



Coopération entre Anesthésistes-réanimateurs et Chirurgiens

Anesthésistes-réanimateurs et Chirurgiens - Mieux travailler en équipe

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.

Ce document est le fruit d'un travail collectif réalisé au sein des organismes professionnels agréés pour l'accréditation des médecins anesthésistes-réanimateurs et des chirurgiens de différentes spécialités. L'analyse des événements indésirables associés aux soins (EIAS)* déclarés a servi de base à son élaboration et lui donne sa légitimité en termes de préconisations. Elles ne sont pas théoriques mais pratiques.

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.

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.

***Pour en savoir plus, documents complémentaires (rapport d'élaboration, EIAS...) sur le site de la HAS :**

www.has.fr/..... (à compléter plus tard)

Cher(e) Collègue,

Vous êtes médecin anesthésiste-réanimateur ou chirurgien, quel que soit votre secteur d'activité, le respect des points-clés suivants a été identifié comme important pour mieux travailler ensemble et donc améliorer la sécurité de vos patients.

Les points-clés pour une pratique en équipe efficace

N°	Points-clés
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	Lors des consultations préopératoires de chirurgie et d'anesthésie, toutes les informations concernant la période péri-opératoire sont notées dans le dossier du patient afin d'être accessibles à la connaissance de chacun : <ul style="list-style-type: none">- 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, argumenté 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	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 médecin qui en est chargé.

N°	Points-clés
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.
10	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 : <ul style="list-style-type: none"> - 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 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	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. De plus, cette charte rappelle : <ul style="list-style-type: none"> - 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. 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.

Mise en œuvre de la SSP

Les « points clés et solutions » de la coopération entre anesthésistes-réanimateurs et chirurgiens sont un nouvel outil susceptible de s'intégrer dans la politique d'amélioration de la qualité des soins et de la gestion des risques pour les secteurs chirurgicaux et le bloc opératoire, sous la responsabilité de votre CME. Il vise à améliorer le travail en équipe au sein de votre établissement.

Ces « points clés et solutions » ont pour objectif de vous aider à réaliser un diagnostic de vos points forts et de vos opportunités d'amélioration. En évaluant l'existant, les manques ou les écarts aux préconisations proposées, vous pourrez bâtir un plan d'amélioration adapté à la taille de vos équipes, à votre pratique, à votre secteur d'activité et à votre environnement. Il pourra s'agir du renforcement de mesures existantes comme le déroulement des temps 2 et 3 de la check-list ou de la création de barrières de sécurité supplémentaires.

Leur mise en œuvre fera l'objet d'un suivi et si nécessaire d'une évolution. Les organismes agréés pour l'accréditation auront la possibilité de l'intégrer dans leurs propres programmes et de participer à son évaluation.

Un exemple de démarche d'amélioration vous est proposé dans les pages suivantes, il peut être adapté à votre pratique.

Exemple de mise en œuvre

Si vous le souhaitez, vous pouvez à partir de ces points clés, réaliser une démarche d'Amélioration des Pratiques Professionnelles en équipe.

Pour cela :

- **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).

La cotation suivante est proposée :

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, comptes-rendus de réunions, audit, patient traceur etc.*).

N/A : si le critère est non applicable. La non applicabilité doit être justifiée.

Note : Il peut être intéressant et utile de compléter cette étape par un questionnaire d'évaluation de la culture de sécurité de type HSOPSC rempli par chaque membre de l'équipe. (Traduction française par le CCECQA disponible) http://www.has-sante.fr/portail/jcms/r_1497866/fr/developper-la-culture-de-securite

- **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)

Synthèse de l'évaluation

Date :

Noms, prénoms, fonctions (*liste des anesthésistes-réanimateurs et des chirurgiens*) :

Secteur d'activité :

Résultats de l'analyse, points forts, points à améliorer :
(*y compris les résultats de l'enquête culture de sécurité, si disponible*)

Commentaires et plan d'actions (*à compléter par une/des fiche(s) action*) :

Fiche action

N.B. : remplir 1 fiche par action mise en œuvre.

Fiche action n° /	
Action mise en œuvre : Point-clé(s) concerné(s) :	
Objectif	
Description	
Par qui	
Quand	
Comment	
Suivi	
Échéance de mise en œuvre	
Modalités de suivi et d'évaluation	
Responsable du suivi	
Qui	
État d'avancement au : date :.. / .. /	Non fait <input type="checkbox"/> Prévu <input type="checkbox"/> En cours <input type="checkbox"/> Réalisé <input type="checkbox"/> Évalué <input type="checkbox"/>



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