



ACCRÉDITATION DES MÉDECINS ET DES ÉQUIPES MÉDICALES

RAPPORT D'ÉLABORATION - SSP

Coopération entre
anesthésistes-réanimateurs et chirurgiens

Anesthésistes-réanimateurs et chirurgiens - Mieux travailler en équipe

Cette note est téléchargeable sur :

www.has-sante.fr

Haute Autorité de santé

Service communication – information

5, avenue du Stade de France – F 93218 Saint-Denis La Plaine Cedex

Tél. : +33 (0)1 55 93 70 00 – Fax : +33 (0)1 55 93 74 00

Sommaire

INTRODUCTION	4
ADMINISTRATION DE L'ÉTUDE	5
1. Les promoteurs de l'étude.....	5
1.1. Coordonnées des organismes promoteurs.....	5
1.2. Autres organismes associés.....	5
2. Organisation de l'étude.....	5
2.1. Méthode de travail.....	5
2.2. Modalités de gestion des conflits d'intérêts.....	8
RÉSULTATS DE L'ÉTUDE	9
3. Informations exploitées pour l'étude.....	9
3.1. Analyse d'évènements.....	9
3.2. Analyse de la littérature.....	9
3.3. Autres sources.....	10
4. Description de la situation à risque.....	11
4.1. Contexte de la situation à risque.....	11
4.2. Scénario de survenue de la situation à risque.....	11
5. Description de la solution retenue (cf. points clés et solutions).....	12
5.1. Objectif(s).....	12
5.2. Type de solution envisagée.....	12
5.3. Champ d'application.....	12
6. Validation de la solution et suivi dans le temps.....	12
6.1. Modalités de validation.....	12
6.2. Plan de communication envisagé.....	12
6.3. Modalités de suivi dans le temps.....	12
7. Annexe : littérature.....	13

INTRODUCTION

La qualité du travail en équipe, et notamment de la communication entre anesthésistes-réanimateurs et chirurgiens, représente un enjeu majeur pour la sécurité du patient. Des recommandations concernant les relations entre anesthésistes-réanimateurs et chirurgiens ont été émises dès mai 1994 par le Conseil national de l'ordre des médecins puis actualisées en décembre 2001. Cependant, les dysfonctionnements et défauts de communication au sein de l'équipe persistent et sont des facteurs d'insécurité.

En 2009, l'enquête sur les événements indésirables associés aux soins (ENEIS)¹ a montré que les événements indésirables graves (EIG) qui survenaient pendant l'hospitalisation étaient le plus souvent associés à des actes invasifs, majoritairement des interventions chirurgicales. Le manque de communication entre professionnels était la cause profonde d'EIG le plus souvent retrouvée.

En 2014, la Fédération de chirurgie viscérale et digestive (FCVD) a analysé et rapporté les 776 événements indésirables associés aux soins (EIAS) déclarés par ses adhérents entre 2012 et 2014. Sur 559 événements indésirables déclarés en 2012, 330 (59 %) traitaient de la relation entre anesthésistes-réanimateurs et chirurgiens aux différentes étapes périopératoires : préopératoire (26 %), peropératoire (22 %), et postopératoire (39 %). Une seconde analyse réalisée sur les EIAS déclarés en 2013 et 2014 a confirmé la prépondérance du postopératoire qui avait été observée dans les analyses de 2012 avec, dans 17 % des cas, un défaut de communication entre anesthésistes-réanimateurs et chirurgiens.

En mars 2015, l'analyse par la HAS de la base de retour d'expérience (base REX) du dispositif d'accréditation des médecins, toutes spécialités confondues, a mis en évidence que les facteurs qui étaient le plus souvent en cause dans la survenue de 47 000 événements indésirables associés aux soins (EIAS) analysés depuis 2011 étaient liés à l'équipe (27 % des cas). Parmi ces facteurs liés à l'équipe, les causes le plus fréquemment retrouvées étaient : les difficultés de communication entre professionnels (36,5 %), les défauts de transmission et d'alerte (14,9 %), l'imprécision dans la répartition des tâches (12,1 %) et le manque de traçabilité des informations (11,4 %).

Ces analyses de la base REX établissent la déficience de communication au sein de l'équipe comme la cause la plus commune des erreurs médicales graves.

Ces données ont conduit la FCVD, en collaboration avec la Société française d'anesthésie et de réanimation et le Collège français des anesthésistes-réanimateurs, à communiquer sur le thème de la gestion des risques dans la relation entre anesthésistes-réanimateurs et chirurgiens lors de différents congrès : XX^e congrès de la Société française de chirurgie endoscopique (janvier 2013), V^e journée nationale de la Fédération de chirurgie viscérale et digestive (mars 2014), 116^e congrès de l'Association française de chirurgie à Paris (octobre 2014). Les différents débats ont permis de dégager des pistes de réflexion et ont montré la nécessité et l'intérêt d'un travail pluridisciplinaire et au niveau national sur les relations entre médecins anesthésistes-réanimateurs et chirurgiens des différentes spécialités, afin d'aboutir à des propositions consensuelles.

À l'initiative du Collège français des anesthésistes-réanimateurs (CFAR), de la Fédération de chirurgie viscérale et digestive (FCVD), de la Société française d'anesthésie et de réanimation (SFAR) et sous l'égide de la HAS, 6 organismes agréés (l'Association française d'urologie [AFU], la chirurgie orthopédique et traumatologie [Orthorisq], la chirurgie plastique reconstructrice [Plastirisq] et la Société française de chirurgie thoracique et cardio-vasculaire [SFCTCV]) ont décidé de participer à la recherche de solutions concrètes dans le cadre formel défini par la HAS des « solutions pour la sécurité du patient » (SSP).

L'objectif a été de construire un outil de nature à améliorer l'organisation et la sécurité de la prise en charge périopératoire en clarifiant les rôles et responsabilités de chacun (Qui fait Quoi ?) dans une relation interactive et opérante.

¹ ENEIS : Michel P, Lathelize M, Domecq S, Kret M, Bru-Sonnet R, Quenon J-L, Minodier C, Moty-Monnereau C, Chaleix M, Olier L, Roberts T, Nitro L, Quintard B, 2011 « Les événements indésirables graves dans les établissements de santé : fréquence, évitabilité et acceptabilité ». Études et résultats, DREES, n° 761, mai.

ADMINISTRATION DE L'ÉTUDE

1. Les promoteurs de l'étude

1.1. Coordonnées des organismes promoteurs

- **Fédération de chirurgie viscérale et digestive (FCVD)**
6 rue Pétrarque – 31000 Toulouse
fcvd-oa@orange.fr ; www.chirurgie-viscerale.org
- **Collège français des anesthésistes-réanimateurs (CFAR)**
74 rue Raynouard – 75016 Paris
contact@cfar.org ; www.cfar.org
- **Société française d'anesthésie et de réanimation (SFAR)**
74 rue Raynouard – 75016 Paris
www.sfar.org

1.2. Autres organismes associés

La chirurgie urologique (AFU), la chirurgie orthopédique et traumatologie (Orthorisq), la chirurgie plastique et reconstructrice (Plastirisq), la chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (SFCTCV).

2. Organisation de l'étude

2.1. Méthode de travail

Le thème de la relation entre anesthésistes-réanimateurs et chirurgiens a été abordé en commission risques inter-spécialités (CRIS) en novembre 2013, sous l'angle de « l'éthique de la déclaration et de la gestion des informations – Relations anesthésistes-chirurgiens ». Ce sujet faisait suite à une actualité du **Quotidien du médecin**.

Les débats en CRIS ont montré la nécessité et l'intérêt d'un travail sur le thème des relations entre relations anesthésistes-réanimateurs et chirurgiens au niveau national, afin d'aboutir à une vision partagée par les uns et les autres.

À l'initiative de la FCVD, le thème a fait l'objet d'une session lors de la V^e journée nationale (22 mars 2014) de la chirurgie viscérale et digestive, sous l'intitulé : « Gestion des risques périopératoires : Qui fait Quoi ? », en collaboration avec la SFAR (Société française d'anesthésie et de réanimation) et le CFAR (Collège français des anesthésistes-réanimateurs).

