

QUI FAIT QUOI en péri opératoire dans mon établissement?

P Maurette
F Sztark

→ **3,2%** de décès à J7 en France

→ On est loin du 10^{-5} ou 10^{-6} du per opératoire...

→ Triade mortelle:

› BIS < 45

› MAC < 0,8

› PAM < 75



Mortalité X 4

ENEIS 2004- ENEIS 2009

EIG causes d'hospitalisation

- Entre 330 000 et 490 000 séjours causés par des EIG par an
 - dont entre 160 000 et 290 000 évitables

EIG survenus pendant l'hospitalisation

- Entre 270 000 et 390 000 EIG par an
 - dont entre 95 000 et 175 000 évitables



La sécurité du patient :

Événements indésirables associés aux soins et politique de réduction des risques



Aucune différence entre 2004 et 2009

Nous ne progressons pas...pas encore

1^{er} exemple: hématorachis

- 54ans, 120kg, BMI= 39
- Spondylolistésis L4-L5
- Lovenox 0.4X2 en post op
- Hémato rachis
- Retard au diagnostic
- Conflit Chir- Anesth
- Procédure médico judiciaire



2^{ème} exemple: infarctus mésentérique

- 80 ans, coxarthrose, PTH
- HTA, Kardégic, statine
- Très entouré, femme + filles
- Fatigué ++ en post op
- Famille très inquiète
- Douleur abdo= inextimable
- Oligurie = lasilix
- Diarrhée = immodium
- Collapsus et décès à J+4
- Procédure médico judiciaire



3^{ème} exemple : sténose de stent

- M. X., 70 ans
- ATCD AVC et SCA (5 ans auparavant)
- Angioplastie (endoprothèse coronaire active sur IVA et IVP)
- Sous Aspirine + Clopidogrel plusieurs mois puis Clopidogrel seul

- Intervention programmée : Prothèse total du genou
- u en Consultation cardio : *arrêt du PLAVIX 5 jours plein avant la date prévue de l'intervention à remplacer par du KARDEGIC 75 mg 1 sachet tous les jours.*
- Intervention réalisée sans problème, reprise du Clopidogrel à la sortie du patient

- 6 mois après PTG genou controlalétral

3^{ème} exemple : sténose de stent

- 6 mois après PTG genou controlatéral
- CPA (Anesthésiste 1) : Stop Plavix 5 jours avant et relais par Kardegic 75mg/J. Stop Coversyl la veille de l'intervention
- Visite préanesthésique (Anesthésiste 2) la veille à son arrivée : confirmation du relais périopératoire par Kardegic

- Intervention sans problème (Anesthésiste 3)
- Prescription postopératoire (non signée) : reprise Coversyl, Lovenox, le Kardégic n'est pas prescrit

- 15 jours SCA : thrombose du stent sur l'IVA

3^{ème} exemple : sténose de stent

- **feuille de prescription non conforme aux recommandations** : pour qu'une prescription puisse être exécutée par le personnel infirmier, il faut qu'elle soit rédigée par le médecin, datée, et signée de façon identifiable.
- Le Kardégic n'a pas été arrêté de façon explicite, mais celui-ci n'a pas été prescrit au cours de l'hospitalisation du patient, qui ne l'a donc pas reçu. De facto, **prescription de façon implicite l'arrêt du Kardégic.**

3^{ème} exemple : sténose de stent

- Pour le chirurgien orthopédiste : il gère ce qui correspond à sa spécialité, soit le suivi post-opératoire de l'acte chirurgical, et la gestion des traitements anticoagulants. Par contre, il ne gère pas les traitements antiagrégants plaquettaires, qui dépassent son champ de compétence.
- Pour le médecin anesthésiste, l'ensemble des prescriptions relève du médecin référent, soit en l'occurrence le chirurgien, celui-ci pouvant faire appel au médecin anesthésiste s'il le désire à tout moment.
- Pas de visite organisée par les médecins anesthésistes des patients hospitalisés. Le médecin anesthésiste d'astreinte passe dans le service voir les patients la veille de l'intervention et est disponible pour intervenir à la demande des chirurgiens ou des infirmières quand un problème se pose.

3^{ème} exemple : sténose de stent

- Groupe experts SFAR : Discussion pluridisciplinaire (cardiologue, spécialiste de l'hémostase, chirurgien, anesthésiste) préalable. Le médecin anesthésiste n'est pas désigné comme seul responsable de la gestion du traitement antiagrégant plaquettaire.
- La gestion des différentes thérapeutiques des patients opérés devrait être l'objet d'un consensus entre médecins anesthésistes et chirurgiens.

