaboration interprofessionnelle tout au long de la prise en charge et d'impliquer l'ensemble des acteurs qui contribuent à sa prise en charge.

La mise en œuvre de la méthode comporte l'analyse du dossier du patient qui sert de fil conducteur, l'échange avec les professionnels qui concourent à la prise en charge du patient ainsi qu'un entretien avec le patient.

→ La grille patient-traceur en chirurgie ambulatoire

Afin d'accompagner les professionnels et les établissements de santé dans le développement de la chirurgie ambulatoire, la HAS et l'ANAP, ont développé en partenariat des recommandations, des guides et des outils de diagnostic et de mise en œuvre dans le cadre d'un programme pluriannuel⁴.

La présente grille patient-traceur a été élaborée par la HAS afin d'évaluer l'activité de chirurgie ambulatoire dans le cadre de la certification des établissements de santé, en prenant en compte les évolutions de la procédure de certification. Elle vise à évaluer la qualité et la sécurité de la prise en charge des patients tout au long de leur parcours ainsi que la capacité des établissements à mettre en place une approche centrée sur le patient.

¹ Décret n° 2012-969 du 20 août 2012 modifiant certaines conditions techniques de fonctionnement des structures alternatives à l'hospitalisation

² « Ensemble pour le développement de la chirurgie ambulatoire - Recommandations organisationnelles ». HAS-ANAP, mai 2013

³ Voir site Internet de la HAS sur la visite en V2014 (http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1616204/fr/la-visite-v2014?xtmc=&xtcr=1)

⁴ Programme « Ensemble pour le développement de la chirurgie ambulatoire » - site Internet de la HAS (http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1241930/fr/ensemble-pour-le-developpement-de-la-chirurgie-ambulatoire?xtmc=&xtcr=1)

→ Cette grille est destinée :

- aux établissements de santé qui souhaitent se préparer à la visite de certification en V2014 et/ou utiliser la méthode du patient-traceur comme méthode d'amélioration en interne de la qualité et de la sécurité des soins. La grille doit être utilisée selon les modalités définies dans le guide méthodologique HAS « Le patient-traceur en établissement de santé - Méthode d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins »⁵ ;
- aux experts-visiteurs de la HAS lors de la visite de certification en V2014. Elle complète la grille générique patient-traceur pour les experts-visiteurs et permet de personnaliser la grille à la chirurgie ambulatoire.

⁵ « Le patient traceur en établissement de santé - Méthode d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ». HAS, 2014

2. Grille d'entretien

| Étapes | Item | Éléments à investiguer | Critères | Équipe (dossier) (E) / patient et/ou proches (P) |
|-----------------------------|------|---|--------------------|--|
| Étape pré-opératoire | 1 | Les informations médicales issues de la consultation chirurgicale (diagnostic, rapport bénéfice/risque de l'intervention pour le patient, choix de l'acte et de la technique chirurgicale, côté à opérer, etc.) et anesthésique (choix des modalités de l'anesthésie, antibioprophylaxie, examens complémentaires si besoin, modifications éventuelles des traitements, poids et taille, etc.) figurent dans le dossier | 14aE2-1 17aE2-3 | E |
| | 2 | L'éligibilité du patient à la prise en charge ambulatoire (critères médicaux et psycho-socio-environnementaux) a été évaluée et est tracée dans le dossier | 14aE2-1 | E |
| | 3 | L'identité et les coordonnées du médecin traitant figurent dans le dossier ; figure également la copie du courrier qui a été adressé par le chirurgien au médecin traitant avant l'intervention et précisant la prise en charge en ambulatoire et ses modalités | 14aE2-2 | E |
| | 4 | Le patient a été informé du rapport bénéfice/risque chirurgical/anesthésique de l'intervention en ambulatoire et de ses modalités L'enfant a été informé de manière adaptée à son âge | 11aE1-1 | E/P |
| | 5 | Le consentement éclairé du patient (et celui de ses représentants légaux s'il s'agit d'un mineur ou d'un majeur protégé sous tutelle ⁶) a été recueilli et est tracé dans le dossier | 11bE1-1 | E/P |
| | 6 | S'il s'agit d'un mineur, l'« autorisation écrite d'opérer » signée par les deux représentants légaux figure dans le dossier | 11bE1-1 | E |
| | 7 | Le patient a été informé de la possibilité de désigner une personne de confiance. Cette mention est tracée dans le dossier du patient | 11aE1-2 | E/P |
| | 8 | Le patient a été informé par oral et par écrit (par exemple au moyen du passeport ambulatoire s'il existe) sur : - les consignes à suivre avant l'intervention (douche, préparation cutanée, jeûne, gestion de son traitement personnel [antiagrégants/anticoagulants...], exigences liées à l'anesthésie, arrêt du tabac, etc.) - les suites normales de la chirurgie (tuméfaction de la cicatrice) et d'éventuels effets indésirables de l'anesthésie/sédation (troubles cognitifs et de vigilance pendant les 12 premières heures) - les symptômes ou signes qui doivent donner l'alerte - les modalités de recours en cas d'événements imprévus (coordonnées des personnels de l'établissement de santé assurant la continuité des soins, numéro de téléphone à appeler en cas de problème) | 11aE1-1 | E/P |