Le thème a ensuite été relayé au 116^e congrès français de chirurgie qui s'est tenu à Paris du 1^{er} au 3 octobre 2014. Ce congrès a permis de dégager des pistes de réflexion.

Enfin, le thème « coopération entre anesthésistes-réanimateurs et chirurgiens » a été retenu par la HAS et approuvé par la CRIS en réunion plénière le 14 novembre 2014. Il a été proposé de développer une SSP de type 3 sur ce sujet en partenariat avec les organismes agréés de l'accréditation (OA), pilotée par un chef de projet de la mission sécurité du patient (conformément aux nouvelles modalités d'élaboration des SSP validées par le Collège de la HAS).

Le groupe de travail s'est alors constitué :

- de 6 organismes agréés (OA) : la FCVD (Fédération de chirurgie viscérale et digestive), le CFAR (Collège français des anesthésistes-réanimateurs), Orthorisq (chirurgie orthopédique et traumatologie), Plastirisq (chirurgie plastique reconstructrice), l'AFU (Association française d'urologie), la SFCTCV (Société française de chirurgie thoracique et cardio-vasculaire) ;
- d'une société savante, la Société française d'anesthésie et de réanimation (SFAR) ;
- d'un cadre supérieur de santé IBODE ;
- d'un représentant des usagers.

Le tableau 1, ci-dessous, présente la composition du groupe de travail.

Tableau 1. Composition du groupe de travail plénier (19 membres)

Nom	Prénom	Organisme
BART	Stéphane	AFU
BONFAIT	Henri	Orthorisq
BONNET	Francis	SFAR / CFAR
DELEUZE	Alain	FCVD
DE RIBEROLLES	Charles	SFCTCV
DUPONT-BIERRE	Éric	FCVD
ECOFFEY	Claude	SFAR
FABRE	Jean-Michel	FCVD
FUSCIARDI	Jacques	CFAR
GRAVIE	Jean-François	FCVD
HEPNER	Yves	Plastirisq
LEDAGUENEL	Patrick	FCVD
LEVY	Michel	CFAR
MERTES	Paul-Michel	CFAR
MILLAT	Bertrand	FCVD
PRETOT	Rose	Cadre supérieur IBODE
RAMBAUD	Claude	Représentant usagers (LIEN)
SLIM	Karem	FCVD
YAVORDIOS	Patrick-Georges	CFAR

Ce groupe de travail (GT) dit plénier s'est réuni une première fois le 4 mars 2015, réunion au cours de laquelle il a défini, de manière consensuelle, l'outil le plus adapté pour les points clés et solutions : une liste de points clés à proposer aux équipes afin de s'interroger sur leurs pratiques. Les promoteurs (FCVD, CFAR et SFAR) ont ensuite élaboré une ébauche des points clés et solutions qui a été soumise au GT plénier pour avis et commentaires.

L'analyse des avis et commentaires des membres du groupe de travail a nécessité deux conférences téléphoniques (30 avril et 4 juin 2015) entre promoteurs de la SSP (FCVD, CFAR/SFAR) et la HAS, afin d'examiner le point de vue de chaque relecteur sur chacun des 18 points clés initialement proposés par leurs auteurs.

À l'issue de cette seconde conférence du 4 juin, une nouvelle version des points clés et solutions remaniée par les promoteurs, version V2, a été proposée au groupe de travail. Parallèlement, elle a été présentée aux conseils d'administration/directoire des 3 promoteurs. Leurs commentaires ont contribué à l'élaboration d'une version V3 de la SSP.

Le GT a été une seconde fois sollicité pour avis et commentaires sur le document V3.

Les commentaires argumentés sur cette version V3 du document ont nécessité une troisième conférence téléphonique promoteurs/HAS, le 30 juillet 2015. Celle-ci a abouti à une version consensuelle V4 de la SSP qui clôt les avis internes au GT constitué notamment de 6 OA sur les 18 du dispositif d'accréditation.

