

# Journées de prévention du risque en AR cycle 2015-2016

*Réduire la mortalité péri opératoire*

**Anesthésistes-Réanimateurs et Chirurgiens :  
Mieux travailler en équipe**

[patrick.georges.yavordios@gmail.com](mailto:patrick.georges.yavordios@gmail.com)

**ARReS**

ANESTHÉSIE RÉANIMATION  
RISQUES ET SOLUTIONS



**ASSPRO**

ASSOCIATION DE PRÉVENTION  
DU RISQUE OPÉRATOIRE

# Pourquoi ce travail ?

## Enquêtes ENEIS, DRESS 2004 et 2009

9,2 EIG pour 1000 jours d'hospitalisation en chirurgie

Problème de communication dans 24,1%

## HAS, 2015

### Analyse d'Evènement Indésirable Associé aux Soins : EIAS

1 patient sur 10 subirait un EIAS lors de ses soins

Après analyse de 47 000 EIAS, 3 causes majeurs:

- Travail en équipe dans 27%

- Tache à accomplir dans 23%

- Patient lui même dans 15%

### Analyse ALARM de 845 dossiers d'AR assurés auprès du cabinet Branchet entre 2009 et 2013

L'équipe mono disciplinaire d'anesthésie réanimation est partiellement ou totalement en cause dans 38 % des cas

L'organisation est partiellement ou totalement en cause dans 44% des cas

# En résumé

d'après J Fusciardi Arres Tours 2014

1. **2 à 3 % des opérés décède dans la semaine, toute chirurgie et tous patients confondus (50% au 5<sup>o</sup> jour)**
  2. Ce risque post opératoire **ne paraît pas régresser** ces dernières années
  3. Les patients **décèdent de leurs propres pathologies** dont nous (chir. et AR) sommes experts
  4. Ces patients doivent être regroupés (Réa, USC):  
**« le bon patient, au bon endroit , au bon moment »**
- 
1. **La performance** face à la complication est **inéegale**
  2. **Les équipes** périopératoires doivent travailler leurs **organisations** communes leur **performance**, et notamment **la communication**



## 15 *Points-clés et Solutions*

# Anesthésistes-Réanimateurs et Chirugiens : Mieux travailler en équipe.

validée par le collège de la HAS le 18 novembre 2015

[http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_2587220/fr/cooperation-entre-anesthesistes-reanimateurs-et-chirurgiens-mieux-travailler-en-equipe](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2587220/fr/cooperation-entre-anesthesistes-reanimateurs-et-chirurgiens-mieux-travailler-en-equipe)

organismes promoteurs :



Fédération de chirurgie  
viscérale et digestive



# Organismes associés



Association française d'urologie



Collège de neurochirurgie



Chirurgie orthopédique  
et traumatologique



Chirurgie infantile



Chirurgie plastique  
reconstructrice



Société française de chirurgie  
thoracique et cardio-vasculaire



Chirurgie vasculaire

# Principes Généraux

- **Anesthésistes et Chirurgiens** assument **conjointement** la Qualité des Soins et la Sécurité des Patients
- **définition des rôles et la répartition des tâches** de chacun est nécessaire.
- outil pour **l'analyse et l'amélioration des pratiques professionnelles.**
- Travail **collectif** réalisé au sein des organismes professionnels agréés pour l'accréditation des médecins.
- **L'analyse des EIAS déclarés** a servi de base à son élaboration et lui donne sa légitimité en termes de préconisations.
- Ce document ne prétend pas imposer des solutions, mais doit être lu comme une **liste de questions** qui visent à **sécuriser le parcours des patients** en répondant aux besoins des professionnels et en optimisant les conditions de leur **travail en équipe.**