CHECK-LIST

« SÉCURITÉ DU PATIENT AU BLOC OPÉRATOIRE »

Version 2011 - 01



Identité visuelle
de l'établissement

Bloc : Salle :
Date d'intervention : Heure (début) :
Chirurgien « intervenant » :
Anesthésiste « intervenant » :
Coordonnateur(s) check-list :

Identification du patient
Etiquette du patient ou
Nom, prénom, date de naissance

AVANT INDUCTION ANESTHÉSIQUE	
Temps de pause avant anesthésie	
1	L'identité du patient est correcte : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non*
2	L'intervention et site opératoire sont confirmés : • idéalement par le patient et dans tous les cas, par le dossier ou procédure spécifique <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* • la documentation clinique et para clinique nécessaire est disponible en salle <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non*
3	Le mode d'installation est connu de l'équipe en salle, cohérent avec le site / intervention et non dangereux pour le patient <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non*
4	La préparation cutanée de l'opéré est documentée dans la fiche de liaison service / bloc opératoire (ou autre procédure en œuvre dans l'établissement) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* <input type="checkbox"/> N/A
5	L'équipement / matériel nécessaire pour l'intervention est vérifié et ne présente pas de dysfonctionnements • pour la partie chirurgicale <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* • pour la partie anesthésique <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* <i>Acte sans prise en charge anesthésique</i> <input type="checkbox"/> N/A
6	Vérification croisée par l'équipe de points critiques et mise en œuvre des mesures adéquates : Le patient présente-t-il un : • risque allergique <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui* • risque d'inhalation, de difficulté d'intubation ou de ventilation au masque <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui* • risque de saignement important <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui*

AVANT INTERVENTION CHIRURGICALE	
Temps de pause avant incision	
7	Vérification « ultime » croisée au sein de l'équipe, en présence des chirurgien(s) – anesthésiste(s) / IADE – IBODE / IDE • identité patient confirmée <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* • intervention prévue confirmée <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* • site opératoire confirmé <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* • installation correcte confirmée <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* • documents nécessaires disponibles (notamment imagerie) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* <input type="checkbox"/> N/A
8	Partage des informations essentielles, oralement au sein de l'équipe sur les éléments à risque / étapes critiques de l'intervention (Time out) • sur le plan chirurgical (temps opératoire difficile, points spécifiques de l'intervention, identification des matériels nécessaires, confirmation de leur opérationnalité, etc.) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* • sur le plan anesthésique (risques potentiels liés au terrain ou à des traitements éventuellement maintenus, etc.) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* <i>Acte sans prise en charge anesthésique</i> <input type="checkbox"/> N/A
9	L'antibioprophylaxie a été effectuée selon les recommandations et protocoles en vigueur dans l'établissement <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* La préparation du champ opératoire est réalisée selon le protocole en vigueur dans l'établissement <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* <input type="checkbox"/> N/A

N/A : quand le critère est Non Applicable pour cette intervention
N/R : quand le critère est Non Recommandé pour cette intervention

APRÈS INTERVENTION	
Pause avant sortie de salle d'opération	
10	Confirmation orale par le personnel auprès de l'équipe : • de l'intervention enregistrée, <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* • du compte final correct des compresses, aiguilles, instruments, etc. <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* <input type="checkbox"/> N/A • de l'étiquetage des prélèvements, pièces opératoires, etc. <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* <input type="checkbox"/> N/A • si des événements indésirables ou porteurs de risques médicaux sont survenus : ont-ils fait l'objet d'un signalement / déclaration ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* <input type="checkbox"/> N/A <i>Si aucun événement indésirable n'est survenu pendant l'intervention, cochez N/A</i>
11	Les prescriptions pour les suites opératoires immédiates sont faites de manière conjointe entre les équipes chirurgicale et anesthésiste <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non*
DÉCISION CONCERTÉE EN CAS DE NON-CONFORMITÉ OU DE RÉPONSE MARQUÉE D'UN *	
SELON PROCÉDURE EN VIGUEUR DANS L'ÉTABLISSEMENT	
Attestation que la check-list a été renseignée suite à un partage des informations entre les membres de l'équipe	
Chirurgien	Anesthésiste / IADE
Coordonnateur CL	

LE RÔLE DU COORDONNATEUR CHECK-LIST, SOUS LA RESPONSABILITÉ DU (DES) CHIRURGIEN(S) ET ANESTHÉSISTE(S) RESPONSABLES DE L'INTERVENTION, EST DE NE COCHER LES ITEMS DE LA CHECK-LIST QUE

(1) SI LA VÉRIFICATION A BIEN ÉTÉ EFFECTUÉE, (2) SI ELLE A ÉTÉ FAITE ORALEMENT EN PRÉSENCE DES MEMBRES DE L'ÉQUIPE CONCERNÉS ET

(3) SI LES NON-CONFORMITÉS (MARQUÉES D'UNE *) ONT FAIT L'OBJET D'UNE CONCERTATION EN ÉQUIPE ET D'UNE DÉCISION QUI DOIT LE CAS ÉCHÉANT ÊTRE RAPPORTÉE DANS L'ENCART SPÉCIFIQUE

QUI FAIT QUOI en post opératoire?