Dans le cadre d'une procédure de concertation associant les organismes agréés (OA), les 12 autres organismes agréés du dispositif d'accréditation qui n'ont pas participé à la production du document ont été sollicités pour une lecture et avis. Parallèlement, deux autres avis ont été sollicités : celui du Conseil national de l'ordre des médecins (CNOM) et celui du Pr André Lienhart, respectivement promoteur et pilote du texte fondateur de 2001 des « *recommandations concernant les relations entre anesthésistes-réanimateurs et chirurgiens, autres spécialistes ou professionnels de santé* ».

Pour finaliser la production de la SSP, une seconde réunion du groupe de travail plénier, le 24 septembre 2015, a été l'occasion de passer en revue tous les avis et commentaires des relecteurs externes au GT, ainsi que les 15 points clés de la relation entre anesthésistes-réanimateurs et chirurgiens. Les échanges sur les différents points de vue ont abouti à une version définitive des « points clés et solutions » de la coopération entre anesthésistes-réanimateurs et chirurgiens.

Cette dernière version a été validée par les membres du GT.

2.2. Modalités de gestion des conflits d'intérêts

Les membres du groupe de travail ont tous réalisé une déclaration publique d'intérêts (DPI). Il n'est pas apparu de conflit d'intérêts concernant le sujet traité. Les DPI sont consultables sur le site de la HAS.

RÉSULTATS DE L'ÉTUDE

3. Informations exploitées pour l'étude

3.1. Analyse d'évènements

- Modalités d'analyse de la base REX

Depuis 2013 l'identification du risque lié à la coopération entre anesthésiste et chirurgien grâce à l'analyse de la base REX s'est effectuée en trois étapes.

- Identification de ce risque lors de l'analyse de deux EPR ciblés : défaut de création du pneumopéritoine et incidents liés à la réalisation de sutures mécaniques. Ces analyses ont été conduites pour l'élaboration des deux premières journées nationales de la FCVD sur ces thèmes en 2011 et 2012. Le défaut de communication entre anesthésiste et chirurgien comme cause systémique de certains incidents décrits a conduit la commission risque de la FCVD à proposer aux experts d'identifier cette cause dans le libellé des nouvelles déclarations analysées, qu'elles soient ciblées ou non ciblées, ainsi que dans l'identification des mots clés de chaque déclaration.

- La deuxième étape s'est faite grâce à cette taxonomie « coopération entre anesthésiste et chirurgien » qui a permis de requêter plus facilement la base de données. De 2011 à 2013 la recherche de cette thématique a permis d'identifier cette situation à risque dans 330 déclarations non ciblées et dans certaines déclarations ciblées majoritairement : pneumopéritoine, sutures mécaniques, anticoagulants (162 EPR) et défaut de transmission d'information jugée critique. Au total 559 EPR ont été identifiés.

- Une troisième étape destinée à la préparation de la journée nationale de la FCVD sur le sujet a permis d'étudier 217 nouvelles déclarations (période 2013-2014) et de comparer cet échantillon à l'échantillon précédent.

3.2. Analyse de la littérature

L'Association française de chirurgie, le collège français des anesthésistes réanimateurs (CFAR), le Conseil national de l'Ordre (CNO), le Conseil national des Universités (CNU), et la Société française d'anesthésie et de réanimation (SFAR) avaient émis des recommandations en 2001 concernant les relations entre anesthésistes-réanimateurs et chirurgiens, autres spécialistes ou professionnels de santé (1). Ces recommandations fixent le rôle et la responsabilité de chaque intervenant dans la prise en charge d'un patient et dans la continuité des soins. Qu'en est-il des données de la littérature ? Une analyse détaillée des articles publiés montre clairement que la relation entre anesthésistes-réanimateurs et chirurgiens a essentiellement été faite dans le cadre du bloc opératoire et de la gestion des conflits entre praticiens. Très peu d'études ont été consacrées à la période préopératoire ou postopératoire. Dans une revue de la littérature en 2007, Katz a estimé que les conflits entre soignants survenaient dans 50 à 78 % des soins, entre médecins dans 38 à 48 %, et consommaient près de 20 % du temps de travail (2).