⁶ En plus de celui des représentants légaux, « le consentement du mineur ou du majeur sous tutelle doit être systématiquement recherché s'il est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision » (art. L. 1111-4 du CSP). Le consentement doit être écrit en cas d'IVG, de stérilisation à visée contraceptive, de recherche impliquant la personne, de prélèvement d'organes, tissus, cellules et produits du corps humain (art. R. 1112-2 du CSP). Des dispositions spécifiques concernent l'IVG chez la mineure.

| Étapes | Item | Éléments à investiguer | Critères | Équipe (dossier) (E) / patient et/ou proches (P) |
|--|------|--|---|--|
| | | <ul style="list-style-type: none"> - les conditions pour le retour à domicile, la nécessité d'être accompagné par un tiers pour le retour au domicile et si besoin pendant la première nuit -les prescriptions postopératoires : ordonnances (médicaments, dispositifs, soins, etc.) remises en préopératoire et/ou à la sortie : traitement de la douleur à domicile, traitement des nausées et vomissements éventuels, traitement anticoagulant si adapté, etc. -s'il y a lieu, le recours à un(e) infirmier(ère), à un(e) masseur-kinésithérapeute ou à un autre professionnel -les modalités de reprise après la sortie de la douche/du bain, l'alimentation, l'activité physique -la durée de l'arrêt de travail -la date de la consultation postopératoire | | |
| | 9 | La préadmission du patient a été réalisée | 26aE2-1 | E/P |
| | 10 | La programmation de l'intervention a été réalisée | 26aE2-1 | E |
| | 11 | Le patient a été informé par oral et par écrit sur la date et l'horaire d'admission, les modalités d'accès à l'unité de chirurgie ambulatoire (UCA) et l'horaire de sortie prévisible | 11aE1-1 | E/P |
| Appel de la veille | | | | |
| | 12 | <p>L'appel du patient à J-1 ou J-2 a été réalisé conformément à la procédure en place dans l'UCA (et figurant dans la charte de fonctionnement) pour :</p> <ul style="list-style-type: none"> - confirmer sa venue et vérifier l'absence de pathologie intercurrente ou de tout autre élément pouvant entraîner une déprogrammation - les consignes préopératoires : jeûne et préparation cutanée, prise du traitement habituel, arrêt et/ou relais éventuel, réalisation des examens complémentaires et/ou consultations prescrits - confirmer l'horaire d'arrivée en rappelant son importance - rappeler les conditions de sortie et la nécessité d'un accompagnant pour le retour et si besoin la nuit <p>L'appel et les vérifications effectuées sont tracés</p> | 26aE2-4 14aE2-1 | E/P |
| Prise en charge pré-opératoire en UCA | | | | |
| | 13 | Les conditions d'accueil en UCA avant l'intervention (accueil, information, identification, pose de bracelet, confort, délai d'attente, surveillance avant l'intervention, intimité, dignité, confidentialité) ont été satisfaisantes pour le patient et pour son/ses accompagnants en privilégiant leur arrivée au fil de l'eau | 15aE2-1 15aE2-3 16aE2-3 10bE2-1 10cE2-1 | P |
| | 14 | La qualité des informations transmises au patient (déroulement de la journée, réponses aux questions posées par le patient...) a été satisfaisante pour le patient et pour son/ses accompagnants | 11aE3 | P |
| | 15 | Les informations sur la prise en charge du patient en UCA avant l'intervention figurent dans le dossier (fiche de liaison : préparation du patient, vérifications avant transfert au bloc, vérification du jeûne, de l'état cutané et de l'absence d'une pathologie intercurrente, etc.) | 26aE1-4 14aE2-1 18aE2-1 | E |