# Principes Généraux

- Dans la chronologie du parcours d'un opéré, l'accent est mis sur le **partage des informations, leur traçabilité et la prise de décision partagée.**
- **15 étapes critiques** qui ont été identifiées comme à l'origine des dysfonctionnements les plus fréquents entre les anesthésistes-réanimateurs et les chirurgiens.
- La somme des **compétences individuelles** ne crée une **compétence collective** que s'il existe une définition concertée des objectifs et un partage des responsabilités et résultats.
- La coopération entre anesthésistes-réanimateurs et chirurgiens s'inscrit dans une **démarche collective de gestion des risques pour assurer la sécurité des patients.**

**Le dossier du patient** est consultable **dans l'établissement** de santé où le patient est pris en charge.

Il est renseigné, actualisé, et partagé. Il doit être **accessible à tout moment par tous les membres de l'équipe** afin de permettre la traçabilité et la transmission des informations.



## CONSULTATION

**Tout patient** qui doit avoir une intervention programmée **nécessitant la présence d'un médecin anesthésiste-réanimateur**, quel que soit le type d'anesthésie qui sera réalisé, doit avoir **deux consultations préopératoires : une chirurgicale et une anesthésique.**

## INFORMATION

Lors des consultations préopératoires de chirurgie et d'anesthésie, **toutes les informations concernant la période péri-opératoire sont notées dans le dossier patient** afin d'être portées à la connaissance de chacun.

**Le chirurgien note dans le dossier pour en informer l'anesthésiste, les éléments jugés pertinents concernant l'intervention**, en précisant les termes de l'information donnée au patient et/ou au représentant légal. La date d'intervention qui peut être proposée au patient à ce stade est de nature prévisionnelle.

3<sup>b</sup>

## TECHNIQUE ANESTHESIE

**L'anesthésiste-réanimateur note dans le dossier pour en informer le chirurgien, les éléments jugés pertinents concernant l'anesthésie** en relation avec la nature de l'intervention envisagée.

La décision de choix d'une technique d'anesthésie, prise en consultation d'anesthésie et confirmée avant l'intervention lors de la visite pré-anesthésique, est une **décision contractuelle** qui engage l'ensemble des acteurs qui seront en situation d'effectuer l'anesthésie.

## PREPARATION

### **Pour l'anesthésiste-réanimateur et le chirurgien :**

les demandes éventuelles de consultations spécialisées, de préparation spécifique préopératoire et de soins intensifs/réanimation post-opératoires sont argumentées, notées et leurs indications partagées.

**Toute modification du choix de la technique opératoire et/ou anesthésique doit être tracée, motivée et expliquée en temps utile aux acteurs de soins concernés.**

## OPERABILITE

L'appréciation de l'**opérabilité du patient** est établie au terme des consultations de chirurgie et d'anesthésie.

Dans les situations complexes ou jugées à risques, elle fait l'objet d'une **concertation** entre anesthésiste et chirurgien.

Elle doit être tracée selon les modalités propres au secteur d'activité. Elle permet de confirmer la date opératoire.

## PROGRAMMATION

**La programmation opératoire** est établie **conjointement** par les chirurgiens, les anesthésistes-réanimateurs et la (ou le) responsable de l'organisation du secteur opératoire, en tenant compte notamment des impératifs d'hygiène, de sécurité et d'organisation du fonctionnement du secteur opératoire ainsi que des possibilités d'accueil en surveillance post-interventionnelle.

Cette programmation se traduit par **l'édition hebdomadaire d'un programme opératoire** validé, et adressé à tous les acteurs.

## URGENCE

**Les modalités de changement de programme, de rajout de patients non programmés et notamment des urgences** sont définies après **concertation** entre chirurgien, anesthésiste-réanimateur et la (ou le) responsable de l'organisation du secteur opératoire.

Dans le cas d'un bloc des urgences mutualisé H24, **des règles communes de priorisation des urgences** selon des critères médicaux validés par les anesthésistes-réanimateurs et les chirurgiens sont définies avec toutes les spécialités chirurgicales utilisatrices.

7

## MEDICAMENT

Les **règles** de continuité du traitement personnel du patient (**conciliation médicamenteuse**) sont **définies**, et précisent notamment le professionnel qui en est chargé.