Les conflits au bloc opératoire sont à l'origine d'une altération de la sécurité des patients (3), d'une surmorbidity (4), d'une surmortalité (5) postopératoire et d'une régression de la qualité des soins (6).

En postopératoire, dans les rares études sur les relations entre chirurgiens et autres soignants, les conflits survenaient essentiellement entre chirurgiens (surtout les plus jeunes) et réanimateurs (7).

La gestion de ces conflits, qu'ils soient au bloc opératoire ou dans les unités de soins (réanimation, unité d'hospitalisation ambulatoire ou conventionnelle), et leur prévention sont fondées sur la communication et l'esprit d'équipe (3-6,8-10). La *Joint Commission on Health Care Quality and Safety* a considéré que l'amélioration de la communication entre les soignants et l'acquisition d'un esprit d'équipe sont les premières règles pour réduire les évènements indésirables associés aux soins (11).

Plusieurs moyens (protocoles de soins communs, apprentissage de gestion des équipes, etc.) peuvent contribuer à améliorer la communication et l'esprit d'équipe entre anesthésistes-réanimateurs et chirurgiens (9). Parmi ceux-ci la *check-list* de sécurité au bloc opératoire prend une place essentielle. Une revue systématique a démontré que son application améliore de manière significative la communication et le travail d'équipe (12). Il est maintenant admis qu'au-delà de ses effets techniques, la *check-list* apparaît comme un outil pour l'équipe opératoire aboutissant à l'amélioration de la qualité des soins.

Au-delà du bloc opératoire, l'amélioration globale de la qualité des soins peut être obtenue par l'implémentation de *check-lists* pour les périodes pré, per et postopératoire. La *check-list* SURPASS a permis de réduire d'un tiers la

morbidité postopératoire (13). Des études futures sont nécessaires pour évaluer la faisabilité de cette *check-list* à grande échelle car elle ne contient pas moins de 64 items à renseigner.

Enfin l'établissement de protocoles communs et partagés entre les différents intervenants est un autre moyen d'appréhender la relation entre anesthésistes-réanimateurs et chirurgiens. Le concept de réhabilitation améliorée qui est un ensemble de mesures périopératoires est un excellent champ d'application de la relation entre tous les soignants, médecins et paramédicaux. Toutes les études dans ce domaine ont montré de manière concordante qu'au-delà du raccourcissement de la durée d'hospitalisation, l'implémentation de ces protocoles de réhabilitation réduisait la morbidité médicale postopératoire et améliorait la convalescence des patients opérés (14,15).

3.3. Autres sources

Deux enquêtes de pratiques ont été réalisées à l'initiative de la FCVD.

- Une enquête de pratique réalisée par la FCVD et le CFAR en janvier 2013 pour la journée de la Société française de chirurgie endoscopique (SFCE) intitulée « Gestion du risque, relation chirurgien anesthésiste », en raison du constat que la période post-opératoire est sans doute la plus vulnérable car la coopération entre anesthésiste et chirurgien n'est pas toujours formalisée et répond aux habitudes de chacun, aux relations et modes de fonctionnement de chaque spécialité. Elle s'adapte au besoin, souvent au cas par cas dans les unités où les champs de responsabilité sont partagés. Elle peut être source de dysfonctionnement : défaut de communication, défaut de prescription, défaut de surveillance... L'objectif du questionnaire était d'évaluer l'impact du temps de partage du troisième temps de la *check-list* sur la pratique au quotidien et d'une manière plus générale d'évaluer les relations entre chirurgien et anesthésiste afin de déterminer qui fait quoi en postopératoire.

Cette enquête a été réalisée auprès de 534 chirurgiens et 294 anesthésistes.

- Une enquête de pratique de la FCVD a été réalisée pour la journée nationale de la FCVD de mars 2014 auprès des 392 chirurgiens participants.

Les résultats de la synthèse de ces deux enquêtes ont été présentés au congrès 2014 de l'AFC.

