

Chers Lecteurs,

La prochaine formation universitaire des infirmiers anesthésistes devrait se mettre en place prochainement. Des avancées se font petits à petits et le souhait que le déploiement se fasse en septembre est grand.

Les écoles vont se préparer à changer leur mode d'enseignement et les stages s'adapter à nouveaux à un nouvel accompagnement, même si en globalité les temps de stages se trouvent diminués sur la totalité de la formation.

Parallèlement, le droit d'option est soumis au IADE et bientôt chacun devra choisir de passer en catégorie A renouvelée ou rester dans la catégorie actuelle. Individuellement nous devrions nous positionner en calculant et en anticipant sur ce que nous désirons en terme de temps de carrière et retraite.

2012 est donc une année importante dans l'évolution de la profession et j'espère que tout cela n'est que le début d'un long processus qui permettra de nombreuses avancées, je pense notamment à la coopération des professions de santé en anesthésie.

Julien BOUIX

Faites nous
connaître !



La newsletter vous plaît ! Vous connaissez des personnes qui seraient intéressées pour la recevoir ? Diffuser la ! Ou mieux : afin qu'ils demandent à faire partie de notre liste de diffusion, rien de plus simple. Ils doivent envoyer un e-mail à actuanesth@gmail.com en inscrivant dans objet : INSCRIPTION ACTUANESTH
Nous leur enverrons les exemplaires via notre liste de diffusion.
Merci à vous

IADE ! et votre droit d'option ?

Droit d'option 2012 dans la fonction publique hospitalière : Changements induits par le protocole Bachelot de 2010



Cliquez :

[Document clé : "2012, l'année du droit d'option" A. Moreaux, élue SNIA](#)

Un droit d'option sera ouvert au premier semestre 2012 pour que les professionnels IADE se positionnent soit en restant dans l'actuelle catégorie A Active (Pas d'augmentation salariale mais possibilité de départ en retraite à 55 ans et bonification d' 1 an d'assurance pour 10 ans passés auprès des patients, corps en voie d'extinction), ou en choisissant la nouvelle catégorie A dite sédentaire (gain salarial modeste et perte des acquis sociaux précédemment cités, possibilité de départ à la retraite repoussée à 60 ans pour les générations en activité puis 62 ans ensuite, perte d'1an de bonification d'assurance / 10 années de travail effectif auprès des patients)

Depuis le 1er janvier 2012 et jusqu'au 30 juin 2012, les infirmiers spécialisés peuvent choisir d'être :

soit maintenus dans leur corps actuel (régé par le [décret n°88-1077 du 30 novembre 1988](#))

soit d'être reclassé dans le nouveau corps des infirmiers en soins généraux et spécialisés (régé par le [décret n°2010-1139 du 29 septembre 2010](#)).

Les infirmiers spécialisés en poste avant le 30 juin 2012 disposent donc du droit d'option.

A partir du 1er juillet 2012, les infirmiers spécialisés seront recrutés et nommés dans le corps des

infirmiers en soins généraux et spécialisés de la F.P.H..

Il sera le seul corps dans lequel les recrutements seront alors possibles.

Les agents en promotion professionnelle font l'objet quant à eux de dispositions spécifiques détaillées*

Par ailleurs, les infirmiers contractuels travaillant en établissement public de santé, ne peuvent être concernés par le dispositif tant qu'ils ne sont pas nommés sur un emploi permanent de la F.P.H.

Quelle situation pour les élèves infirmiers anesthésistes en cours de formation ?

Réponse de la DGOS : En vertu de l'article 32 du décret n° 2010-1139, les IDE en situation de promotion professionnelle au moment de l'entrée en vigueur (et qui ont donc déjà bénéficié du premier droit d'option) vont pouvoir, à l'issue de la publication des résultats de leur concours sur titres et dans un délai de trente jours, choisir d'être reclassés soit dans le corps actuel des infirmiers anesthésistes, soit dans le corps des infirmiers en soins généraux et spécialisés. Ils bénéficient donc d'une nouvelle option. Toutefois, un IDE ayant renoncé une première fois au bénéfice du service actif en vue des droits à pension pour la retraite en choisissant le reclassement en catégorie A, ne peut prétendre à s'en prévaloir de nouveau en optant cette fois pour le corps actuel des infirmiers anesthésistes (qui lui demeure en catégorie active). Toutefois, dans une telle situation, l'agent pourra recapitaliser de nouvelles années de service actif à compter de son classement dans le corps.

Pour aller plus loin,

- la circulaire d'instruction : [Download File](#)
- la "Foire aux questions IADE" éditée par le ministère de la Santé : [Download File](#);
- le Protocole "Bachelot" du 2 février 2010 : [Download File](#)

Simulation : Pour faire votre choix

Calculez votre déroulement de carrière avec les deux options, comparez le gain indiciaire et l'avancement de carrière que vous aurez en 2015 si vous optez pour l'un ou l'autre des choix.

Mettez ensuite en balance ces deux situations en gardant à l'esprit la perte ou non des acquis sociaux qui résulte de votre choix.

Procédure :

1. Connaître sa situation exacte dans la grille actuelle : échelon et ancienneté dans l'échelon, calculer de ce fait sa situation exacte au 1er juillet 2012 : à quel échelon serais-je au 1er juillet 2012 ? Combien de mois aurais-je effectué dans cet échelon ?
2. Suivre le tableau ci-dessus et se référer à la nouvelle position (échelon) et calculer votre ancienneté acquise
3. Pour voir sa situation en 2015 (2ème vague de l'aumône) il faut se poser les mêmes questions à partir de sa situation de 2012 : A quelle échelon serais-je au 1er juillet 2015 ?

Notes :

Pour les futurs diplômés qui rentreront d'office dans la nouvelle grille, nous n'avons aucune certitude du passage d'échelon à échelon que nous annonce le Ministère, nous ne croyons plus les simples déclarations d'intentions, trop de promesses non tenues... Il y aurait des inversions de carrières pour certains IADE du stock qui verraient de nouveaux professionnels être mieux classés qu'eux pour moins d'ancienneté...

