

# Qui fait quoi en périopératoire dans mon établissement ?

**Dr Thomas Rimmelé**  
**thomas.rimmele@chu-lyon.fr**

Département d'Anesthésie-Réanimation  
Pavillons P Réanimation – V Anesthésie  
Hôpital Edouard Herriot, Lyon

Janvier 2013

# PLAN

I) Relation anesthésie-réanimation et médecine périopératoire.

II) Comment optimiser la médecine périopératoire au sein d'un établissement ?

# Conflits d'intérêts

- Je suis anesthésiste-réanimateur !

# Objectifs de la présentation

- Comprendre l'importance de la médecine périopératoire
  - pour le patient
  - pour la spécialité « anesthésie-réanimation »
  
- Comprendre comment organiser et optimiser la médecine périopératoire

# **I) Relation anesthésie-réanimation et médecine périopératoire.**



Volume 108, Number 5, May 2012

*British Journal of Anaesthesia* 108 (5): 723–6 (2012)  
doi:10.1093/bja/oes124

## EDITORIAL I

# Perioperative medicine: the future of anaesthesia?

M. P. W. Grocott<sup>1,2,3\*</sup> and R. M. Pearce<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Anaesthesia and Critical Care Research Unit, University Hospital Southampton NHS Foundation Trust, CE93, Mailpoint 24, Level E, Centre Block, Tremona Road, Southampton SO16 6YD, UK

<sup>2</sup> Integrative Physiology and Critical Illness Group, Clinical and Experimental Sciences, University of Southampton, Southampton SO16 6YD, UK

<sup>3</sup> NIAA Health Services Research Centre, London WC1R 4SG, UK

<sup>4</sup> Intensive Care Medicine, Barts and The London School of Medicine and Dentistry, Queen Mary's University of London, London EC1M 6BQ, UK