- **Organisation**

75 % des chirurgiens déclarent ne pas avoir établi dans l'établissement une charte ou un protocole organisant les relations entre anesthésiste et chirurgien. 31 % n'ont aucun échange concernant l'opérabilité du patient avec l'anesthésiste. 72 % des chirurgiens déclarent travailler avec un pool d'anesthésistes, 20 % avec une équipe dédiée, 8 % avec un anesthésiste dédié.

- **Check-list**

35 % des chirurgiens font systématiquement des échanges oraux avant l'incision (2^e temps). 25 % utilisent la *check-list* (3^e temps) de manière partagée et font les prescriptions postopératoires de manière conjointe, alors que 33 % des chirurgiens et anesthésistes ne sont pas convaincus de l'utilité de la *check-list*.

- **Prise en charge postopératoire**

72 % des chirurgiens disent assurer seuls le suivi du patient en hospitalisation conventionnelle. 69 % des échanges concernant la prise en charge des patients entre anesthésiste et chirurgien durant l'hospitalisation se font à la demande. Dans 29 % des cas ces échanges sont systématiques.

- **Dossier médical informatisé**

Pour les personnes interrogées le dossier médical informatisé est une nouvelle source de risque (38 %). Il améliore la prise en charge du patient (26 %). Il n'apporte rien par rapport au dossier papier (21 %). Il permet une meilleure communication entre MAR et chirurgien (14 %).

- **Relation entre anesthésiste et chirurgien**

Elle est qualifiée de bonne ou très bonne dans 78 % des cas. Dans 42 % des cas les chirurgiens ont déploré, au cours des 12 derniers mois, un ou des conflits avec les anesthésistes concernant la prise en charge post-opératoire du patient.

4. Description de la situation à risque

4.1. Contexte de la situation à risque

La situation à risque (SAR) sur le thème de cette SSP n'est pas identifiée en tant que telle dans un référentiel risques de la spécialité, parce que transversale à de multiples SAR.

► Type de prise en charge

Tout type d'intervention chirurgicale, en ambulatoire ou en hospitalisation conventionnelle, est concerné, notamment pour tout acte chirurgical nécessitant un recours à l'anesthésie-réanimation.

► Connaissances antérieures sur ce risque

La communication entre anesthésistes-réanimateurs et chirurgiens, représentant un enjeu majeur pour la sécurité du patient, le Conseil national de l'ordre des médecins a émis, dès mai 1994 puis en décembre 2001(actualisation), des recommandations concernant les relations entre anesthésistes-réanimateurs et chirurgiens.

Mais les dysfonctionnements et le manque de communication au sein de l'équipe persistent et sont des sources importantes d'évènements indésirables.

4.2. Scénario de survenue de la situation à risque

La situation à risque n'est pas identifiée de manière spécifique parce que transversale à de multiples situations. Des scénarios, non exhaustifs, de survenue d'une des situations à risque sont donnés à titre d'exemples.

- Le défaut d'échange entre anesthésiste et chirurgien au bloc opératoire est à l'origine de certains incidents lors de la création du pneumopéritoine (défaut de curarisation, absence de communication sur les difficultés d'intubation entraînant une dilatation gastrique, défaut de surveillance des paramètres d'insufflation et des constantes respiratoires et hémodynamiques...). Il s'agissait d'une cause rare mais les incidents décrits étaient en général graves : perforations d'organes creux (essentiellement estomac), embolies gazeuses, plaies des gros vaisseaux (aorte, VCI). Les préconisations du groupe de travail de la réunion nationale ont alors rappelé la nécessité d'un échange sur les difficultés d'intubation, la nécessité de la présence d'un anesthésiste au moment de la réalisation du pneumopéritoine, la nécessité d'un échange sur les difficultés rencontrées lors de la réalisation du pneumopéritoine.

- Dans le cas des sutures mécaniques, le défaut de coordination entre anesthésiste et chirurgien est essentiellement apparu lors des incidents décrits en chirurgie bariatrique. Sur les 176 déclarations, 67 concernaient des agrafes de sonde dus à l'absence de coordination entre le chirurgien et l'anesthésiste.

