

Points-clés et Solutions

HAS

Anesthésistes-réanimateurs et Chirurgiens : Mieux travailler en équipe.

Pr P- M. Mertes (AR) et Pr A. Deleuze (chirurgien)



Fédération de chirurgie
viscérale et digestive



DÉCLARATION DE LIEN D'INTÉRÊT

- PM Mertes : Président du CFAR

Génèse de la SSP 3:Anesthésistes-réanimateurs et Chirurgiens : Mieux travailler en équipe.

- Mai 1994 : CNOM - recommandations concernant les relations anesthésistes-réanimateurs et chirurgiens (actualisées décembre 2001).
- 2009 : enquête ENEIS
- 2014: FCVD : 559 EIAS déclarés en 2012

EIG évitables en cours d'hospitalisation

Causes systémiques identifiées	n (%)
Défaillance humaine	24
Supervision insuffisante	23
Comportement du patient	21
Communication insuffisante entre professionnels	21 (15)
Infrastructures inappropriées	15
Composition inadéquate des équipes	14 (10)
Mauvaise définition de l'organisation des tâches	11 (8)
Défaut de culture qualité	7

33 %

Plus de 1000 déclarations concernent la gestion du patient par l'équipe chirurgien-anesthésiste

- L'absence de coordination anesthésiste-chirurgien au bloc opératoire est à l'origine de nombreuses déclarations d'incidents survenus lors de la **création du pneumopéritoine** ou des **sutures mécaniques** (EPR ciblés et SSP 2012 et 2013)
- Défauts de coordination (EPR non ciblés) : 803 événements analysés
 - **SFCE 2013**
 - **Journée nationale FCVD 2014**

D'après A Deleuze

330 EPR non ciblés (Coordination de l'équipe anesthésiste-chirurgien)

Situations les plus souvent décrites

– Prise en charge pré opératoire

- Bilan pré opératoire incomplet

– Prise en charge per opératoire

- Antibioprophylaxie: non faite, hors délai, hors recommandations
- Absence du MAR ou de l'IADE: gestion multi salles, relèves
- Check list non faite ou mal appliquée

– Prise en charge post opératoire:

- Défauts de prescription et suivi en hospitalisation conventionnelle

D'après A Deleuze

330 EPR non ciblés (Coordination de l'équipe anesthésiste-chirurgien)

Causes systémiques le plus souvent rencontrées

– Défaut de communication au sein de l'équipe:

- Relation anesthésiste-chirurgien
- multiplicité des intervenants en Anesthésie-Réanimation
- Communication entre Anesthésistes-Réanimateurs

– Défaut dans la répartition des tâches, absence de protocole ou protocoles mal appliqués:

- Charte de fonctionnement
- Check list
- Médecin référent et sa responsabilité dans le suivi post opératoire