\* Corresponding author. E-mail: mike.grocott@soton.ac.uk

---

PERIOPERATIVE MEDICINE

0889-8537/00 \$15.00 + .00

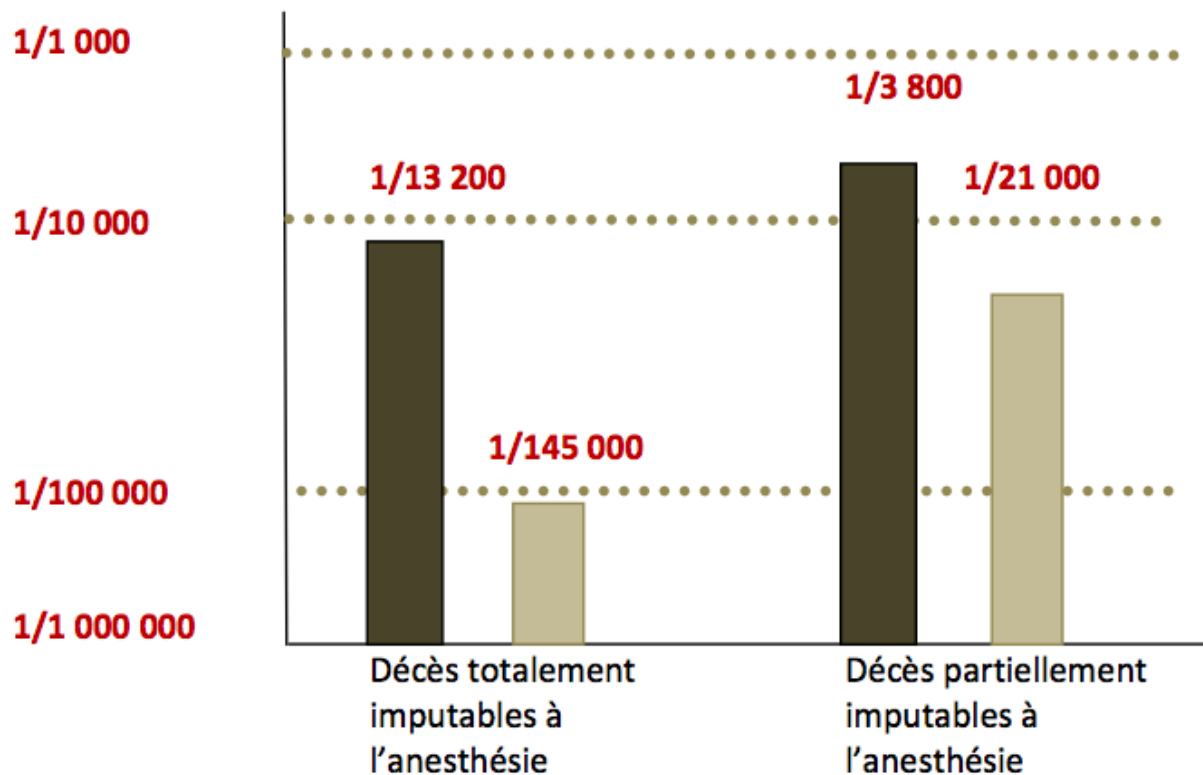
---

THE FUTURE OF  
ANESTHESIOLOGY IS  
PERIOPERATIVE MEDICINE

Peter Rock, MD, MBA

Rock P. Anesthesiology Clinics of North America 2000

# Pourquoi l'émergence de la médecine périopératoire ?



■ 1972 - 1982

■ 1996 - 1999



# Pourquoi l'émergence de la médecine périopératoire ?

- 84 % de la mortalité = 12 % des patients (les plus complexes)



Peut-on améliorer leur pronostic afin de faire encore mieux ?