L'étude des 559 déclarations d'EIAS montre que 141 (26 %) concernaient le préopératoire, 119 (22 %) le peropératoire, 73 (13 %) le troisième temps de la *check-list* et 214 (39 %) le postopératoire.

Sur la période étudiée, 162 EPR sur 256 concernant les accidents liés à la prescription des anticoagulants et antiagrégants relevaient du sujet : 64 (40 %) concernaient le préopératoire et 98 (60 %) le postopératoire. On dénombrait 30 déclarations (18 %) pour la consultation préopératoire, 34 (21 %) pour la visite préopératoire, 66 (41 %) pour le postopératoire et 32 (20 %) pour la prescription de sortie.

Une autre étude des 217 EPR sur la période 2013-2014, comparée à l'échantillon précédent, indique qu'il existait la même répartition des périodes à risque (pré, per et postopératoires) confirmant la prépondérance du risque postopératoire.

Les causes le plus souvent décrites étaient : une *check-list* mal appliquée (27 %), un défaut de communication entre médecins anesthésistes-réanimateurs (MAR), la multiplicité des intervenants, l'absence de MAR en salle d'opération, un MAR remplaçant (17 %), l'informatisation des dossiers (14 %), un défaut de communication entre MAR, cardiologue et chirurgien (8 %).

Les conséquences qui en découlent sont multiples, avec des conséquences plus ou moins graves pour la sécurité du patient.

5. Description de la solution retenue (cf. points clés et solutions)

La solution proprement dite, points clés et solutions du travail en équipe, est annexée au présent rapport.

5.1. Objectif(s)

L'objectif est de proposer une liste de points incontournables (points clés) constitutifs d'une coopération efficace, afin de faciliter la compréhension des principaux acteurs intervenant dans le secteur d'opérabilité.

5.2. Type de solution envisagée

Les « points clés et solutions » sont accompagnés d'un outil d'amélioration des pratiques professionnelles.

5.3. Champ d'application

Toutes les activités interventionnelles au cours desquelles interviennent les médecins anesthésistes-réanimateurs et les chirurgiens.

6. Validation de la solution et suivi dans le temps

6.1. Modalités de validation

Outre les instances scientifiques des promoteurs (FCVD, CFAR et SFAR) qui ont validé la SSP, 7 organismes agréés (OA) ont soumis la SSP à leurs instances scientifiques respectives qui ont validé la SSP proprement dite points clés et solutions « Coopération entre anesthésistes-réanimateurs et chirurgiens ». Il s'agit des OA suivants (au 05/11/2015) : AFU (Association française d'urologie), Collège de neurochirurgie, OA-Chirped (chirurgie infantile), Orthorisq (chirurgie orthopédique et traumatologie), Plastirisq (chirurgie plastique reconstructrice), SFCTCV (chirurgie thoracique et cardio-vasculaire), Vascurisq (chirurgie vasculaire).

6.2. Plan de communication envisagé

Des communications seront réalisées lors des congrès des spécialités. D'autres canaux de communication sont envisagés : communiqué de presse, webzine, fédérations publiques et privées, présidents de CME, articles professionnels, etc.

6.3. Modalités de suivi dans le temps

- Conformément au décret n° 2006-909 du 21 juillet 2006 et à la décision de la HAS du 11 juillet 2006 relative aux missions des organismes agréés (OA), cette SSP rentre dans le cadre d'une recommandation élaborée par des OA et validée par la HAS. À ce titre, sa mise en œuvre devra être évaluée et une synthèse des informations recueillies devra être communiquée aux instances de gestion des risques afin de permettre aux établissements d'améliorer la gestion de leurs risques (cf. cahier des charges de la procédure d'agrément).
- Pour ce faire, dans un premier temps, la SSP sera intégrée au programme annuel d'accréditation individuelle ou d'équipe sous la forme d'une recommandation générale. Sa mise en œuvre sera requise pour satisfaire aux exigences du dispositif d'accréditation (individuelle ou d'équipe), pour les pratiques impliquant une coopération entre chirurgiens et anesthésistes-réanimateurs.

- Chaque OA est chargé de colliger les déclarations en rapport avec les dysfonctionnements au sein des équipes engagées ou accréditées, malgré la mise en œuvre de cette SSP. Une situation à risque (SAR) inter-spécialités pourrait être proposée par la HAS, et une analyse ultérieure de la base REX sur ce thème envisagée.
- Dans un second temps, il sera possible de réaliser une évaluation de pratiques sur l'utilisation des « points clés et solutions » 18 mois après sa mise en œuvre. Celle-ci pourrait prendre la forme d'une enquête réalisée par les OA avec l'assistance de la HAS (enquête de type Modalisa) et menée auprès des médecins accrédités, en termes de satisfaction (lisibilité, disponibilité de la SSP, quelles améliorations ?...), de connaissances (le contenu de la SSP est-il connu ?), de pratiques (améliorations réalisées, RMM, procédures...), et de résultats.

7. Annexe : littérature

1. Conseil national de l'ordre des médecins. Recommandations concernant les relations entre anesthésistes-réanimateurs et chirurgiens, autres spécialistes ou professionnels de santé. Paris: CNOM; 2001.

<https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/anesth.pdf>

2. Katz JD. Conflict and its resolution in the operating room. *J Clin Anesth* 2007;19(2):152-8.

3. Weldon SM, Korkiakangas T, Bezemer J, Kneebone R. Communication in the operating theatre. *Br J Surg* 2013;100(13):1677-88.

4. Young-Xu Y, Neily J, Mills PD, Carney BT, West P, Berger DH, et al. Association between implementation of a medical team training program and surgical morbidity. *Arch Surg* 2011;146(12):1368-73.

5. Neily J, Mills PD, Young-Xu Y, Carney BT, West P, Berger DH, et al. Association between implementation of a medical team training program and surgical mortality. *JAMA* 2010;304(15):1693-700.

6. Schmutz J, Manser T. Do team processes really have an effect on clinical performance? A systematic literature review. *Br J Anaesth* 2013;110(4):529-44.

7. Paul Olson TJ, Brasel KJ, Redmann AJ, Alexander GC, Schwarze ML. Surgeon-reported conflict with intensivists about postoperative goals of care. *JAMA Surg* 2013;148(1):29-35.

8. Paige JT. Surgical team training: promoting high reliability with nontechnical skills. *Surg Clin North Am* 2010;90(3):569-81.

9. McCulloch P, Rathbone J, Catchpole K. Interventions to improve teamwork and communications among healthcare staff. *Br J Surg* 2011;98(4):469-79.

10. El Bardissi AW, Sundt TM. Human factors and operating room safety. *Surg Clin North Am* 2012;92(1):21-35.

11. Joint Commission. Patient Safety Systems (PS). . Dans: Comprehensive Accreditation Manual for Hospitals. Update 2. Oak Brook: Joint Commission; 2015. p. PS1-PS54.

http://www.jointcommission.org/assets/1/18/PSC_for_Web.pdf

12. Russ S, Rout S, Sevdalis N, Moorthy K, Darzi A, Vincent C. Do safety checklists improve teamwork and communication in the operating room? A systematic review. *Ann Surg* 2013;258(6):856-71.

13. de Vries EN, Prins HA, Crolla RM, den Outer AJ, van Andel G, van Helden SH, et al. Effect of a comprehensive surgical safety system on patient outcomes. *N Engl J Med* 2010;363(20):1928-37.

14. ERAS Compliance Group. The Impact of Enhanced Recovery Protocol Compliance on Elective Colorectal Cancer Resection: Results From an International Registry. *Ann Surg* 2015;261(6):1153-9.

15. Spanjersberg WR, Reurings J, Keus F, van Laarhoven CJ. Fast track surgery versus conventional recovery strategies for colorectal surgery. *Cochrane Database Syst Rev* 2011;(2):CD007635.



Toutes les publications de la HAS sont téléchargeables sur
www.has-sante.fr