

# Anesthésistes-Réanimateurs et Chirurgiens : Mieux travailler en équipe

Réduire la mortalité péri-opératoire

Asspro Truck 2018

**Patrick-Georges YAVORDIOS**

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

# Déclaration de liens d'intérêts



**ARRES, président délégué**  
**ASSPRO, secrétaire général**



**Cabinet BRANCHET, consultant , directeur médical**

**CFAR, vice président**

**HAS, expert pour l'accréditation**

**SNARF, vice président**



# POURQUOI CE TRAVAIL ?

## ► Enquêtes ENEIS, DRESS 2004 et 2009

- 9,2 EIG pour 1 000 jours d'hospitalisation en chirurgie
- Problème de communication dans 24,1%

## HAS, 2015

## ► Analyse d'Événement 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 %
  - Tâche 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 décèdent dans la semaine, toute chirurgie et tous patients confondus (50 % au 5<sup>ème</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 »**
5. **La performance** face à la complication est **inéegale**
6. **Les équipes** périopératoires doivent travailler leurs **organisations** communes leur **performance**, et notamment la **communication**



## Points-clés , Solutions sécurité du patient

Coopération entre anesthésistes-réanimateurs et chirurgiens :  
Mieux travailler en équipe

SSP de niveau 3 validée par le collège de la HAS le 18 novembre 2015



Fédération de Chirurgie  
Viscérale & Digestive



# Organismes agréés associés



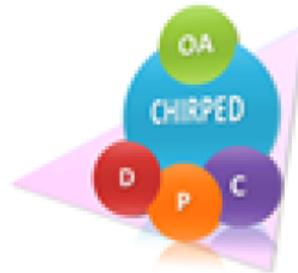
Association française d'urologie



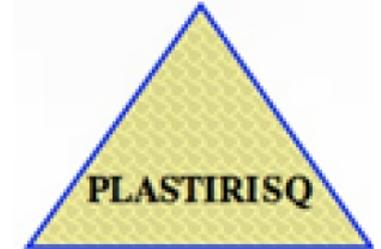
Collège de neurochirurgie



Chirurgie orthopédique  
et traumatologique



Chirurgie infantile



Chirurgie plastique  
reconstructrice



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 des résultats
- ▶ La coopération entre anesthésistes-réanimateurs et chirurgiens s'inscrit dans une **démarche collective de gestion des risques pour assurer la sécurité des patients**

# 1 DOSSIER

- ▶ **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

## 2 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**

- ▶ 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

- ▶ **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
- ▶ Le choix d'une technique d'anesthésie, argumentée en consultation préopératoire et confirmé avant l'intervention lors de la visite pré-anesthésique, est une décision qui engage l'ensemble des acteurs qui seront en situation d'effectuer l'anesthésie

## 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

# 4 OPÉRABILITÉ

- ▶ 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

# 5 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

# 6 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 MÉDICAMENT

- ▶ 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

- ▶ 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

# 9 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

# 10 PÉRI-OPÉRATOIRE, 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 termes :

- ▶ 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 PGY : Les propositions des EGAR de 2010 permettent d'apporter des réponses à la définition des rôles de chacun

# 11 SORTIE

- ▶ **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 **événement 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** pluri-professionnelle pluridisciplinaire des **événements 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

# 15 CHARTE

- ▶ 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

# 15 DE PLUS, 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

# CONCLUSIONS

## 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