8

## CONTINUITÉ DES SOINS

L'organisation du secteur d'activité permet à tout moment et pour tout patient, opéré ou sous surveillance médico-chirurgicale, **l'identification de l'anesthésiste-réanimateur et du chirurgien** qui assurent la continuité des soins et la prise en charge jusqu'à la sortie, les visites et la surveillance post-opératoire, y compris pendant les périodes vulnérables (nuit, week-end, jours fériés).

**La procédure d'appel urgent H24, 7J/7** est disponible, connue et en place.



## **PRECISION (Hors SSP)**

### **Conciliation médicamenteuse et gestion du traitement personnel du patient**

- **Le chirurgien** est le 1° à voir le patient et à prendre connaissance de son traitement.
  - Le traitement doit être noté dans le dossier et en cas de complexité faire l'objet de demande de renseignements auprès des médecins du patient
- **L'AR** prendra connaissance du traitement et pourra modifier les médicaments susceptibles d'interférer avec l'anesthésie et /ou le risque hémorragique.
  - Il devient responsable de cette modification.
  - Cette nouvelle **prescription**, la CAT lors de l'admission ainsi qu'une éventuelle prémédication sont transmises aux IDE lors de l'admission du patient.
- **A son entrée**, le patient amène l'ordonnance de son médecin traitant ainsi que la prescription éventuelle de l'AR.
- **L'IDE effectue une pré saisie** de l'ensemble du traitement dans le dossier du patient.
- Ce dernier ne pourra apparaître dans le **plan de soins** et donner lieu à **dispensation** qu'après **validation** par la signature informatique du chirurgien ou de l'AR
- Cette validation peut se faire lors du 3° temps de la CL en cas de chirurgie à séjour bref.

## CHECK LIST

**La check-list « sécurité du patient au bloc opératoire » est réalisée pour chaque intervention en présence de l'anesthésiste-réanimateur et du chirurgien, notamment pour les temps 2 et 3.**

Tous les éléments concernant la prise en charge post-opératoire du patient sont précisés par l'anesthésiste-réanimateur et le chirurgien dès la fin de l'intervention (temps 3 de la check-list « sécurité du patient au bloc opératoire ») et sont consignés dans le dossier du patient.

## PERI OPERATOIRE, QUI FAIT QUOI

**Les procédures et protocoles** de prise en charge des patients font l'objet d'un **consensus** entre les chirurgiens, les médecins anesthésistes réanimateurs, et l'équipe du bloc opératoire.

Ils sont connus et **respectés** de tous.

Ils précisent entre autres, **le rôle de chacun** pendant toute la durée de la prise en charge des patients et sont définis par écrit, connus et respectés, notamment en termes :

## **QUI FAIT QUOI en terme :**

- de prise en charge de la **douleur**,
- d' **installation du patient** au bloc opératoire,
- de prise en charge de la **prophylaxie anti-thrombotique**,
- de prise en charge de l' **antibioprophylaxie** et de l' **antibiothérapie**,
- de gestion des **anticoagulants** et des **antiagrégants**,
- de prescription des **produits sanguins** et dérivés,
- de **nutrition** pré- et post-opératoire,
- de suspension, maintien, adaptation et décision de reprise des **traitements personnels du patient** ainsi que de rédaction des **ordonnances de sortie**,
- de toute **prise en charge spécifique** au secteur d' activité ...
- Tout **changement est tracé** dans le dossier du patient et **partagé** autant que nécessaire.

**Remarque :Les propositions des EGAR de 2010 permettent d'apporter des réponses à la définition des rôles de chacun**

**L'organisation de la sortie du patient est anticipée** pour toutes les prises en charge susceptibles d'être **protocolisées**. Le rôle de chaque professionnel est défini en fonction des secteurs d'activité.

En cas de **sortie non programmée**, le médecin qui en prend la décision en assume l'organisation concertée.

En cas de survenue d'un **évènement indésirable associé aux soins**, sa déclaration, l'information qui sera donnée au patient et/ou au représentant légal, ainsi que la désignation du (ou des) médecin(s) qui s'en chargera(ont) font l'objet d'une **concertation entre anesthésiste et chirurgien**.