# Vision globale de la prise en charge

Préopératoire



Peropératoire

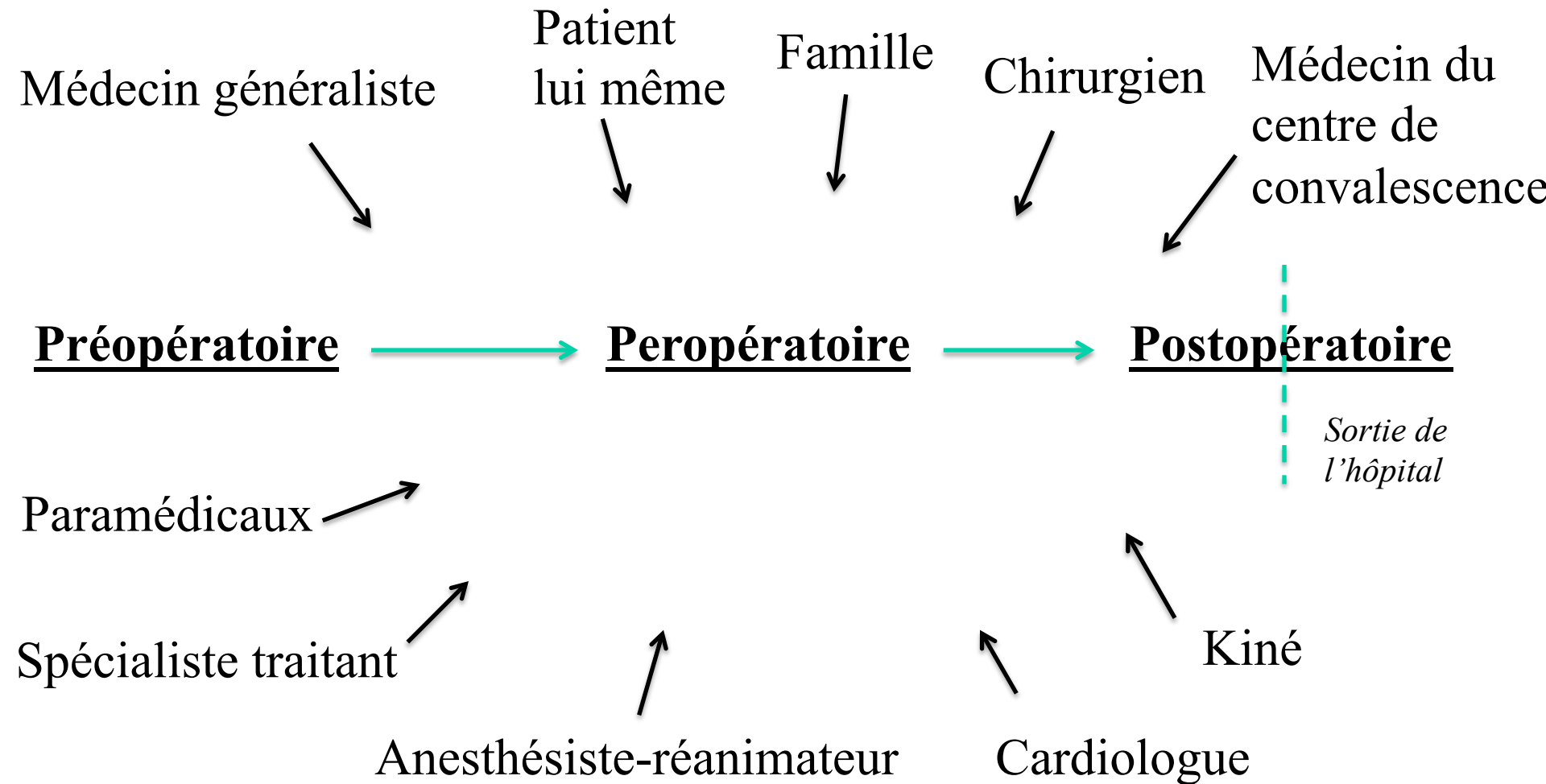


Postopératoire



*Sortie de  
l'hôpital*

# Vision globale de la prise en charge



Prise en charge globale



Notion de « sécurité globale »

- Nous ne nous sommes pas encore tous mis d'accord sur ce qu'est le métier d'anesthésiste-réanimateur !
- Historiquement, l'anesthésie a évolué très rapidement depuis une spécialité uniquement basée sur des procédures techniques vers une spécialité « intellectuelle » où science et recherche sont très présents
- L'anesthésie a toujours cherché à développer son champ d'action et ses domaines de compétence (réanimation, unités de douleur chronique, pharmacovigilance, radiologie interventionnelle...)  
1980s – 1990s : changement des appellations des services !
- Aujourd'hui, quelle voie doit prendre la spécialité ?

# Médecine périopératoire



Technicien du bloc opératoire

Médecine périopératoire



Technicien du bloc opératoire

- Elargissement du champ d'action de l'anesthésiste-réanimateur ou naissance d'une nouvelle spécialité ?

*Acta Anaesthesiol Scand* 2002; **46**: 121–122  
Printed in Denmark. All rights reserved

Copyright © *Acta Anaesthesiol Scand* 2002

---

ACTA ANAESTHESIOLOGICA SCANDINAVICA  
0001-5172

*Editorial*

## **Perioperative medicine – a new sub-speciality, or a multi-disciplinary strategy to improve perioperative management and outcome?**

J. B. DAHL<sup>1</sup> and H. KEHLET<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Dept. of Anesthesiology, Herlev University Hospital, Herlev and <sup>2</sup>Dept. of Surgery, Gastroenterology, Hvidovre University Hospital, Hvidovre, Denmark

---



# Médecine périopératoire : intérêts

## Pour le Patient :

Amélioration de la sécurité globale.



