



Chirurgie ambulatoire et politique qualité- gestion des risques L'exemple du Centre Hospitalier Sud Francilien





Démarche qualité en chirurgie ambulatoire

- Une politique institutionnelle (*Programme d'amélioration qualité sécurité des soins (PAQSS) 2016-2017*) / projet d'établissement → **un projet de service**
- Un projet médical et PRS: **Virage ambulatoire**
- Une méthode: **la cartographie de risques a priori au bloc et en UCA**
- Une équipe qualité GDR en accompagnement
- Des acteurs informés et impliqués: **appel à projets ANAP et ARS**
- Des tableaux de bord de suivi: **rôle du conseil de bloc**
- Une communication dynamique et positive: **les instances**
- Un CREX: en cours de constitution
- Une évolution à venir dans le cadre des GHT.
- La certification HAS: prise en compte des recommandations et réserves de la V10 et **les attendus de la V14**



PROGRAMME D'AMELIORATION QUALITE SECURITE DES SOINS (PAQSS) 2016-2017: généralités

Le programme d'amélioration qualité/sécurité des soins est élaboré selon une méthodologie éprouvée:



Axes d'amélioration définis à partir des :

- Evaluations externes : résultats visite initiale HAS, résultats indicateurs IPAQSS/IPAQSServices, accréditations COFRAC
- Evaluations internes : bilan d'efficacité du programme qualité / sécurité des soins précédent, bilan des questionnaires de sortie, bilan des réclamations, bilan des signalements d'évènements indésirables, plans d'actions découlant des analyses de risques a priori, Compte qualité....

Priorisation des axes d'amélioration

Plans d'actions opérationnels déclinés.

Plan d'actions et tableau de bord de chaque pôle disponibles sur un espace qualité/gestion des risques (Répertoire informatique) créé sur l'*Intranet*.



Une méthode (1): Cartographie des risques a priori en UCA

- Initiée en septembre 2013 (ouverture UCA) selon la méthode AMDEC (Analyse des Modes de Défaillances, de leurs Effets et de leur Criticité): un groupe de travail + planning de réunions.
- La cartographie détaille les différents processus, hors bloc opératoire (cartographie spécifique), de la consultation au J+1.
- Pour chaque processus, les risques associés ont été proposés selon les événements indésirables, les connaissances personnelles et la bibliographie.
- A chaque risque a été associée une notion de fréquence et de gravité.
- Les moyens de maîtrise de chaque risque ont été listés.
- Chaque risque a donc, en fonction de sa cotation et de ses moyens de maîtrise, une criticité nette plus ou moins élevée.
- 53 risques identifiés, dont 10 ont été estimés « majeurs » , à traiter en priorité sur les thématiques suivantes : l'éligibilité, la barrière de la langue, la check-list, la consultation anesthésie, les informations du patient.
- Mise en place d'actions d'amélioration + calendrier + réévaluation
- La cartographie a été mise à jour début 2015 et compte maintenant 4 risques majeurs sur les mêmes thématiques (l'éligibilité, la consultation anesthésie, les informations du patient).



Une méthode (2): Cartographie des risques a priori au bloc opératoire

- La cartographie du bloc opératoire initiée, suite à la V2010 de la HAS septembre 2013 afin d'être présentée à la visite de suivi.
- Un accompagnement SHAM pour sa rédaction selon la méthode Cartorisk (approche processus / facteurs de réussites)
- Pour chaque processus, les risques associés ont été proposés selon les évènements indésirables, les connaissances personnelles et la bibliographie
- A chaque risque a été associée une notion de fréquence et de gravité.
- Les moyens de maîtrise de chaque risque ont été listés.
- Chaque risque a donc, en fonction de sa cotation et de ses moyens de maîtrise, une criticité nette plus ou moins élevée.
- 75 risques dont 7 « forts » sur un parcours allant du pré-opératoire « transfert service/bloc » au post-opératoire « Transfert SSPI - Service de soins ».
- Des actions d'amélioration ont été proposées pour ces risques. Travail avec la pharmacie sur le circuit des dispositifs médicaux, sur les appels d'urgence, sur la présence d'un médecin anesthésiste réanimateur.
- Elle a été mise à jour en mars 2016. Sur les 75 risques initiaux, 4 sont considérés comme « forts »
- Un nouveau plan d'action a été mis en place sur ces risques portés cette fois-ci sur le coté à opérer, les formations et la programmation.



La V14 et la chirurgie ambulatoire (attentes de l'HAS)

Évaluation de la chirurgie ambulatoire en V2014

L'évaluation de l'activité de chirurgie ambulatoire réalisée dans le cadre de la certification a pour enjeux de s'assurer de la capacité des établissements à :

- réorganiser l'activité autour du patient ;
 - optimiser son parcours intra-hospitalier ;
 - maîtriser les flux et les risques à chaque étape ;
 - mobiliser une équipe (médicale, paramédicale, administrative) structurée autour de la prise en charge du patient, impliquée et formée spécifiquement ;
 - assurer la continuité de la prise en charge entre la ville et l'hôpital avant et après l'intervention.
- Des nouvelles méthodes de visite développées :
 - audit de processus de l'activité de chirurgie ambulatoire, mis en œuvre lors de l'audit de processus du bloc
 - patient-traceur de chirurgie ambulatoire, systématique au cours de la visite.



