

Nos réponses aux recommandations de la HAS sur le travail en équipe

ARRES ASSPRO Cycle 2017-2018
J.J. Lehot,
SAR, Hôpital Neurologique, GHE, Lyon

Pas de conflits d'intérêt



Points-clés et Solutions

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

Solutions Sécurité des Patients de niveau 3 validée par le
collège de la HAS le 18 novembre 2015
Travail multiprofessionnel de 3 ans
Contrôles : Certification, expertises judiciaires



Fédération de chirurgie
viscérale et digestive



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

Illustration

- Femme de 69 ans
- stent P-A 2 ans plus tôt
- Suivi cardiologique : Plavix-aspirine
- Arrêt Plavix à 1 an (epistaxis)
- PTH programmée : CPA (AR 1): arrêt de l'aspirine à J-7 du fait d'un hématome chez un patient précédent ?
- Autorisation écrite du cardiologue de ville...

Suite 1

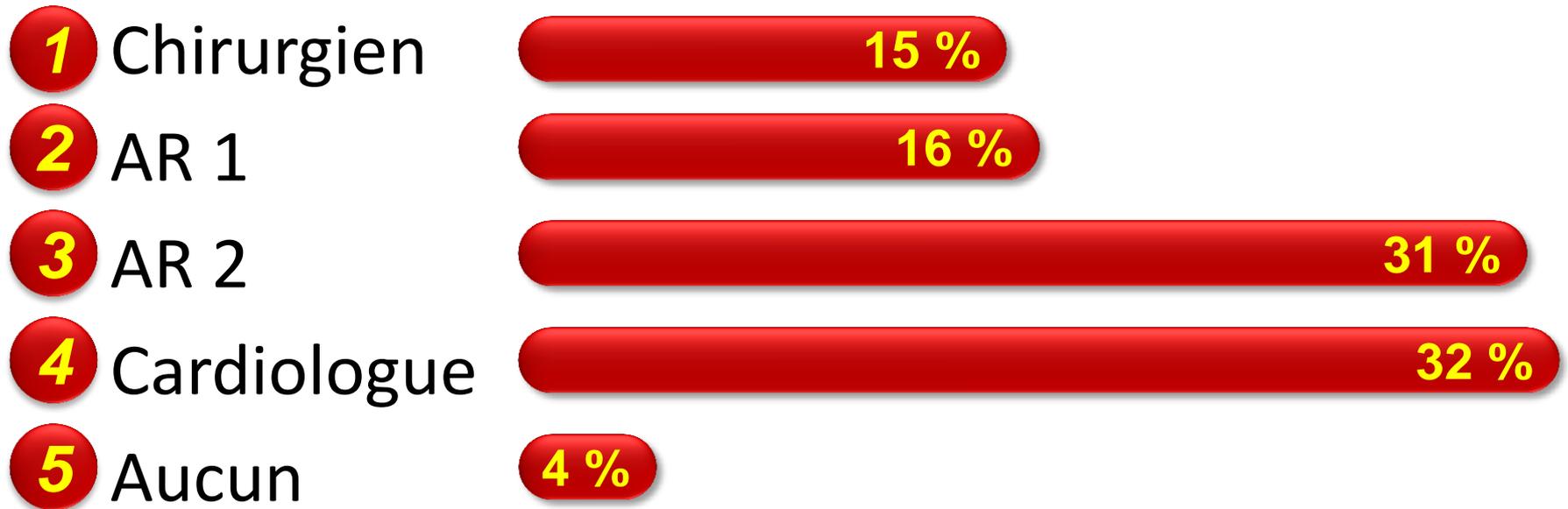
- Chirurgie sous AG sans problème (AR 2) suivie d'un hématome de hanche (2 concentrés)
- Lovenox 4 000 UI
- Levée à J2 : douleur thoracique
- ECG ? Non ! (chirurgien)
- Fille inquiète, rassurée par le cardiologue
- J4 : retour à domicile/ordonnance : Pradaxa
- J4 à 22h : douleur thoracique, appel SMUR

Suite 2

- Constatation décès
- Autopsie médico-légale : infarctus dans un autre territoire que le stent
- Expertise :

Le cardiologue *pensait que l'aspirine serait reprise immédiatement en postop.*

Qui a été présumé responsable ?



1. DOSSIER

- *Le dossier doit suivre le patient en partant du chirurgien puis de l'AR, être renseigné à chaque étape et être disponible sur le lieu d'hospitalisation H24*
- Nos réponses : transition entre
 - Dossier papier : incomplet, archives centrales (retour en urgences)
 - Dossier numérique : Diane, Easily

2. CPA

- Si, en raison de l'état précaire du patient, la présence d'un AR est souhaitable pour l'intervention même sous AL, le patient doit rentrer dans la *filière anesthésie* (CPA, VPA)
- Nos réponses (HCL) :
 - Cas des topiques en oph.

