

Coopération interdisciplinaire autour d'un geste de radiologie interventionnelle

Mieux travailler en équipe

Juin 2023

La qualité des soins et la sécurité des patients autour d'un geste de Radiologie Interventionnelle (RI) impliquent un grand nombre d'intervenants, chacun ayant une 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 sont nécessaires.

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 du travail des radiologues experts et responsables d'équipes impliqués dans le programme d'accréditation en lien avec l'ODPC-RIM. Le document est inspiré de celui publié sur l'amélioration des relations entre chirurgiens et anesthésistes. 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 patient pris en charge en radiologie interventionnelle, 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 radiologues, les anesthésistes-réanimateurs et les médecins des services d'hospitalisation.

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.



Promoteurs



Contributeurs à la SSP

Samia Belkacem, Claire Boutet, Caroline Mandoul, Anne Mebazaa, Laurent Milot, Jean-Yves Tanguy, Francine Thouveny, Jean-Christophe Thibaud,

Sous la direction et relecture

Jean-Paul Beregi, Céline Chardon

Cher(e) collègue,

Vous êtes médecin radiologue, anesthésiste-réanimateur, oncologue, spécialiste d'organe, 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 de radiologie interventionnelle en équipe efficace

1. Le dossier du patient est consultable dans l'établissement de santé où le patient est soigné. 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 **une voire deux consultations préopératoires : une en radiologie interventionnelle (obligatoire) et une anesthésique (si acte réalisé avec une Anesthésiste).**

3. Lors des consultations de radiologie et d'anesthésie pré-interventionnelles, **toutes les informations** concernant la période péri-opératoire sont notées dans le dossier du patient afin d'être accessibles à la connaissance de chacun :

- **Le radiologue note dans le dossier, pour en informer l'anesthésiste si impliqué, 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 radiologue, 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 radiologue : 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 de radiologie interventionnelle et/ou anesthésique doit être tracée, motivée et expliquée en temps utile aux acteurs de soins concernés.

4. En cas de situation complexe, l'appréciation de l'**opérabilité** du patient est établie au terme des consultations radiologique et si besoin d'anesthésie, en lien avec l'éventuelle réunion de concertation multidisciplinaire. Elle doit être tracée selon les modalités propres au secteur d'activité.

5. La programmation de l'acte interventionnel est établie conjointement par les radiologues, le service de programmation de radiologie interventionnelle, les anesthésistes-réanimateurs si besoin et le service d'hospitalisation si besoin, en tenant compte notamment des impératifs d'hygiène, de sécurité et d'organisation du fonctionnement du secteur de radiologie interventionnelle ainsi que des possibilités d'accueil en surveillance postopératoire.

6. Les modalités de **changement de programme, de rajout de patients non programmés** et notamment des urgences sont définies après concertation entre radiologues, anesthésiste-réanimateur si impliqué et la (ou le) responsable de l'organisation du secteur de radiologie interventionnelle. Dans le cas d'un plateau technique mutualisé, des règles communes de priorisation des urgences selon des critères médicaux validés par l'ensemble des radiologues interventionnels, en lien avec les anesthésistes-réanimateurs le cas échéant. Ces règles communes de priorisation doivent être formalisées au sein d'une Charte de fonctionnement.

7. Les règles de continuité du **traitement personnel du patient** (conciliation médicamenteuse) sont définies, et précisent notamment le médecin qui en est chargé, le plus souvent le radiologue interventionnel.

8. L'organisation du secteur d'activité permet à tout moment et pour tout patient ayant bénéficié d'un geste de radiologie interventionnelle ou sous surveillance médicale, l'**identification du radiologue et si impliqué l'anesthésiste-réanimateur** qui assureront les soins. La continuité des soins jusqu'à la sortie, les visites et la surveillance post opératoire, y compris pendant les périodes vulnérables (nuit, week-end, jours fériés) doivent faire l'objet d'une protocolisation propre à chaque centre, chaque acte et personnalisé par patient.

9. La *check-list* « sécurité du patient au bloc RI » est réalisée pour chaque intervention en présence du radiologue si impliqué de l'anesthésiste-réanimateur, 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 radiologue dès la fin de l'intervention (temps 3 de la *check-list* « sécurité du patient au bloc de RI ») et sont consignés dans le dossier du patient.

10. Les procédures et protocoles d'offres de soins proposées aux patients font l'objet d'un consensus entre les radiologues, et les personnes impliquées comme les médecins anesthésistes-réanimateurs, et l'équipe du service d'hospitalisation. 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 de radiologie interventionnelle ;
- 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 événement indésirable associé aux soins, sa déclaration et l'information qui sera donnée au patient et/ou au représentant légal sont en principe assurées par le radiologue opérateur de l'acte en lien avec le médecin du service d'hospitalisation et l'anesthésiste-réanimateur.

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. Des rencontres régulières entre responsables médicaux (radiologues et si impliqués anesthésistes, correspondants médicaux et/ou chirurgicaux) sont organisées autant que de nécessaire. Elles permettent adaptation aux Nouvelles techniques et recommandations.

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 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

Cette SSP, coopération entre les différents médecins participant aux soins du patient (radiologues, anesthésistes-réanimateurs, oncologue, médecin d'organe) est 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 de radiologie interventionnelle, sous la responsabilité de votre CME. Elle 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 par rapport 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)

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 médecins présents (radiologues, anesthésistes-réanimateurs, etc)) :

Secteur d'activité :

Résultats de l'analyse, points forts, points à améliorer :

(y compris les résultats de l'enquête culture de sécurité, si disponibles)

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

Fiche action

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

Action mise en œuvre : Point(s)-clé(s) concerné(s) :	
Objectif	
Description	
Qui	
Quand	
Comment	

Suivi

Échéance de mise en œuvre

Modalités de suivi
et d'évaluation

Responsable du suivi

Qui

État d'avancement: ☐ Non fait ☐ Prévu ☐ En cours ☐ Réalisé ☐ Évalué

date:

