

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

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 périopératoire sont notées dans le dossier du patient afin d'être accessibles 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, argumenté en consultation préopératoire et confirmé avant l'intervention lors de la visite préanesthésique, 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 postopératoires** 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 risque, 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 postinterventionnelle. 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.

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 postopératoire, 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 postopératoire 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 :

- de prise en charge de la douleur ;
- d'installation du patient au bloc opératoire ;
- de prise en charge de la prophylaxie antithrombotique ;
- 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 postopératoire ;
- 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-réanimateur et chirurgien.

13. 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. 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 :

- 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 évènement 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.