- Question du juge à l'expert:
- « d'indiquer la part imputable à chacune des causes, ou à chacun des facteurs de risques, **permettant de distinguer l'imputabilité et la réparation des chefs de préjudice à l'un ou l'autre des intervenants** »
- **En clair:** Qui fait quoi? Comment, moi juge, vais-je devoir partager les responsabilités?

QUI FAIT QUOI en post opératoire?

1. Le chirurgien?
2. L'anesthésiste réanimateur ?
3. L'assistant de médecine générale?
4. Une organisation interne fiable et simple

QUI FAIT QUOI en post
opératoire?

~~1° Le chirurgien ?~~

QUI FAIT QUOI en post opératoire?

2° L'anesthésiste réanimateur :

- › Alors vous êtes riche
 - Car différentiel E/S dans la discipline négatif pour encore 3 ou 4 ans
- › Attention: c'est pour une semaine au moins, continuité des soins
- › Ou alors vous vous trichez:
 - MAR « étage » + consultations (les urgences? les non programmés? les consultations programmées d'anesthésie?)
 - MAR «étage » + consultations + Péri/césar + CEE + radio? + réunions?
 - Attention à l'effectif complet et à l'effectif restreint
 - organisation dégradée

QUI FAIT QUOI en post opératoire?

3° L'assistant de médecine générale :

- › Alors vous êtes moyennement riche:
- › C'est bien
- › Mais vous perdez :
 - de la compétence
 - du plaisir
 - de l'attractivité

QUI FAIT QUOI en post opératoire?

4° Vous êtes organisés :

- Référence de la HAS: manuel d'accréditation HAS V2 référence 37 :

« le fonctionnement des secteurs d'activités interventionnelles fait l'objet d'une organisation formalisée par les professionnels concernés validée par les instances de l'établissement et connue de tous »

- › Charte de fonctionnement?
- › Consultation sur appel/ bon de consult?
- › Visites communes anesth-réa et chirurgien?
- › Visite de l'anesthésiste?
 - Tous les patients?
 - Visite ciblée?
- › Staff quotidien commun?

Propositions de prise en charge de la
médecine péri opératoire présentées
lors des EGAR de la SFAR en juin 2010
après réflexion du comité vie
professionnel



Définir ce que veut faire l'équipe d' AR

Exemple de *questionnaire adressé à chaque AR*

- 1/ prise en charge par les AR de la PTE préop (bas ATE, HBPM...)
- 2/ prise en charge par les AR de la PTE post op (étage , ordo de sortie)
- 3/ prise en charge de la DPO
- 4/ prise en charge de la douleur chronique (patient non opéré)
- 5/ prise en charge de l' antibioprophylaxie
- 6/ prise en charge de l' antibio curative (post op)
- 7/ gestion du sang (EPO,TAP, correction anémie) préop
- 8/ correction anémie post op
- 9/ prise en charge des relais AVK, AP, HBPM pré op
- 10/ prise en charge des relais AVK, AP, HBPM post op
- 11/ prescription de la réa post op 24h sur la feuille d' anesthésie puis stop
- 12/ remplissage informatisé des médicaments à prendre à l' arrivée du patient
- 13/ remplissage informatisé des médicaments à prendre en post op
- 14/ visite étage quotidienne, voir tous les opérés
- 15/ visite étage quotidienne, patients ciblés (J1, sortants, demande des IDE...)
- 16/ pas de visite, AR d' astreinte consultant sur appel du médecin référent du patient

Signature :

Rédaction d'un protocole de fonctionnement :

Les pré-requis

- Recommandation éditée par l'Ordre National des Médecins de Décembre 2001:

« recommandations concernant les relations entre anesthésistes réanimateurs et chirurgiens et autres spécialistes ou professionnels de santé »

- Référence de la HAS : manuel d'accréditation HAS V2 référence 37 :

« le fonctionnement des secteurs d'activités interventionnelles fait l'objet d'une organisation formalisée par les professionnels concernés validée par les instances de l'établissement et connue de tous »