Reclassement IADE Catégorie A Sédentaire : [Download File](#)

Exemple :

Catherine, 30 ans, IADE classe normale depuis 2009

Situation actuelle : Après appel auprès de son service de ressources humaines de son établissement elle sait qu'elle passera à l'échelon 4 (INM 438) de la grille actuelle au 1er janvier 2012.

Catherine sera donc échelon 4 (INM 438) dans l'actuelle grille de classe normale avec 6 mois d'ancienneté dans ce même échelon au 1er juillet 2012.

Catherine passera donc dans l'échelon 4 (INM 454) dans la nouvelle grille (Grade 3), sa nouvelle ancienneté dans cet échelon sera calculée comme

suit : $(6\text{mois} \times 2) / 3 = 4$ mois puisque au passage seulement 2/3 de l'ancienneté sera acquise (2/3AA). Catherine connaît maintenant son nouveau reclassement en 2012.

La durée de l'échelon 4 de cette nouvelle grille étant de 2 ans, Catherine passera donc au 5ème échelon (INM 480) au 1er Avril 2014, au 1er juillet 2015 elle sera donc IADE CN (Grade 3) échelon 5 avec 15 mois d'ancienneté dans cet échelon, et passera à l'INM 485. Catherine connaît maintenant sa situation en 2015.

à moins que... Si Catherine, arrivée au 5ème échelon du Grade 3 au 1er avril 2014, fait valoir 10 années au moins de services effectifs auprès du patient (années d'IDE comprises) cette dernière pourra prétendre au passage sur la grille du Grade 4 (qui sera ce que nous appelions classe supérieure), à l'indice égal ou immédiatement supérieur, c'est à dire à l'échelon 1 (INM 490), ensuite, un an passé dans ce grade (Avril 2015), Catherine passerait au deuxième échelon (INM 524) et au 1er juillet 2015 elle passerait donc à l'INM 535. **Mais attention les CAP ne se réunissent que 2 fois par an ! Soyez vigilants quant au suivi de votre carrière !**

<http://www.snia.net/droit-doption-2012-fph.html>

Droit d'option pour les infirmiers anesthésistes :

50% des personnes interrogées par le SNIA contre l'intégration au nouveau corps

Les infirmiers anesthésistes ont jusqu'au 1er juillet 2012 pour faire connaître leur choix soit : rester sur le statut actuel (catégorie active) ou opter pour le nouveau statut (catégorie A sédentaire). À six mois de cette échéance, les résultats d'un sondage*, réalisé par Syndicat national des infirmiers anesthésistes (SNIA) sur son site Internet, soulignent la volonté certaine de la majorité des professionnels de conserver le statut actuel, soit près de 50% des personnes interrogées ou 171 votes. Seules 87 personnes (environ 25%) se sont déclarées prêtes à intégrer la nouvelle catégorie A avec à la clé un gain salarial mais aussi la perte de la catégorie active. Enfin, 94 personnes restent encore indécises.

Dans un document intitulé "L'année du droit d'option ou comment choisir", le SNIA propose différents scénarios possibles en fonction de l'âge et de la carrière du professionnel concerné. Le

syndicat invite les infirmiers anesthésistes à faire un choix éclairé au cas par cas. Il estime notamment que ce choix est délicat pour les seniors en fin de carrière "qui vont gagner très peu en gain indiciaire et vont voir leur départ à la retraite retardé".

L.W.

31.01.12 - 12:23 - HOSPIMEDIA

* Du 3 octobre 2011 au 28 janvier 2012, le SNIA a proposé sur son site Internet aux infirmiers anesthésistes de faire savoir quel choix ils préoyaient concernant leur droit d'option. Trois possibilités de réponse étaient données : intégrer la nouvelle catégorie A sédentaire, conserver la catégorie A active ou pas encore décidé. 352 personnes ont répondu à ce sondage.

RECLASSEMENT
des Infirmiers Anesthésistes DE
dans le nouveau Corps des Infirmiers
Date d'effet : 1er Juillet 2012



Infirmiers Anesthésistes

Ancienneté Acquisse (AA) ds l'échelon



Ancienneté Acquisse (AA) ds l'échelon



| Catégorie Active (grille actuelle) | | | |
|------------------------------------|------------|-----|------------|
| Echelon | Durée (an) | INM | TB |
| 1 | 1 | 367 | 1 699,21 € |
| 2 | 2 | 394 | 1 824,22 € |
| 3 | 3 | 413 | 1 912,19 € |
| 4 | 3 | 438 | 2 027,94 € |
| 5 | 4 | 461 | 2 134,43 € |
| 6 | 4 | 487 | 2 254,81 € |
| 7 | 4 | 516 | 2 389,08 € |
| 8 | - | 544 | 2 518,72 € |

| Classe Normale | | | |
|----------------|------------|-----|------------|
| Echelon | Durée (an) | INM | TB |
| 1 | 1 | 398 | 1 842,74 € |
| 2 | 2 | 418 | 1 935,34 € |
| 3 | 2 | 434 | 2 009,42 € |
| 4 | 2 | 454 | 2 102,02 € |
| 5 | 2 | 480 | 2 222,40 € |
| 6 | 2 | 500 | 2 315,00 € |
| 7 | 3 | 525 | 2 430,75 € |
| 8 | 4 | 550 | 2 546,50 € |
| 9 | 4 | 575 | 2 662,25 € |
| 10 | 4 | 593 | 2 745,59 € |
| 11 | - | 611 | 2 828,93 € |

| Catégorie Supérieure | | | |
|----------------------|------------|-----|------------|
| Echelon | Durée (an) | INM | TB |
| 1 | 2 | 454 | 2 102,02 € |
| 2 | 2 | 482 | 2 231,66 € |
| 3 | 2 | 501 | 2 319,63 € |
| 4 | 3 | 524 | 2 426,12 € |
| 5 | 3 | 544 | 2 518,72 € |
| 6 | 3,5 | 566 | 2 620,58 € |
| 7 | - | 604 | 2 796,52 € |