D'après A Deleuze

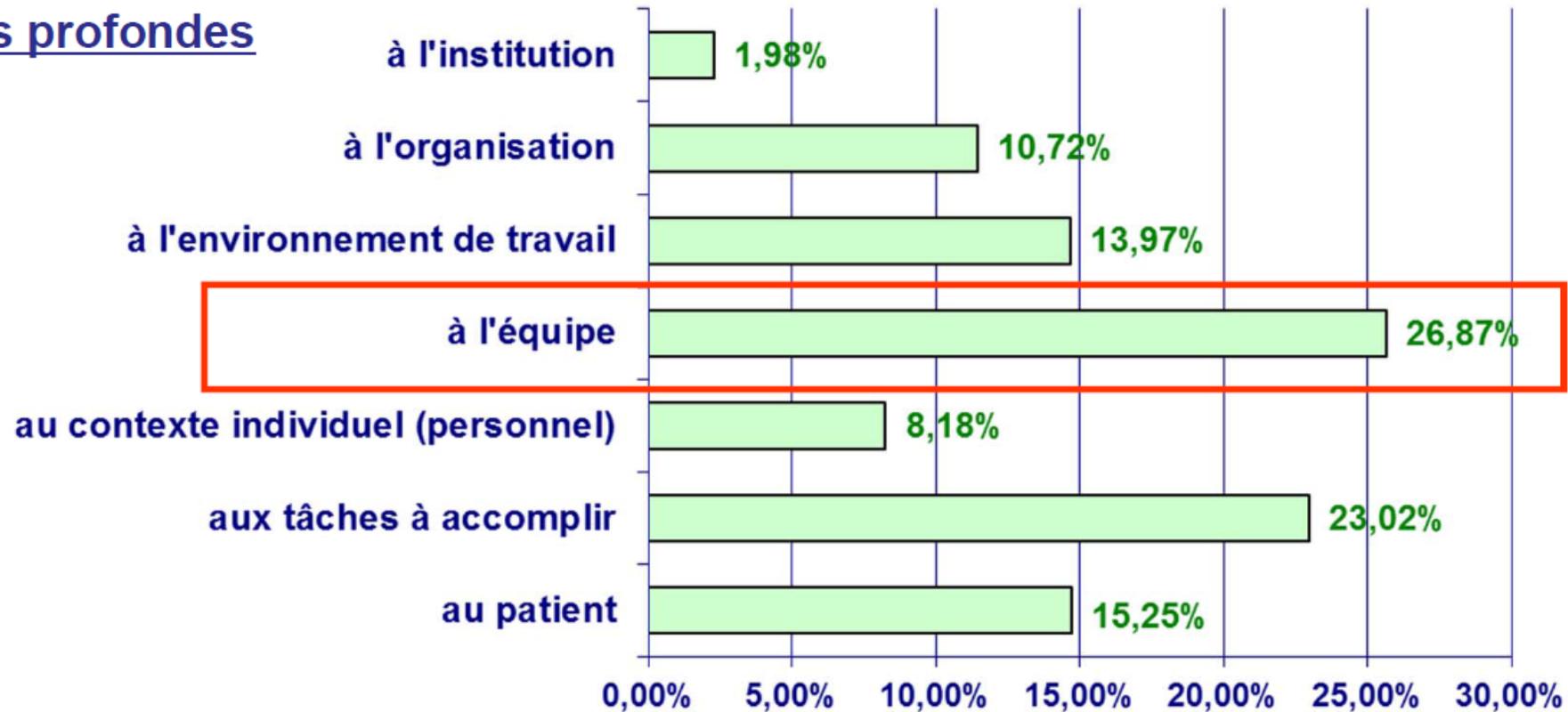
Génèse de la SSP 3:Anesthésistes-réanimateurs et Chirurgiens : Mieux travailler en équipe.

- Mars 2015: HAS : analyse base REX : 47 000 EIAS depuis 2011
- Déficience de communication au sein de l'équipe = cause la plus commune des erreurs médicales graves.