Objectifs et champ d'application

- Définir le **rôle de chaque praticien** dans la prise en charge d'un patient
- Optimiser la **coordination** des soins
- Eviter les prescriptions **contradictaires**
- Identifier le **médecin référent**, interlocuteur du personnel paramédical
- Concerne **tous les secteurs** d'hospitalisation
- La réanimation, la surveillance continue et le service d'urgence sont l'objet de **protocole particulier**

Les grands thèmes :

Douleur

- **Douleur postopératoire (DPO)**

Prise en charge par l'AR selon les protocoles de la structure de soin

Ordonnance de sortie faite par le médecin référent

- **Douleur chronique et aiguë pour un patient non opéré**

Prise en charge par le médecin référent selon les protocoles de la structure de soin

Les grands thèmes : **Prévention de la maladie thromboembolique**

■ **Phase pré opératoire**

Prise en charge par le médecin référent du patient (prescription de bas de contention par exemple)

■ **Phase péri opératoire**

- Pendant l'hospitalisation, prise en charge par l'AR ou le référent selon la spécialité conformément aux recommandations de la checklist de la HAS 2010
- Rédaction de l'ordonnance de sortie faite par le médecin référent aidé dans son choix par l'AR qui précise notamment la durée et les surveillances nécessaires
- Implication possible du médecin traitant.

Les grands thèmes : **Infectieux**

■ **Antibioprophylaxie**

par AR et chirurgien selon un protocole établi à partir des reco SFAR 2010

■ **Antibiothérapie curative**

- Préopératoire par médecin référent
- Per opératoire, prescription conjointe AR et chirurgien conformément aux recommandations de checklist de la HAS
- Post opératoire par le médecin référent selon des protocoles de soins

Les grands thèmes : **Gestion de l'anémie**

■ **Pré opératoire**

Epargne sanguine, EPO, commande de sang pour l'intervention prise en charge par AR

■ **Per opératoire**

Prise en charge par AR en rappelant la nécessité d'une coopération avec le chirurgien selon les recommandations de la check list HAS (*partage pré et per opératoire des informations sur le risque hémorragique de l'intervention*)

■ **Post opératoire**

- Prise en charge conjointe du chirurgien et de l'AR.
- Le premier praticien ayant connaissance d'une anémie nécessitant une transfusion est responsable de la prescription (*paragraphe 4.9 des recommandations de l'Ordre des Médecins*)

Les grands thèmes :

Gestion des AVK, des anti plaquettaires et de tous les médicaments anti thrombotiques ou hémostatiques

- **Pré opératoire**

Prise en charge par l'AR après discussion pluridisciplinaire (AR, chirurgien, cardiologue) pour les AVK, les AP dans les situations à risque (*RFE SFAR 2006*) et la *substitution des déficits de l'hémostase congénitaux ou acquis*

- **Post opératoire**

Prise en charge conjointe

Les grands thèmes :
Hydratation et réalimentation post opératoire,

- Prise en charge **conjointe** entre AR et médecin référent
- Prescription des 1^{ères} 24 H par AR
- Arrêt ou suivi par médecin référent pour les cas simples
- Les réanimations lourdes ne sont pas concernées par ce protocole (USC ou Réa)

Les grands thèmes :

Prescription des traitements personnels des patients dans le cadre du circuit du médicament Notamment via logiciel informatique

- **Pré opératoire**

Prescription par médecin référent et AR pour les médicaments interférents avec l'anesthésie

- **Post opératoire**

Prise en charge conjointe selon les recommandations de la checklist de l' HAS 2010

Visite postopératoire en service d'hospitalisation

L'AR est notamment concerné par :

➤ **Les opérés à J1**

dans le cadre de la prise en charge de complications liées à l'anesthésie, suivi d'ALR

➤ **Les patients pour lesquels une prescription doit être effectuée**
selon la répartition des tâches concernées par ce protocole

➤ **Les patients** qui développent une *complication post opératoire*
qui nécessite l'intervention spécifique de l'AR

Demande d'avis par médecin référent : AR consultant

- En dehors du cadre fixé par la répartition des tâches
- Par appel direct du médecin référent
- Avec un dossier médical dument renseigné
- L'AR répondra en fonction de son champ de compétence
- Les conclusions de cette consultation seront écrites dans le dossier du patient

Conclusions

- Le protocole devra être rédigé en **tenant compte des souhaits et des ressources humaines** de chaque équipe.
- Il est souhaitable de **décliner ce protocole par spécialité** en tenant compte des spécificités de chaque pratique.
- **Il devra être validé par la CME** après discussion entre les AR et les divers spécialités
- Ainsi ces propositions ne sont pas des « recommandations » mais des **alertes** sur des points nécessaires à la bonne prise en charge des patients