| Catégorie Sédentaire (nouvelle grille) | | | | | | |
|--|------------|----------|------------|----------|----------|----------|
| G R A D E 3 | | | | | | |
| Echelon | Durée (an) | INM 2012 | TB 2012 | INM 2015 | TB 2015 | TB 2015 |
| 1 | 1 | 398 | 1 842,74 € | 403 | 1 865,89 | 1 865,89 |
| 2 | 2 | 418 | 1 935,34 € | 420 | 1 944,6 | 1 944,6 |
| 3 | 2 | 434 | 2 009,42 € | 439 | 2 032,57 | 2 032,57 |
| 4 | 2 | 454 | 2 102,02 € | 460 | 2 129,8 | 2 129,8 |
| 5 | 2 | 480 | 2 222,40 € | 485 | 2 245,55 | 2 245,55 |
| 6 | 2 | 500 | 2 315,00 € | 509 | 2 356,67 | 2 356,67 |
| 7 | 3 | 525 | 2 430,75 € | 533 | 2 467,79 | 2 467,79 |
| 8 | 4 | 550 | 2 546,50 € | 558 | 2 583,54 | 2 583,54 |
| 9 | 4 | 575 | 2 662,25 € | 585 | 2 708,55 | 2 708,55 |
| 10 | 4 | 593 | 2 745,59 € | 608 | 2 815,04 | 2 815,04 |
| 11 | - | 611 | 2 828,93 € | 631 | 2 921,53 | 2 921,53 |

| G R A D E 4 | | | | | | |
|-------------|------------|----------|------------|----------|----------|----------|
| Echelon | Durée (an) | INM 2012 | TB 2012 | INM 2015 | TB 2015 | TB 2015 |
| 1 | 1 | 490 | 2 268,70 € | 525 | 2 430,75 | 2 430,75 |
| 1 | 1 | 490 | 2 268,70 € | 525 | 2 430,75 | 2 430,75 |
| 2 | 2 | 524 | 2 426,12 € | 535 | 2 477,05 | 2 477,05 |
| 3 | 3 | 532 | 2 463,16 € | 551 | 2 551,13 | 2 551,13 |
| 4 | 4 | 559 | 2 588,17 € | 574 | 2 657,62 | 2 657,62 |
| 5 | 4 | 581 | 2 690,03 € | 595 | 2 754,85 | 2 754,85 |
| 6 | 4 | 607 | 2 810,41 € | 616 | 2 852,08 | 2 852,08 |
| 7 | - | 625 | 2 893,75 € | 642 | 2 972,46 | 2 972,46 |

Formation des IADE

Masterisation de la formation IADE

Compte-rendu de la réunion au Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche du 30 janvier 2012

Ce lundi a eu lieu ce qui doit être l'ultime réunion au Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche concernant les travaux de refonte du programme de formation du futur DEIA qui confèrera le grade de Master et ce pour la rentrée d'octobre 2012. (lire la suite...)

Étaient présents les représentants des centrale syndicales, du SNIA, du CEEIADE, le Ministère de la santé DGOS bureau RH1, AP-HP, CFAR, CPU.

La réunion est présidée par deux professeurs conseillers scientifiques auprès du directeur général pour enseignement supérieur et l'insertion professionnelle (DGESIP) du MESR.

La première demi journée a permis de valider toutes les fiches pédagogiques des unités d'enseignements(UE) des deux années de formation et plus particulièrement celles afférentes aux UE recherche et intégration des savoirs. Puis de répartir pour chacune d'elle les ECTS.

Les corrections apportées l'ont été de manière consensuelle avec les participants du groupe, celles-ci portaient sur la rédaction des libellés d'objectifs, voire sur la qualité de certains intervenants à redéfinir.

Un cahier des charges concernant le mémoire a été rédigé sur une proposition de la DGOS. Les finalités et objectifs de ce cahier des charges reprennent en substance les orientations et cadrages actuels des TIP.

Les stages ont fait l'objet d'une première présentation avec 34 semaines sur 58 définies à titre obligatoire pour toutes les écoles dont le stage de recherche de 4 semaines. Huit semaines sont au choix de l'étudiant en fonction des stages agréés et 16 semaines à répartir en fonction des projets

pédagogiques de l'école et des ressources du contexte dans lequel s'inscrit l'école.

La deuxième demi journée s'est intéressée, en présence de la CPU, aux projets de l'Arrêté de formation et de la convention à signer entre les écoles IADE et les universités.

Les deux textes ont été amendés et seront renvoyés aux participants pour dernière lecture.

Une question a été posée concernant l'accès aux « passerelles » nouvellement définies pour les études médicales, odontologiques.... La réponse a été sans équivoque, le grade Master octroie les mêmes droits d'accès qu'un Master dans ce cas.

Quant à l'accès des IADE aux études doctorales : chaque école doctorale sera à même d'évaluer les dossiers des candidats et de proposer le réajustement qu'elle jugera nécessaire pour l'accès à la filière Doctorale.

Le surcout induit par ce nouveau cursus et qui devra être supporté par la Région, a fait l'objet d'un long débat.

La CPU a interpellé la DGOS afin que les moyens financiers (Région) et en effectifs formateurs et personnels (Ministère de la santé) soient apportés pour permettre la mise en œuvre optimum de cette reconstruction du cursus à un grade Master.

La question du « stock » IADE actuels en référence à l'acquisition du grade de Master a de nouveau été posée et la réponse renvoyée aux évaluations singulières que feront les commissions universitaires des dossiers de demande déposés.

Les textes officiels devraient pouvoir être promulgués au plus tard en juin afin de permettre une mise en œuvre début octobre, comme cela avait été prévu initialement.

L'engagement de tous les professionnels conditionnera la réussite des nouvelles générations d'IADE au grade universitaire de Master et à terme au titre de Master.

Rapporteur : Monique Guinot, Conseillère nationale SNIA chargée de la formation
31/01/2012

Les infirmiers devront mettre à jour leurs connaissances tous les ans

A partir de 2012 infirmiers et aides-soignants, comme les autres professions paramédicales et médicales, devront participer chaque année à un programme de Développement professionnel continu.