| Étapes | Item | Éléments à investiguer | Critères | Équipe (dossier) (E) / patient et/ou proches (P) |
|--|------|--|---|--|
| | 16 | La visite préanesthésique a été effectuée et est tracée dans le dossier | 26aE1-4 14aE2-1 | E |
| | 17 | Les conditions de déplacement/brancardage (identification, intimité, sécurité, confidentialité, prise en charge de la douleur, etc.) ont été satisfaisantes | 26aE1-4 6eE2-1 6eE2-2 | P |
| Intervention au bloc opératoire | 18 | Les conditions d'accueil au bloc opératoire (accueil, identification, confort, délai d'attente, surveillance avant l'intervention, intimité, dignité, confidentialité) ont été satisfaisantes | 15aE2-3 16aE2-3 10bE2-1 10cE2-1 | P |
| | 19 | Les documents nécessaires pour la prise en charge du patient au bloc opératoire sont présents : dossier chirurgical, dossier d'anesthésie | 14aE2-1 18aE2-1 | E |
| | 20 | La prise en charge anesthésique peropératoire (y compris les dysfonctionnements s'il y a lieu) est tracée | 14aE2-1 | E |
| | 21 | La prise en charge chirurgicale peropératoire (heure d'entrée en salle, heure d'incision, type d'installation, identification des intervenants, temps opératoire et dysfonctionnements s'il y a lieu) est tracée | 14aE2-1 | E |
| | 22 | Les dispositifs médicaux implantés et les actes réalisés sont tracés dans le dossier | 26aE2-3 | E |
| | 23 | La <i>check-list</i> sécurité du patient est tracée (dans le dossier ou dans le logiciel du bloc ou sur un autre support), tous les items ont été vérifiés, les « non-conformités » éventuelles sont tracées | 26aE2-2 | E |
| | 24 | La trace des examens prescrits au bloc ou en salle de surveillance post-interventionnelle (SSPI) (biologiques, radiologiques peropératoires ou anatomo-cytopathologiques) figure dans le dossier | 14aE2-1 | E |
| SSPI | 25 | Les conditions de prise en charge en SSPI (identification, intimité, dignité, confidentialité, surveillance, confort et prise en charge de la douleur, des nausées/vomissements éventuels, etc.) ont été satisfaisantes | 15aE2-3 10bE2-1 10cE2-1 | P |
| | 26 | Les évaluations régulières de la douleur à l'aide d'un outil adapté et les traitements antalgiques prescrits et administrés figurent dans le dossier | 12aE2-3 12aE2-4 | E |
| | 27 | Les autres informations sur la prise en charge postopératoire du patient en SSPI figurent dans le dossier dont : - autres prescriptions et trace de l'administration - éléments de surveillance postopératoire standard et spécifique à l'acte réalisé, à l'anesthésie, au patient (enfant...) - éventuels événements indésirables - mise en œuvre des soins postopératoires | 14aE2-1 20abis E2-1 20abis E2-5 | E |
| | 28 | Les informations sur la sortie du patient de SSPI figurent dans le dossier (heure de sortie, autorisation de sortie, score d'Aldrete ou autre score, identité, qualité et signature des | 14aE2-1 | E |

| Étapes | Item | Éléments à investiguer | Critères | Équipe (dossier) (E) / patient et/ou proches (P) |
|--|------|---|-------------------------------|--|
| | | intervenants, etc.) | | |
| Prise en charge postopératoire en UCA et sortie | 29 | La fiche de liaison bloc-UCA figure dans le dossier | 26aE1-4 14aE2-1 18aE2-1 | E |
| | 30 | Les informations sur la sortie du patient de l'UCA sont tracées dans le dossier : - vérification de l'aptitude au retour au domicile (score de Chung ou autre score, etc.) - fiche d'autorisation de sortie signée par le chirurgien ou l'anesthésiste - conditions de retour à domicile adaptées au patient (présence de l'accompagnant, conditions spécifiques chez l'enfant) - heure de sortie | 14aE2-1 | E |
| | 31 | Les consignes à suivre au retour au domicile ont été réitérées au patient à sa sortie et consignées par écrit : - prise en charge de la douleur à domicile, gestion des nausées et vomissements éventuels - symptômes ou signes qui doivent donner l'alerte, recours en cas d'événements imprévus - nécessité de l'intervention d'autres professionnels de santé au retour à domicile - modalités de reprise de la douche/du bain, l'alimentation, l'activité physique - précautions ou précisions éventuelles sur le site opératoire - de la consultation postopératoire | 24aE2-2 | E/P |
| | 32 | L'ensemble des documents nécessaires au suivi de sa prise en charge a été remis au patient et ils sont tracés dans le dossier, notamment : - le bulletin de sortie signé par un médecin, mentionnant l'identité des personnels médicaux ayant participé à l'intervention, les recommandations de surveillance postopératoire ou anesthésique, les coordonnées des personnels de l'établissement assurant la continuité des soins - les ordonnances de sortie confirmées (antalgiques, pansement, rééducation, etc.) - la lettre/le document de sortie pour le médecin traitant et au mieux le compte rendu opératoire (avec traçabilité d'un éventuel DMI) - le carnet de santé et les dispenses scolaires/sportives (enfants), les arrêts de travail, etc. | 24aE2-1 24aE2-2 | E/P |
| Après le retour à domicile | 33 | L'appel du patient à J+1 (ou au-delà) (contrôle de la douleur, recherche d'événements indésirables, etc.) a été réalisé conformément à la procédure en place dans l'UCA (et figurant dans la charte de fonctionnement) ; les rappels et vérifications effectués sont tracés dans le dossier | 18aE1-2 14aE2-1 | E/P |