Données de la Base REX de l'Accréditation

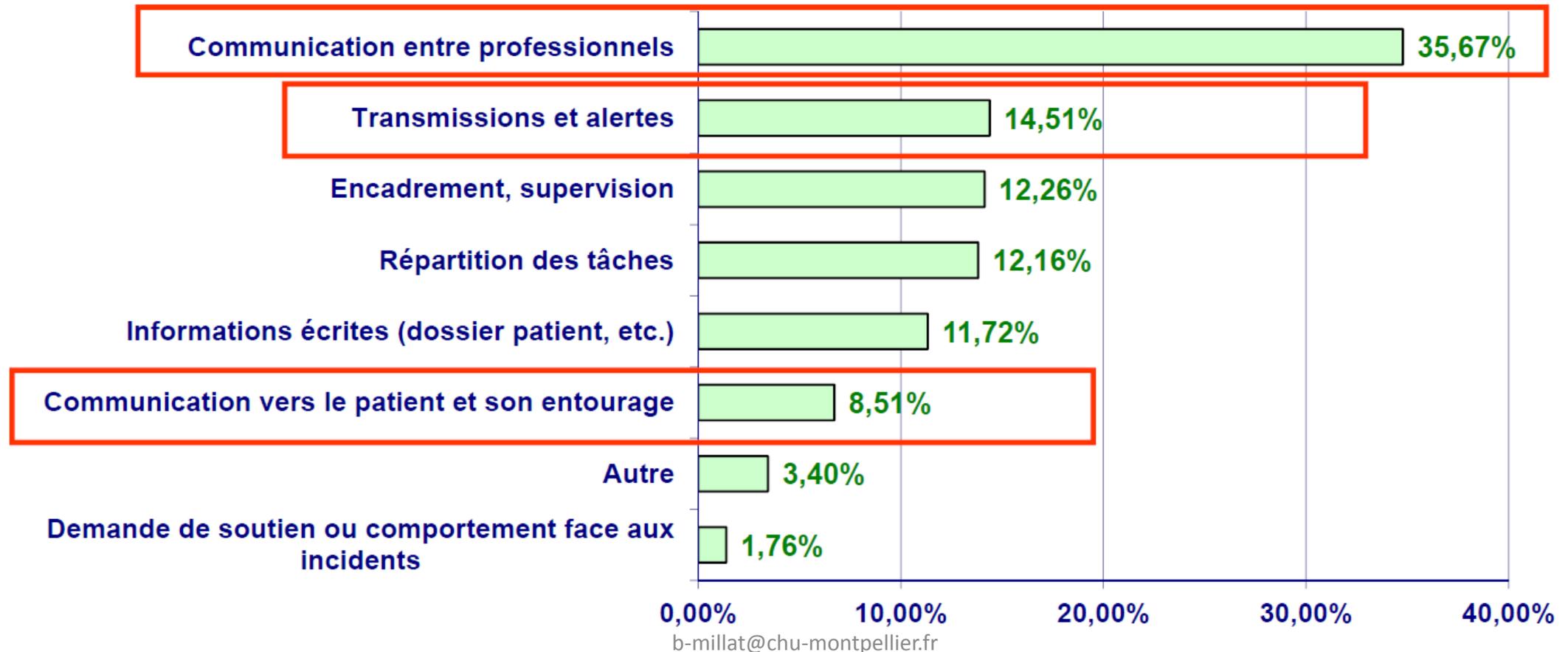
Accréditation des médecins : Répartition **des causes profondes** sur 28705 événements déclarés entre 2011 et 2013 selon les 7 catégories de la **grille ALARM**

Causes profondes liées :



Base REX : Causes profondes liées à « équipe »

Accréditation des médecins: Répartition des causes profondes dans la catégorie « **Causes liées à l'équipe** »



Génèse de la SSP 3:Anesthésistes-réanimateurs et Chirurgiens : Mieux travailler en équipe.

- Initiative de : HAS, CFAR, FCVD, et SFAR
 - 6 organismes agréés : AFU, CFAR, FCVD, Orthorisq, Plastirisq, SFCTCV
 - recherche de solutions concrètes dans le cadre formel défini par la HAS des « solutions pour la sécurité du patient » (SSP).
- Objectif : construire un outil de nature à améliorer l'organisation et la sécurité de la prise en charge péri opératoire en clarifiant les rôles et responsabilités de chacun (Qui fait Quoi ?).

Principes Généraux

- **Anesthésistes** et **Chirurgiens** assument **conjointement** la Qualité des Soins et la Sécurité des Patients dont ils ont la responsabilité.
- Pour gérer la complexité des parcours et répondre aux impératifs de l'organisation, la **définition des rôles et la répartition des tâches** de chacun est nécessaire.
- Les « Points-clés et Solutions » pour la sécurité des Patients » sont un 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.**
- Les « points clés et solutions » listent dans un ordre chronologique les **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.**

1 **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 **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.**

3^a

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^b

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.

3^c

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 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

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

8 **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.

9

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.

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 :

- 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.

11

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.

12

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 L'**analyse** régulière et en équipe pluriprofessionnelle 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 Anesthésistes-réanimateurs et chirurgiens participent au **conseil de bloc opératoire** qui se réunit régulièrement pour organiser le secteur opératoire et résoudre les dysfonctionnements.

15

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.

Amélioration des pratiques professionnelles

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 (cf. annexe)

Étape 4 : décidez ensemble des actions d'amélioration à mettre en œuvre et à suivre. (cf. annexe)

Agenda

- Validation par TOUS les OA (en cours)
(orthorisk, plastirisk...)
- Relecture CNOM (fait)
- Validation collège HAS le 18 novembre 2015
- Promotion et diffusion début 2016



Merci

Pour Votre

Attention