Un décret publié fin décembre introduit l'obligation de participer annuellement à un programme de développement professionnel continu (DPC), dès 2012.

Une petite révolution pour les infirmiers qui contrairement aux médecins n'avaient pas jusqu'à présent une formation continue imposée. Le DPC va d'ailleurs au-delà de la seule formation puisqu'il inclut également d'autres formes d'action.

Le ministre de la Santé, Xavier Bertrand, et la secrétaire d'Etat à la Santé, Nora Berra, rappellent d'ailleurs dans un communiqué que cette « mise à jour des connaissances est un facteur essentiel de la qualité des soins ».

Qui est concerné ? Quelle prise en charge ?

Tous les infirmiers, salariés et libéraux, actuellement en exercice doivent désormais réaliser un programme de DPC par an. Les établissements, pour les salariés, et les instances ordinales, pour les libéraux, seront chargés du contrôle du respect de l'obligation.

Compte tenu des rapports conflictuels entre l'Ordre et les syndicats de libéraux, dont la majorité appelle au boycott, cette attribution risque fort de passer à l'as. Mais au moins une fois tous les cinq ans le directeur de l'Agence régionale de santé doit aussi s'assurer que les infirmiers libéraux ont bien réalisé leur DPC annuel.

En cas de non-respect de l'obligation de formation, les employeurs ou le directeur de l'Agence régionale de santé, peuvent après enquête prendre des sanctions disciplinaires.

Les actions liées au DPC seront prises en charge au titre du dispositif de formation professionnelle tout au long de la vie pour les salariés. Les libéraux recevront des « chèques DPC » dont le montant forfaitaire sera fixé par la commission paritaire de l'Organisme gestionnaire du DPC (OGDPC). Ces

chèques qui seront distribués chaque année permettront de financer les actions faites dans le cadre du DPC.

A quoi ça sert ? Quelles actions sont concernées ?

Le développement professionnel continu doit « permettre l'analyse des pratiques professionnelles et également l'acquisition ou l'approfondissement de connaissances ou de compétences » explique-t-on à la DGOS.

Les programmes dont la forme et les modalités seront fixés par la HAS intégreront donc aussi bien des actions de formation, des colloques ou d'autres actions comme les réunions pluridisciplinaires de concertation ou des évaluations des pratiques professionnelles. « Nous souhaitons également décloisonner les actions et faire en sorte que plusieurs spécialités se rencontrent. Par exemple regrouper un chirurgien vasculaire et des infirmières libérales d'un réseau de soins plaies/cicatrisation ».

Qui va gérer ça ? Quels programmes ? Quels garde-fous ?

Ce seront des organismes enregistrés par l'Organisme gestionnaire du DPC et évalués favorablement par les commissions scientifiques indépendantes qui seront chargés de mettre en œuvre les programmes de DPC selon une orientation nationale fixée par le ministère de la Santé. Des orientations régionales, proposées par les agences régionales de santé pourront aussi compléter la ligne déterminée par le ministère.

Ces organismes DPC seront ensuite évalués par la Commission scientifique du Haut Conseil des professions paramédicales composés de professionnels de santé qui sera chargée d'établir une évaluation technique et scientifique des organismes et veillera à la qualité des programmes dispensés. La commission formulera également un avis sur les orientations nationales du développement professionnel continu ainsi que sur les orientations régionales formulées par les agences régionales de santé.

C'est aussi cette instance qui dressera la liste des diplômes universitaires susceptibles d'être considérés comme équivalents à un programme de développement professionnel continu.

Les décrets régissant le DPC étant maintenant publiés, les organismes vont pouvoir s'enregistrer et les premiers programmes pourront débuter prochainement. La DGOS a toutefois prévu une certaine souplesse pour 2012 : Les infirmiers et qui ont participé en 2011 ou participeront en 2012 des

actions de formation continue sont ainsi réputés avoir satisfait à l'obligation annuelle de DPC. Il suffit pour cela d'adresser un justificatif à l'employeur ou à l'ordre.

Et les aides-soignants ?

C'est le même décret qui régit le DPC des aides-soignants. Ils doivent également réaliser un programme annuel obligatoire. Les actions seront financées selon le dispositif de formation professionnelle tout au long de la vie et les chefs d'établissement devront veiller au respect de l'obligation de formation.

Joël Ignasse

Rédaction ActuSoins
19 janvier 2012

<http://www.actusoins.com/10408/les-infirmiers-devront-mettre-a-jour-leurs-connaissances-tous-les-ans.html>

Se former à l'hypnose médicale

L'hypnose a le vent en poupe. Soins palliatifs, prise en charge de la douleur et de l'anxiété : nombreuses sont les possibilités de mise en pratique de cette méthode de plus en plus utilisée et plébiscitée, y compris dans le monde du soin. Les formations sont nombreuses, mais pas toutes accessibles.

Pas de reconnaissance universitaire pour les infirmières formées

A Paris, alors que les médecins, chirurgiens dentistes, psychologues ou sages-femmes peuvent se former en hypnose par l'intermédiaire d'un Diplôme Universitaire, les infirmiers et infirmières n'ont pas cette possibilité.

Seule solution : passer par un organisme privé. Si les formations, longues et spécialisantes, sont généralement prises en charge par l'employeur, la reconnaissance, elle, n'est pas forcément au rendez-vous. « Le problème, c'est qu'il y a des infirmières qui veulent apprendre l'hypnose pour devenir psychothérapeutes, et non pour la pratiquer dans le cadre du soin. Une infirmière qui se forme à l'hypnose doit la mettre en application uniquement dans son service », explique le Dr Benhaiem, responsable du Diplôme universitaire d'hypnose médicale de l'AFEHM.

Le Dr Becchio, responsable du D.U hypnose clinique, lui, est moins radical et souhaite élargir l'accès du D.U à davantage de professionnels de santé. En parallèle de leurs D.U, ces deux médecins proposent des formations spécifiques pour les paramédicaux.