13

## **RMM**

L'**analyse** régulière et **en équipe** pluriprofessionnelle pluridisciplinaire des **évènements indésirables associés aux soins** (de type RMM) est organisée et entraîne la mise en œuvre d'actions d'amélioration des soins et de la sécurité des patients.

14

## **CONSEIL DE BLOC**

Anesthésistes-réanimateurs et chirurgiens participent au **conseil de bloc opératoire** qui se **réunit régulièrement** pour organiser le secteur opératoire et résoudre les dysfonctionnements.

## CHARTRE

Tous les critères précédents et leurs modalités de mise en œuvre (organisation, rôles, responsabilités, délégations) sont décrits dans **une charte de fonctionnement et d'organisation interne** du secteur d'activité.

- Cette charte est **validée par la CME et le Directeur de l'établissement de santé.**
- Elle est diffusée à tous les acteurs.
- Elle engage les médecins du secteur d'activité.



## Cette charte rappelle :

- le **respect mutuel** et le respect de l'expertise professionnelle de chacun, l'écoute et la nécessité des échanges d'informations que se doivent tous les professionnels de santé quel que soit leur statut,
- l'importance de la **vigilance** de tous les acteurs pour détecter et signaler sans délai toute situation dangereuse et événement indésirable associé aux soins,
- que les modalités de **communication** anticipée des absences ou indisponibilités des médecins sont établies afin de permettre une meilleure adaptation des ressources,
- que la **sécurité du patient est l'affaire de tous** les professionnels sans exception et quel que soit leur statut.

# CONCLUSION

## Amélioration des pratiques professionnelles: EPP

**Étape 1** : *organisez* votre démarche (composition de l'équipe, organisation et planning des différentes étapes).

**Étape 2** : *évaluez en équipe*, chaque point clé (cf. supra).

0 : absent

1 : en projet

2 : en cours de développement ou partiellement satisfait

3 : réalisé

4 : suivi et évalué selon des modalités adaptées à votre secteur d'activité (documents justificatifs, enquête, compte rendus de réunions, audit, patient traceur etc.).

**Étape 3** : *faites la synthèse* de l'évaluation réalisée

**Étape 4** : *décidez ensemble des actions d'amélioration* à mettre en œuvre et à suivre.



**E**tats  
**G**énéraux  
**A**nesthésie  
**R**éanimation

# Rédaction d'un protocole de fonctionnement : Les pré-requis

- Recommandation éditée par l'Ordre National des Médecins de Décembre 2001:  
*« recommandations concernant les relations entre anesthésistes réanimateurs et chirurgiens et autres spécialistes ou professionnels de santé »*
- Référence de la HAS: manuel d'accréditation HAS V2 référence 37 :  
*« le fonctionnement des secteurs d'activités interventionnelles fait l'objet d'une organisation formalisée par les professionnels concernés validée par les instances de l'établissement et connue de tous »*

## Objectifs et champ d'application

- Définir le **rôle de chaque praticien** dans la prise en charge d'un patient
- Optimiser la **coordination** des soins
- Eviter les prescriptions **contradictaires**
- Identifier le **médecin référent**, interlocuteur du personnel paramédical
- Concerne **tous les secteurs** d'hospitalisation
- La réanimation , la surveillance continue et le service d'urgence sont l'objet de **protocole particulier**

# *Les grands thèmes :*

## **Douleur**

- **Douleur post opératoire (DPO)**

Prise en charge par l'AR selon les protocoles de la structure de soin

=> Ordonnance de sortie faite par le médecin référent

- **Douleur chronique et aigue pour un patient non opéré**

Prise en charge par le médecin référent selon les protocoles de la structure de soin

# Les grands thèmes : Prévention de la maladie thromboembolique

## ■ Phase pré opératoire

Prise en charge par le médecin référent du patient ( prescription de bas de contention par exemple)

## ■ Phase péri opératoire

- Pendant l'hospitalisation, prise en charge par l'AR ou le référent selon la spécialité conformément aux recommandations de la checklist partie 3
- Rédaction de l'ordonnance de sortie faite par le médecin référent aidé dans son choix par l'AR qui précise notamment la durée et les surveillances nécessaires
- Implication possible du médecin traitant.