Amélioration de la morbi-mortalité

# Médecine périopératoire : intérêts

## Pour la spécialité anesthésie-réanimation :

**Apporte des solutions à des problèmes auxquels notre spécialité doit faire face ++++**

- Méconnaissance grave de la spécialité par l'opinion publique :  
Peut être une bonne occasion à saisir pour communiquer auprès de l'opinion publique et donc des patients
  
- Améliorera les problèmes de reconnaissance (patients et confrères d'autres spécialités). L'anesthésiste réanimateur n'est plus un « technicien anonyme du bloc » mais un « médecin spécialiste bien visible »

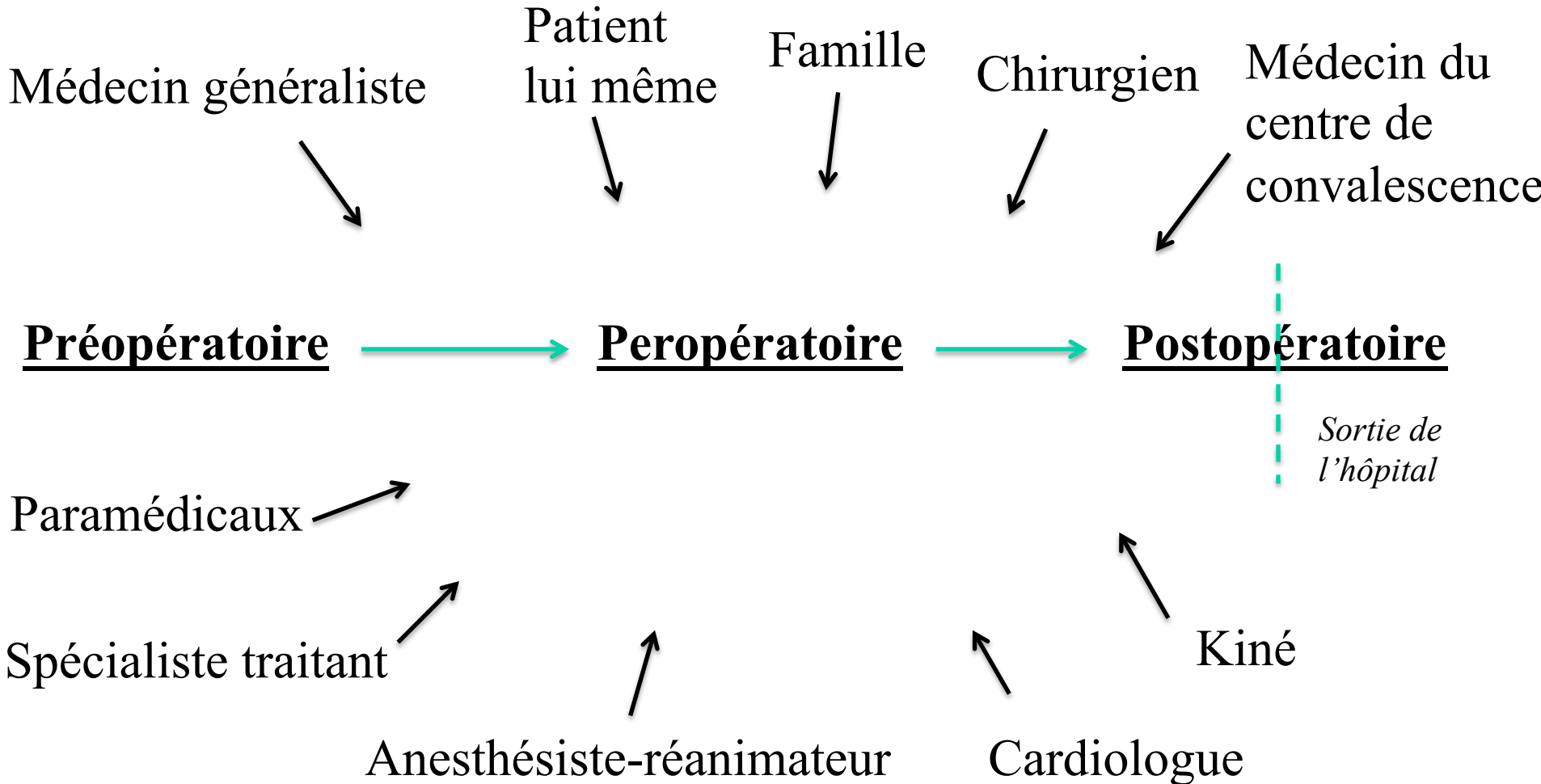
- L'augmentation du champ d'activité continuera d'augmenter l'attractivité de la spécialité auprès des étudiants en médecine
- Praticiens davantage satisfaits de leur carrière
- Limite l'impact de la baisse des fonds alloués à la recherche
- Gain financier : budgets plus faciles à obtenir si spécialité moins anonyme