Les écoles et formations

Les formations pour les infirmières relèvent en général de l'hypnoanalgésie. Aucune formation n'est agréée par l'Etat. « l'hypnose n'est ni légiférée, ni réglementée. En conséquence, il n'existe pas de procédure d'agrément d'école d'hypnose ni d'école agréée », rappelle-t-on au ministère de la santé.

Cependant, quelques écoles sont « reconnues » par l'AP-HP ou par d'autres Centres Hospitaliers Universitaires. Ces structures proposent en général des formations courtes, qui se déroulent au sein même des services, et des formations plus longues – il faut compter 1 à 2 ans d'enseignement à raison d'une semaine par semestre - qui se font dans les structures privées.

Les unités de soin sont de plus en plus intéressées par ce type de compétence. « Dans le service de soins palliatifs dans lequel je travaille, toutes les infirmières ont été formées, c'est un choix que nous ne regrettons pas » explique le Dr Jean Becchio .

Car les indications de l'hypnose sont de plus en plus nombreuses : douleur, dysfonctionnement somatique, pédiatrie, gestion de l'anxiété ou encore obstétrique et anesthésie, sont les secteurs où l'hypnose est en général utilisée. Le programme d'un enseignement classique se compose d'ateliers pratiques sur les techniques d'induction, de contenus théoriques principalement axés sur l'antalgie.

Avant toute inscription dans une école d'hypnose, il est recommandé de consulter la liste des organismes agréés par la Confédération Francophone d'Hypnose et de Thérapies Brèves, qui garantit la valeur médicale de cette spécialisation.

Malika Surbled

2 février 2012

<http://www.actusoins.com/10512/se-former-a-lhypnose-medicale.html>

Terrains

Pas de limite d'âge pour le traitement de l'hypertension artérielle

L'étude HYVET (Hypertension in the Very Elderly Trial) avait été initiée pour évaluer les bénéfices et les risques de la prise en charge médicamenteuse de l'hypertension du sujet très âgé. Elle a été prématurément arrêtée en 2007, malgré un suivi moyen d'un peu plus de 2 ans seulement. Le bénéfice du traitement paraissait tellement évident que les responsables de l'essai ont pris la décision de l'interrompre. Le constat était clair : une réduction de 21 % de la mortalité et de 34 % des accidents cardiovasculaires dans le groupe traité par rapport au groupe placebo, sans qu'aucun effet secondaire grave ne puisse être mis sur le compte du traitement.

Les auteurs de l'étude ont toutefois décidé de procéder à une extension de l'essai. Les patients du groupe traitement poursuivaient la prise d'indapamide associé si besoin au péridopril, mais ceux du groupe placebo pouvaient aussi en bénéficier. Les participants avaient tous 80 ans ou plus et une pression systolique supérieure à 160 mm Hg, sans autre pathologie à risque cardiovasculaire. L'objectif tensionnel était une pression artérielle inférieure à 150/80. Le traitement consistait en une prise quotidienne d'indapamide 1,5 mg L.P. complétée par 2 puis 4 mg de péridopril selon les chiffres tensionnels obtenus.

Après 6 mois de traitement, la différence de pression artérielle entre les deux groupes était de 1,2/0,7 mm Hg. Aucune différence significative n'était constatée entre le groupe traité depuis longtemps et les « nouveaux », en ce qui concerne le risque d'accidents vasculaires cérébraux (Hazard ratio HR : 1,92 ; intervalle de confiance à 95 % : 0,59 à 6,22), ni d'accident cardiovasculaires (0,78 ; 0,36 à 1,72), suggérant qu'un bénéfice réel semble acquis dès les premiers mois d'un traitement anti-hypertenseur chez ces patients très âgés. Une différence est constatée toutefois en termes de

mortalité totale et de mortalité cardiovasculaire (HR 0,48 et 0,19 respectivement), accréditant cette fois l'hypothèse que certains effets sont plus longs à se manifester et qu'il y a sans doute tout intérêt à mettre en place le traitement le plus rapidement possible.

Précisons que la pression artérielle moyenne au bout de 6 mois était de 146/76, suggérant que chez ces patients très âgés il est possible d'atteindre des chiffres inférieurs à 150/80 avec le traitement par indapamide et péridopril. Seulement 0,9 % des patients ont eu besoin d'un traitement de 3ème ligne. Notons enfin que cette étude ne permet pas de savoir si des objectifs plus stricts, de chiffres tensionnels encore plus bas, apportent un bénéfice supplémentaire.

Actuellement les personnes de 80 ans ont une espérance de vie d'environ 7 ans pour les hommes et 9 ans pour les femmes. La réduction des risques cardiovasculaires participe au maintien de leur indépendance et d'une certaine qualité de vie. Cette étude paraît indiquer l'utilité de dépister régulièrement une HTA pour la traiter le plus précocement possible.

Dr Roseline Péluchon

06/01/2012

<http://www.jim.fr>

Beckett N et coll.: Immediate and late benefits of treating very elderly people with hypertension: results from active treatment extension to Hypertension in the Very Elderly randomised controlled trial. *BMJ* 2012; 344: d7541 doi: 10.1136/bmj.d7541.

http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:gJO1FvMfkasJ:www.jim.fr/e-docs/00/01/F8/48/document_actu_med.phtml+Pas+de+limite+d'âge+pour+le+traitement+de+l'HTA&cd=1&hl=fr&ct=clnk&gl=fr&client=safari'HTA

Apnées du sommeil : attention à la papille !

Le syndrome d'apnées hypopnées obstructives du sommeil (SAHOS) est aujourd'hui reconnu comme un facteur de risque important de maladies cardio-

et neurovasculaires. Les épisodes obstructifs répétés pourraient être à l'origine de modifications circulatoires susceptibles de compromettre notamment la perfusion de la tête du nerf optique et de favoriser le développement d'un glaucome. Une étude récente s'est proposé de déterminer la prévalence du glaucome à pression normale chez les patients atteints d'un SAHOS et de rechercher une corrélation entre la gravité de ce syndrome et le risque de glaucome.