# *Les grands thèmes :* **Infectieux**

## ■ **Antibioprophylaxie**

- Par AR et chirurgien selon le protocole SFAR 2010

## ■ **Antibiothérapie curative**

- Préopératoire par médecin référent
- Per opératoire , prescription conjointe AR et chirurgien conformément aux recommandations de checklist partie 3
- Post opératoire par le médecin référent selon des protocoles de soins



# Gestion de l'anémie

## ■ Pré opératoire

- *Épargne sanguine, EPO, commande de sang pour l'intervention prise en charge par AR*

## ■ Per opératoire

- *Prise en charge par AR en rappelant la nécessité d'une coopération avec le chirurgien selon les recommandations de la check list HAS (partage pré et per opératoire des informations sur le risque hémorragique de l'intervention )*

## ■ Post opératoire

- *Prise en charge conjointe du chirurgien et de l'AR.*
- *Le premier praticien ayant connaissance d'une anémie nécessitant une transfusion est responsable de la prescription*

# Gestion des AVK, des anti plaquettaires et de tous les médicaments anti thrombotiques ou hémostatiques

## ■ Pré opératoire

Prise en charge par l'AR après discussion pluridisciplinaire (AR, chirurgien , cardiologue) pour les AVK, les AP dans les situations à risque (*RFE SFAR 2006*) et la substitution des déficits de l'hémostase congénitaux ou acquis

## ■ Post opératoire

Prise en charge conjointe , CL 3

## Hydratation et réalimentation post opératoire

- Prise en charge **conjointe** entre AR et médecin référent
- Prescription des 1<sup>ères</sup> 24 H par AR
- Arrêt ou suivi par médecin référent pour les cas simples
- Les réanimations ne sont pas concernées par ce protocole
- Les USC prolongent temporairement la SSPI et relèvent de la compétence des AR

# Prescription des traitements personnels des patients dans le cadre du circuit du médicament Notamment via logiciel informatique

## ■ Pré opératoire

Prescription par médecin référent et AR pour les médicaments interférents avec l'anesthésie

## ■ Post opératoire

Prise en charge conjointe selon les recommandations de la check-list de l'HAS 2010

Remarque PGY: mots clés : ordonnance , pré saisie,  
retranscription, validation , plan de soin, dispensation

# Visite post opératoire en service d'hospitalisation

## L'AR est notamment concerné par :

### ➤ **Les opérés à J1**

dans le cadre de la prise en charge de complications liées à l'anesthésie , suivi d'ALR par exemple

### ➤ **Les patients pour lesquels une prescription doit être effectuée** selon la répartition des taches concernées par ce protocole

### ➤ **Les patients qui développent une complication post opératoire** qui nécessite l'intervention spécifique de l'AR

## Demande d'avis par médecin référent : AR consultant

- En **dehors** du cadre fixé par la répartition des tâches
- Par **appel direct** du médecin référent
- Avec un **dossier médical** dûment renseigné
- L'AR répondra en fonction de son **champ de compétence**
- Les conclusions de cette consultation seront **écrites** dans le dossier du patient

## Conclusion

- Le protocole devra être rédigé en **tenant compte des souhaits et des ressources humaines** de chaque équipe.
- Il est souhaitable de **décliner ce protocole par spécialité** en tenant compte des spécificités de chaque pratique.
- Il devra être **validé par la CME** après discussion entre les AR et les divers spécialités
- Ainsi ces propositions ne sont pas des « recommandations » mais des **alertes** sur des points nécessaires à la bonne prise en charge des patients
- Le protocole est intégré dans les démarches **d'accréditation** en équipes mono ou multi disciplinaires