→ Pour en savoir plus, consulter :

Le site de la HAS (http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1241930/fr/ensemble-pour-le-developpement-de-la-chirurgie-ambulatoire)

Le rapport d'évaluation technologique « Éléments d'appréciation en vue de la prise en charge d'un patient en chirurgie ambulatoire », HAS-ANAP, mai 2014

Le guide « Ensemble pour le développement de la chirurgie ambulatoire – Recommandations organisationnelles », HAS-ANAP, mai 2013

Le guide « Ensemble pour le développement de la chirurgie ambulatoire - Sécurité des patients en chirurgie ambulatoire », HAS-ANAP, mai 2013

Les recommandations AFU-SFAR-AFA-ANAP « Chirurgie ambulatoire en urologie », 2013 (label HAS)

Le guide « Ensemble pour le développement de la chirurgie ambulatoire – Socle de connaissances », HAS-ANAP, avril 2012

Les recommandations formalisées d'experts « Prise en charge anesthésique des patients en hospitalisation ambulatoire », SFAR, 2009

Les recommandations « Chirurgie ambulatoire de l'enfant (de moins de 18 ans) », CNCE-Adarpef, 2008

L'outil Web de l'ANAP « Itinéraire Chir Ambu » (<http://www.anap.fr/les-projets-de-lanap/organisation/chirurgie-ambulatoire/itineraire-chir-ambu/>)

3. Méthode d'élaboration de la grille

→ La méthode d'élaboration de cet outil inclut :

- l'élaboration d'une version initiale de la grille par un groupe de travail pluridisciplinaire en se basant sur les recommandations de bonne pratique françaises publiées de 2008 à juin 2014 ;
- l'envoi pour avis de la version initiale de la grille aux parties prenantes ;
- l'analyse des avis des parties prenantes par le groupe de travail et l'élaboration de la version finale de la grille.

4. Participants

Chefs de projet

Dr Valérie Lindecker-Cournil, chef de projet, HAS, Saint-Denis.

M. Olivier Le Rouge, chef de projet, HAS, Saint-Denis.

Groupe de travail

Mme Nicole Bertini, cadre supérieur de santé, Bourg-en-Bresse.

Dr Jean-Pierre Coulon, chirurgien orthopédiste, Paris.

Mme Catherine Jugie-Robert, Ibode, Paris.

M. Marc Millan, cadre de santé, Bourg-de-Péage.

Dr Pierre Perucho, anesthésiste-réanimateur, Perpignan.

Dr Evelyne Ragni-Ghazarossian, chirurgien urologue, Marseille.

Dr Geneviève Roblès, anesthésiste-réanimateur, Saint-Denis de la Réunion.

Parties prenantes sollicitées

Académie nationale de chirurgie

Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP)

Association française de chirurgie ambulatoire

Collectif interassociatif sur la santé

Collège français des anesthésistes-réanimateurs

Conférence des présidents de CME des CH

Conférence des présidents de CME des CHU

Conférence nationale des directeurs de CH

Conférence nationale des directeurs généraux de CHU

Conférence nationale des présidents de CME de CHS

Conférence nationale des présidents de CME de l'hospitalisation privée

Conférence des présidents de CME du secteur privé non lucratif

Conseil des experts-visiteurs

Conseil national de la chirurgie de l'enfant et ambulatoire

Direction générale de l'offre de soins

Fédération de l'hospitalisation privée

Fédération des établissements hospitaliers et d'assistance privés

Fédération hospitalière de France

Fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile

Société française d'anesthésie et de réanimation

Unalbode

Unicancer



Toutes les publications de la HAS sont téléchargeables sur
www.has-sante.fr