Les hypothèses

Le glaucome à angle ouvert est une neuropathie optique caractérisée par un amincissement progressif de la couche de fibres nerveuses rétiniennes (CFNR) autour de la papille, responsable d'une excavation papillaire et d'anomalies caractéristiques du champ visuel. Chez certains patients, la maladie se développe en l'absence d'hypertonie oculaire (pression intraoculaire < 21 mmHg) : on parle alors de glaucome à pression normale (GPN). L'une des hypothèses physiopathogéniques du GPN évoque une susceptibilité excessive de la tête du nerf optique à la pression intraoculaire, "fragilité" qui pourrait être d'origine vasculaire...

Le SAHOS est caractérisé par une obstruction récurrente complète ou partielle des voies aériennes supérieures pendant le sommeil, les troubles obstructifs pouvant durer jusqu'à 2 minutes. Plusieurs centaines d'épisodes peuvent survenir pendant la nuit avec activation sympathique répétée à chaque éveil lié aux efforts ventilatoires. Chaque épisode obstructif pourrait être à l'origine d'une hypoxémie transitoire et d'une augmentation de la résistance vasculaire susceptibles de compromettre l'oxygénation de la tête du nerf optique et de provoquer, à la longue, l'amincissement péripapillaire de la CFNR qui précède les anomalies du champ visuel et l'excavation papillaire.

Se pose alors légitimement la question du lien entre GPN et SAHOS. Tel était l'objet de la présente étude.

Une association compromettante

Parmi les 247 patients inclus, 209 présentaient un SAHOS et 38 ont été considérés comme normaux. La sévérité du syndrome était déterminée par l'index d'apnée-hypopnée (IAH) correspondant au nombre total d'épisodes d'apnée et d'hypopnée par heure de sommeil.

Douze cas de GPN ont été identifiés parmi les patients ayant un SAHOS (5,7 %) alors qu'aucun patient ne présentait de glaucome.

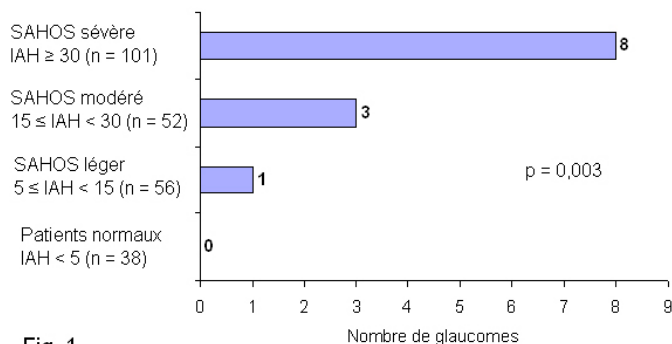


Fig. 1

La prévalence du GPN chez les patients ayant un SAHOS modéré à sévère (7,1 %) est donc apparue significativement supérieure à celle des autres patients (p = 0,033). Par ailleurs, la sévérité du SAHOS s'est avérée inversement corrélée à l'épaisseur de la CFNR.

La nécessité d'une prise en compte réciproque

Au regard des constatations de cette étude, l'éventualité d'un glaucome devrait être éliminée chez tout patient souffrant d'un SAHOS modéré à sévère. De même, le diagnostic de GPN devrait amener les praticiens à interroger leur patient sur l'existence d'apnées/hypopnées du sommeil.

Dr FH

25/01/2012

Lin PW et coll. : Normal tension glaucoma in patients with obstructive sleep apnea/hypopnea syndrome. *J Glaucoma* 2011;20:553-8.

http://www.jim.fr/en_direct/actualites/e-docs/00/01/F9/A8/document_actu_med.phtml

Un risque de mortalité accru quand la fréquence cardiaque au repos est élevée chez le diabétique de type 2

Différents travaux ont associé, en population générale et chez les sujets atteints de cardiopathie, fréquence cardiaque de repos (FCR) et mortalité toutes causes et de cause cardiovasculaire, mais peu se sont intéressés au lien entre FCR et devenir cardiovasculaire des diabétiques. Des auteurs britanniques, japonais et italiens viennent de pallier ce manque en évaluant, chez les patients atteints de diabète de type 2 (DT2), la relation

entre FCR et risques de décès et de complications cardiovasculaires.

C'est auprès de 11 138 diabétiques de type 2, de 215 centres de 20 pays, participant à l'étude ADVANCE* que GS Hillis et coll ont mené cette évaluation. Les patients inclus étaient âgés de plus de 55 ans, leur DT2 avait été diagnostiqué après l'âge de 30 ans, et ils avaient au moins une complication macro- ou microangiopathique majeure du diabète, ou au moins un facteur de risque cardiovasculaire se surajoutant au diabète. La FCR à l'inclusion a été examinée en relation à la mortalité toutes causes, à la mortalité cardiovasculaire, et aux événements cardiovasculaires majeurs (définis par un critère composite regroupant les décès de cause cardiovasculaire, les infarctus du myocarde et les AVC non fatals).

Dans cette population d'étude (58 % d'hommes), âgée de $65,8 \pm 6,4$ ans en moyenne, comptant 14 % de fumeurs, la FCR moyenne était de 74 ± 12 battements par minute (33-140 bpm). Sur un suivi médian de 4,4 ans, 879 patients sont décédés (8 %), 468 décès de causes cardiovasculaires (4 %) ont été recensés, et 1 000 patients (9 %) ont eu un événement cardiovasculaire majeur.

De nombreuses variables potentiellement confondantes ont été prises en compte, notamment l'âge, le sexe, les données de pression artérielle et de contrôle glycémique, le tabagisme, l'IMC, la durée du diabète, le taux d'HbA1c, le rapport albumine/créatinine urinaire, le débit de filtration glomérulaire, les antécédents d'hospitalisation pour insuffisance cardiaque, l'activité physique, la cholestérolémie totale et le taux de triglycérides, l'existence d'une fibrillation auriculaire, la prise de β -bloquants et celle d'antagonistes calciques.