# Médecine périopératoire : limites

- Problèmes démographiques actuels ++++
- L'abandon de la médecine périopératoire ne doit pas être la solution aux problèmes de pénurie.

## **II) Comment optimiser la médecine périopératoire au sein d'un établissement ?**

# Mise en œuvre d'une stratégie collective et transversale impliquant tous les acteurs de la prise en charge



## 3 axes majeurs

- 1) Amélioration de l'identification des patients à risque opératoire
- 2) Diminution des risques inhérents à la pratique des médecins
- 3) Rédaction d'une charte de fonctionnement du périopératoire

# 1) Amélioration de l'identification des patients à risque opératoire

- Consultation d'anesthésie préopératoire +++++
- Connaissance du postopératoire indispensable pour connaître ce risque et l'anticiper
- Collaboration avec médecin traitant pourrait être renforcée (courrier systématique ?)
- Implication des patients et des familles pour la transmission d'une information la plus exhaustive possible
- Partage de ces informations par tous les acteurs (Dossier Médical Commun)
- Elaborer des réseaux pour faciliter l'évaluation préopératoire (cardiologue, pneumologue...)



## 2) Diminution des risques inhérents à la pratique des médecins

- Respect des règles professionnelles et des recommandations.  
(exemple : les recommandations sur l'antibioprophylaxie appliquées dans environ 60 % des cas).

- Travail sur les facteurs humains avec en particulier amélioration de la communication entre soignants (travail en équipe).

Problèmes de communication omniprésents dans les situations critiques et accidents graves au bloc opératoire.