3. information, dossier

- *Le chirurgien doit noter sur le dossier dont disposera l'AR toutes les infos utiles : nature de l'intervention, coté, posture, durée, risque hémorragique, points particuliers concernant l'état du patient, arrêt ou non des AC ...*
- *Niveau d'information donné au patient concernant sa pathologie. (cancer, pronostic...)*
- Nos réponses :
 - Fiche papier remplie par chir.
 - Pas le niveau d'info

dossier

- *L'AR doit noter sur le dossier partagé la technique choisie, l'équipement et la préparation nécessaire (ALR, péridurale , VVC ...) et la suite prévue (USC , Réa ...)*
- *Les demandes de CS ou examens complémentaires doivent être notés.*
- *Une contre indication temporaire ou définitive doit être expliquée*
- Nos réponses
 - Diane
 - Passage sur Easily

4. Opérabilité

- *En fonction de l'état du patient l'opérabilité du patient peut être discutée en terme de bénéfice /risque et une discussion entre chirurgien et AR peut être nécessaire avant de confirmer la date opératoire*
- Nos réponses :
 - **CPA => RCP ALD++ (EPP)**
 - Réception des Jehova

5. programmation

- *Respect des termes du décret de 1994 sur la sécurité en AR*
- *Le programme doit être validé par Chirurgien, AR et responsable du bloc*
- *Bien noter que cette validation engage les acteurs et que la pression de production programmée doit être ainsi évitée*
- Nos réponses :
 - Vendredi matin pour la semaine suivante (IPOP)

6. changement de programme, rajout, urgence

- *Doivent être protocolisés entre AR, chirurgien et responsable de bloc*
- *Définition de l'urgence et priorisation doivent être précisées*
- Nos réponses :
 - Rajout : Sur IPOP la veille
 - Urgences :
 - Pas de salle dédiée (cout)
 - Salle qui se libère la première

7. Traitement personnel 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 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.*
- Nos réponses :
 - CPA : traitement copié, ordonnance d'arrêt et de relais
 - Entrée : interne du service

8. Permanence des soins

- *Le médecin réfèrent est administrativement celui qui est responsable de l'admission, le plus souvent le chirurgien.*
- *Un planning, connu de tous, doit permettre d'identifier le chirurgien et l'AR de compétence adaptée disponible H24 (notion d'équipe et d'acteurs équivalents pour la continuité des soins)*
- Nos réponses :
 - Patients gérés par le service de chir.
 - 1 interne de garde+1 interne d'astreinte

9. Check-list

- *Dernière barrière, elle est obligatoire et doit être faite en présence du chirurgien et de l'AR*
- *Les temps 2 et surtout 3 doivent permettre d'anticiper les suites opératoires*
- Nos réponses
 - Faite par les IBODE
 - Traitement postop.

10. Qui fait quoi en périopératoire ?

- *Les différents points de la médecine péri opératoire ont fait l'objet de propositions lors des Etats Généraux de la SFAR en 2010 (EGAR) et ont été présentés dans de nombreux congrès de chirurgiens et d'AR par des binômes.*
- *Ces propositions doivent permettre de rédiger une **charte commune***
- Nos réponses
 - ?

11. Sortie

- *Doit être anticipée notamment pour l'ambu (ordonnance d'antalgique remise avant l'admission)*
- *En cas de sortie décidée au dernier moment (volonté du patient, disponibilité de lit...) , le décideur gère la sortie .*
- *Des modèles d'antalgiques, de prophylaxie TE peuvent avoir fait l'objet de discussions préalables entre AR et chirurgien.*
- Nos réponses :
 - Ambulatoire (HCL) : ordonnance en consultation
 - Hospitalisation : interne + rôle du cadre de santé

12. EIAS

- *L'information au patient et la déclaration aux instances adéquates doivent être partagées entre chirurgien et AR*
- Nos réponses :
 - Déclaration informatisée à la CLEI

13. RMM

- *Il faut privilégier les RMM pluridisciplinaires (chirurgien et AR) et pluri professionnelles (avec para médicaux).*
- *La liste d'émargement et le compte rendu doivent être remis à chaque participant et peuvent permettre de valider DPC et /ou accréditation en équipe monodisciplinaire .*
- Nos réponses
 - RMM mensuelles : incidents, recommandations (ex : MTE), non exhaustif, EPP
 - HCL : présence des PH aux EPP conditionne les remboursements de congrès

14. Conseil de bloc

- *Prévu par la loi, il doit être un lieu d'échange et d'organisation.*
- *Les dysfonctionnements doivent être analysés et des actions correctives validées par les chirurgiens, les AR et le responsable de bloc*
- Nos réponses :
 - Conseil : 1/an, tous : informations, qq échanges
 - COCOBO : 1/mois, CDS et cadres : activité, TVO, répartition des salles

15. Éthique et charte

- *Nécessité d'écrire une charte commune validée par tous (CME et établissement)*
- *Le respect mutuel des acteurs doit être à l'origine de ce travail.*
- *La sécurité du patient doit être la priorité absolue.*
- Nos réponses :
 - ?

Autres démarches qualité aux HCL

- 1. patient traceur
- 2. simulation multi professionnelle
 - Prise en charge des patients aigus
 - Intérêt économique ?
- 3. procédures transversales : COMEDIMS
 - Anticoagulants oraux directs
 - Insuline

Conclusion : opposition de paradigmes