Après ajustements, l'analyse associe à l'élévation de la FCR une augmentation du risque de décès toutes causes (ratio de risque pour l'accroissement de 10 bpm : 1,15 ; intervalle de confiance à 95 % : 1,08-1,21 ; $p < 0,001$), du risque de décès de cause cardiovasculaire (1,16 ; 1,07-1,25, pour ce même pas d'accroissement de la FCR ; $p < 0,001$) et du risque d'événements cardiovasculaires majeurs (1,08 ; 1,02-1,14 ; $p = 0,009$). Ces augmentations de risque étaient le fait des hommes et des femmes.

C'est chez les diabétiques de type 2 ayant une macroangiopathie préexistante (antécédents d'infarctus du myocarde, d'AVC, d'hospitalisation pour accident ischémique transitoire, angor

instable, revascularisation coronarienne ou artérielle périphérique, ou amputation pour cause d'artériopathie des membres inférieurs) que l'augmentation du risque associé à l'élévation de la FCR était la plus manifeste. Chez ces patients, le ratio de risque de décès toutes causes était de 1,79 (1,28-2,50 ; $p = 0,001$) pour la comparaison du quintile le plus haut de FCR (91 bpm en moyenne) au plus bas (57 bpm en moyenne) ; le ratio de risque de décès de cause cardiovasculaire était de 1,81 (1,21-2,88 ; $p = 0,005$) et celui d'événements cardiovasculaires majeurs de 1,35 (1,00-1,83 ; $p = 0,05$).

Les ajustements poussés sur la prise d'autres traitements médicamenteux (par statines, inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine, antagonistes des récepteurs de l'angiotensine, en particulier) et sur les fractions lipidiques (taux de LDL- et de HDL-cholestérol) n'ont pas modifié significativement les résultats.

Dans un contexte où la prévalence du diabète (facteur majeur de maladie cardiovasculaire et de neuropathie autonome cardiaque) va croissant, cette étude relie fréquence cardiaque de repos (facile à mesurer), mortalité et risque de complications cardiovasculaires. S'appuyant sur des données multicentriques internationales, elle associe, chez les patients atteints de diabète de type 2, à l'élévation de la FCR un accroissement du risque de décès toutes causes, de causes cardiovasculaires et d'événements cardiovasculaires majeurs, indépendamment de nombre de variables susceptibles d'influer sur la fréquence cardiaque. Le rôle de l'augmentation de la FCR (médiateur direct ? ou marqueur d'autres situations ou facteurs d'évolution péjorative ?) reste à préciser.

* Action in diabetes and vascular disease: Preterax and Diamicron modified release controlled evaluation.

Dr Julie Perrot

10/02/2012

Hillis GS et coll. : Resting heart rate and the risk of death and cardiovascular complications in patients with type 2 diabetes mellitus. *Diabetologia*, 2012 ; publication avancée en ligne le 29 janvier. doi: 10.1007/s00125-012-2471-y.

http://www.jim.fr/e-docs/00/01/FB/18/document_actu_med.phtml

Insuffisance rénale chronique : quel type d'événement coronarien inaugural ?

Il est aujourd'hui bien admis que l'insuffisance rénale chronique fait partie des principaux facteurs de risque cardiovasculaire.

Une équipe californienne a cherché à savoir si l'insuffisance rénale chronique pouvait avoir une influence sur le type de présentation initiale de la maladie coronaire.

Pour ce faire ils se sont intéressés aux données d'un registre de patients coronariens en les répartissant en deux groupes distincts selon que leur cardiopathie ischémique s'était révélée par un infarctus du myocarde (IDM ; n : 803) ou par un angor d'effort (AE ; n : 419).

Il est apparu que le débit de filtration glomérulaire (DFG ; formule MDRD à l'aide de la créatininémie avant l'événement inaugural) était significativement inférieur dans le groupe IDM.

En deçà d'une clairance à 90 ml/minute, il est observé une forte sur représentation des IDM, et ce d'autant plus que le DFG est faible (odds ratio [OR] : 1,36 ; intervalle de confiance à 95 % [IC] : 0,99-1,86 pour un DFG compris entre 60 et 89 ml/min ; OR : 1,55 ; IC : 0,92-2,62 pour un DFG entre 45 et 59 ml/min et OR : 3,82 ; IC : 1,55-9,46 pour un DFG < 45 ml/min ; p < 0,001 pour la tendance).

Autrement dit, en cas de cardiopathie ischémique sous jacente, plus la fonction rénale est altérée et plus elle risque de se révéler par un IDM.

Les auteurs en concluent qu'un débit de filtration glomérulaire < 45 ml/min est un puissant marqueur de risque indépendant de présentation de la maladie coronaire sous la forme d'un IDM inaugural.

Dr Olivier Meillard

10/02/2012

<http://www.jim.fr>

Go AS et coll. : Chronic kidney disease and risk for presenting with acute myocardial infarction versus stable exertional angina in adults with coronary heart disease. J Am Coll Cardiol., 2011; 58:1600-7

http://www.jim.fr/e-docs/00/01/FB/16/document_actu_med.phtml

Chirurgies

Chirurgie robot assistée : point de départ d'une réorganisation des blocs opératoires ?

La chirurgie robot assistée comme nouvelle technologie se positionne comme source de progrès, dans l'organisation des blocs opératoires, mais aussi de questions. Entre coûts importants, manque de recul et modification des pratiques professionnelles, cette pratique doit encore faire ses preuves avant de révolutionner entièrement la chirurgie.