Le projet du service: UCA

- Projet du Pôle suite à la visite HAS
- Localisation spécifique: bloc ambulatoire (4 salles) dans la continuité de l'UCA (24 places maximum)
- Equipe PNM dédiée
- Organisation et circuit patient clairement définis: critères HAS et DGOS (ex: le patient debout)
- Protocoles pré, per et post opératoires : éligibilité, SMS la veille, appel du lendemain....
- Le « PASS ambulatoire »
- Le « Patient debout » et la marche en avant : un projet innovant débuté en 2015




Le patient debout (1): un choix de qualité

- Eligibilité des patients: au cœur du processus mais **libre choix du patient**
- Renforce l'implication du patient dans sa prise en charge : respect des horaires d'arrivée, du jeûne, moins d'anxiété, dignité mieux prise en compte, réduction des retards au bloc, meilleure disponibilité des chirurgiens, meilleure attention à l'autre
- Les spécialités: uro, procto, viscérale, ortho, OPH, ORL, HGE, plastie, vasculaire, gynécologie
- La marche en avant: optimisation du parcours , fluidité des flux, localisation en temps réel des patients (*à venir*)
- Des circuits différenciés (court , standard ou long) selon les interventions; zone d'attente intermédiaire **DANS** le bloc.
- Optimisation des installations et efficience économique



Le patient debout (2) en 12 étapes

1. Accueil par IDE + vérifications
2. Installation dans salle attente (1)
3. Accompagnement au vestiaire: remise du kit
4. Installation /fauteuil spécifique + prise en charge par IDE (constantes)+préparation avant BO
5. Accompagnement au BO par brancardier; vérification identité
6. Attente intermédiaire (2) au BO: surveillance vidéo
7. Passage au BO: installation sur table, vérifications,  prothèses et pyjama, induction, acte opératoire
8. SSPI sur fauteuil UCA+ habillage
9. Accompagnement vers chambres de l'UCA +verticalisation progressive + collation+ retour vestiaire
10. Visite du médecin en salle de retour à la rue
11. Eventuel examen clinique dans un bureau médical dédié
12. Documents de sortie remis par secrétariat: CRO, ordonnance



Les outils de mise en œuvre de la QGDR

- Le compte qualité: CQ
- Le patient traceur: 2 PT identifiés (**changement sonde JJ Urologie, avulsion dentaire en stomato**)
- Evaluation des pratiques professionnelles
- CREX: projet en cours de déploiement
- RMM et analyse des EI (méthode ALARM)



Modèle du plan d'action du pôle de chirurgie

N°	Source de l'action <i>(liste déroulante)</i>	Thématique <i>(liste déroulante)</i>	Critère manuel de certification HAS	Action d'amélioration	Modalités de suivi	Objectif <i>(si possible chiffré)</i>	Priorité	Responsable (Pilote)	Début prév	Début réel	Echéance prév	Echéance réelle	Pôle <i>(liste déroulante)</i>	Service	Transversal pôle/institutionnel <i>(liste déroulante)</i>	Lien avec projets institutionnels	Etat d'avancement
8	Evaluation du programme QSS	PEC patients au bloc opératoire	26a	Rédiger le manuel assurance qualité	MAQ validé	MAQ validé	2	Mr Broli / Mme Kassidi									
38	Patient Traceur	Parcours patient Chirurgie ambulatoire et conventionnelle	17a	Mettre en place un protocole pour mise en place de bas de contention en per opératoire en orthopédie	Protocole dans Qualinet et connu	Améliorer la PEC per opératoire du patient	2	Mm Poivre	janv.-16	janv.-16	juin-16		Chirurgie	Orthopédie			Réalisé
57	Patient Traceur	Parcours patient Chirurgie ambulatoire et conventionnelle	18a	Mettre en place une analyse des causes sur le passage tardif au bloc opératoire (orthopédie)	Données exploitées et présentées à la direction avec plan d'action DMS	Récupération plus rapide de l'autonomie du patient Diminution de la DMS	1	Mme Poivre	juin-16	juin-16	dec-16		Chirurgie	Orthopédie			En cours



Conclusion

La démarche qualité est au cœur de la bascule ambulatoire par la maîtrise maximum des processus et des risques afférents et favorise ainsi l'efficacité médico-économique.

Merci de votre attention



Textes de référence

- *Loi de modernisation de notre système de santé, article 95 (lettre de liaison)*
- *Articles L. 6111-2, L. 6113-3, L. 6144-1 et L. 6161-2 du code de la santé publique (CSP)*
- *Articles R. 6121-4 et D. 6124-301 à D. 6124-305 du CSP relatifs aux conditions techniques de de fonctionnement en anesthésie*
- *Instruction N° DGOS/R3/2015/296 du 28 septembre 2015 relative aux objectifs et orientations stratégiques du programme national de développement de la chirurgie ambulatoire pour la période 2015-2020.*
- *NOTE D'INFORMATION N° DGOS/PF2/2016/164 du 24 mai 2016 relative aux points critiques récurrents et à la mise en œuvre, pour l'activité de chirurgie ambulatoire, de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins et de gestion des risques en établissement de santé.*
- *Certification des établissements de santé – Ce qu'il faut savoir sur l'évaluation de la démarche qualité et gestion des risques au bloc opératoire – HAS - Mars 2015*