# Simulation médicale haute fidélité



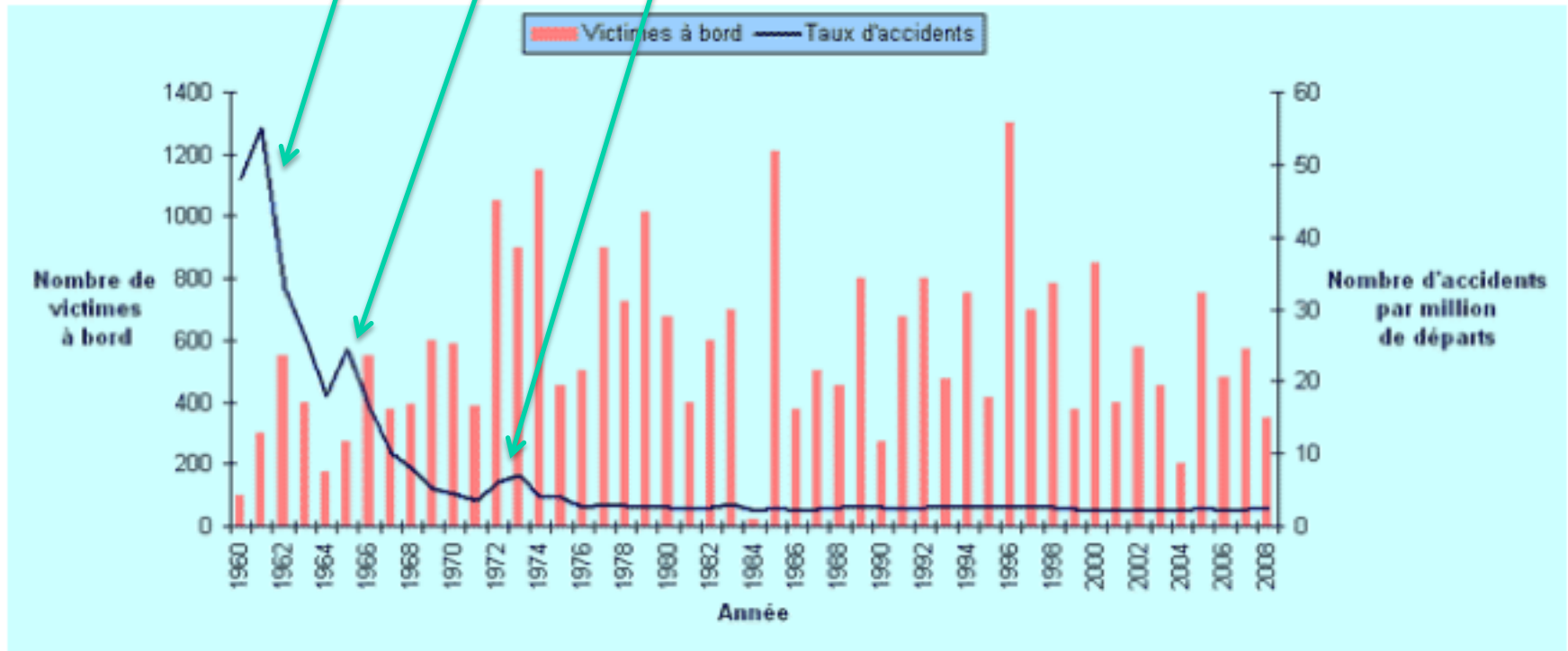
CENTRE LYONNAIS  
d' ENSEIGNEMENT PAR LA SIMULATION



Certifications et règlements

Fiabilité des avions

Formation technique des pilotes (simulateurs)



Evolutions du nombre d'accidents et de victimes

## **Autres pistes pour améliorer l'organisation et la communication entre soignants**

- Répartition claire des tâches (qui fait quoi?). Bien définir le rôle de chacun. Recommandation du CNOM depuis 2001 !
- Utilisation du même vocabulaire par tous
- Procédures écrites (transmissions, check-list, charte de fonctionnement du bloc opératoire, protocoles)
- Retour sur expérience, analyse critique des pratiques, culture de l'erreur, réunions morbi-mortalité (EPP)

### **3) Organisation de la médecine périopératoire : écriture d'une charte de fonctionnement du périopératoire**

- Fondamental
- Document différent de la charte du bloc opératoire
- Détaille l'organisation globale de la structure pour la période périopératoire
- Différente d'une institution à l'autre

- Recueillir au préalable **les souhaits** de chacun des intervenants sur ce qu'ils veulent prendre en charge :

- Antibioprophylaxie
- Antibiothérapie curative
- Prévention de la maladie thrombo-embolique
- Gestion de l'anémie
- Gestion de l'hydratation et de l'alimentation
- Douleur
- .....

# Définir ce que veut faire l'équipe d'AR : questionnaire adressé aux 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 :**



- Pour chaque point, détailler le rôle de chaque praticien, bien identifier les « référents », élaborer les protocoles et les procédures d'appel, les chemins des patients et en particulier les patients à haut risque (regroupement au sein des USC).

- Document validé par la Commission Médicale d'Etablissement

# Conclusions

- La gestion du risque opératoire intègre aujourd'hui les notions de médecine périopératoire et de sécurité globale.
- L'anesthésiste-réanimateur est naturellement le mieux placé pour être l'acteur central, le coordonnateur de cette médecine périopératoire. Il doit le rester...
- C'est une chance pour que notre spécialité prospère.

- Médecine périopératoire : concept qu'il va falloir continuer à penser et à préciser
  
- A l'échelle de l'institution, mise en œuvre d'une stratégie collective et transversale impliquant tous les acteurs de la prise en charge
  
- Médecine périopératoire et risque opératoire :
  - Cibler les patients à risque
  - Travailler sur les facteurs humains en cas de situation critique
  - Rédaction d'une charte de fonctionnement du périopératoire



**Il vous reste 5 minutes**