La chirurgie robot assistée a fait, en France, son entrée dans les blocs opératoires au début des années 2000, notamment dans le domaine de l'urologie, et commence à trouver actuellement

son essor dans d'autres spécialités comme la gynécologie, l'ORL, la chirurgie viscérale, la chirurgie vasculaire. Actuellement, le pays compte plus d'une cinquantaine de robots implantés dans les blocs opératoires, pour moitié dans les établissements de santé public et pour l'autre dans le privé, alors qu'aux États-Unis ce chiffre s'élève à 900 environ. Perçue comme la suite logique de l'implantation de nouvelles technologies dans les blocs opératoires, la chirurgie robot assistée amène toutefois des questions quant à ses avantages par rapport à d'autres techniques, ses limites, ses coûts ou encore son impact sur l'organisation du système chirurgical actuel. L'Académie nationale de chirurgie (ANC) a donc décidé de consacrer sa séance de mercredi 4 janvier à ce sujet, comme l'a indiqué à Hospimedia François Richard, vice-président de l'académie et urologue à La Pitié-Salpêtrière.

Impact sur les spécialités et les patients

Cette arrivée de "robots chirurgicaux" dans les blocs opératoires a modifié l'approche des professionnels de santé mais aussi leurs pratiques. À titre d'exemple, François Richard cite volontiers l'urologie, spécialité pionnière dans le développement de la chirurgie robot assistée et qui possède donc le plus de recul vis-à-vis de cette pratique. Cette technologie a apporté pour les patients une réduction de la durée d'hospitalisation et des complications. Elle a aussi permis de réaliser une chirurgie plus précise et ainsi de mieux appréhender les effets secondaires dans le cas de la prostatectomie par exemple. Parallèlement, l'utilisation de robot réduit également le risque infectieux. Dans sa présentation, Christophe Vaessen, urologue à La Pitié-Salpêtrière, admet que l'arrivée de ces "robots chirurgicaux" a "complètement modifié [l']approche" et offert une alternative à la chirurgie classique, dite incisionnelle. En ORL, pour certaines interventions sur des tumeurs de taille moyenne ou petite, la durée d'hospitalisation est passée de 20 à 8 jours. Et il en va de même pour la cancérologie gynécologique, domaine pour lequel la voie de la chirurgie robot assistée semble prometteuse. Pour autant, comme le rappelle François Richard, des études complémentaires sur les bénéfices de cette pratique sont encore nécessaires car elle reste une technique jeune.

La fin d'un monopole

L'ANC travaille actuellement sur un point important, celui de l'évaluation de la chirurgie robot assistée. Toute nouvelle technologie nécessite en effet d'être évaluée et comparée aux autres déjà en place. L'académie entend donc appuyer l'idée d'inscrire toutes les interventions réalisées par ce biais dans un registre pour permettre, d'ici deux ou trois ans, de se faire une idée concrète et en temps réel de son impact et de valider ou non la pratique pour tel type d'intervention. Une mesure que l'hôpital de Créteil pratique déjà. Par ailleurs, en comparaison avec les études prospectives randomisées, le registre semble le système le plus adapté pour apprécier la chirurgie robot assistée. Un consensus avec le ministère sur le principe du registre est d'ailleurs en train d'être trouvé, précise François Richard. La mise en place d'un tel registre devrait donc amener à terme la chirurgie robot assistée à se développer dans certaines spécialités. Pour autant, le coût de

ces robots représente un autre frein à son essor. En effet, explique le vice-président de l'académie, un seul fabricant, Intuitive surgical, détient actuellement le monopole du robot chirurgical, le Da Vinci. De fait, le montant pour un robot s'élève à 1,9 million d'euros minimum, sans compter les frais de maintenance (lire aussi notre Étude du 17/02/2011). En outre, la chirurgie robot assistée coûte plus chère que le financement obtenu dans le cadre des Groupes homogènes de séjour (GHS). Mais en 2013 les brevets de Da Vinci tomberont dans le domaine public ce qui aura certainement pour conséquence de faire baisser les coûts.

Vers une nouvelle organisation

L'installation d'un robot au sein d'un établissement ne devra pas pour autant être réservée à une seule spécialité mais plutôt partagée entre trois ou quatre, estime François Richard. Ce qui entraîne inévitablement un principe de mutualisation et d'organisation. La chirurgie robot assistée implique par conséquent une réorganisation complète du mode de fonctionnement du bloc opératoire et un changement dans les pratiques opératoires. Le vice-président va même plus loin puisqu'il l'imagine comme le point de départ d'une nouvelle dimension du bloc opératoire qui, à l'avenir, intégrera d'autres nouvelles technologies liées à l'imagerie ou encore à la radiologie. Il convient donc que les établissements de santé tiennent désormais compte de ces modifications futures, notamment dans le cadre des nouvelles constructions de blocs opératoires. Il est souhaitable également de former le plus grand nombre de chirurgiens à cette technique. D'autant que la courbe d'apprentissage est plus courte que pour la coelochirurgie par exemple, avec un niveau de sécurité similaire obtenu en trente séances pour la chirurgie robot assistée contre une centaine de séances. Néanmoins, François Richard rappelle qu'à tout moment une situation d'urgence peut se produire lors des interventions robot assistée et conduire à inciser le patient, d'où l'intérêt de ne pas occulter la formation de base en chirurgie et plutôt de faire venir les robots de manière complémentaire. Il est aussi important de rappeler que ce robot ne fonctionne pas seul mais est manipulé par un chirurgien restant au centre de la pratique.

Géraldine Tribault

05.01.12 18:06 HOSPIMEDIA

Première chirurgicale canadienne

Nouvelle chirurgie révolutionnaire, sans cicatrice, pour les gens souffrant de doigts à gâchette.

MONTRÉAL, le 12 janv. 2012 /CNW Telbec/ - Une nouvelle chirurgie endoscopique moins invasive, pratiquée par de rares chirurgiens spécialistes, a été réalisée avec succès auprès de patients souffrant de doigt à gâchette.

Le doigt à gâchette cause une inflammation des tendons fléchisseurs des doigts qui entraîne un blocage lors de la fermeture de la main; l'extension des doigts concernés est douloureuse et parfois impossible. Cette condition se manifeste davantage chez les travailleurs manuels, les diabétiques et après 40 ans.

Dr. Brutus a accompli cette chirurgie, sous anesthésie locale, en quelques minutes, par deux minuscules trous pour introduire une caméra microscopique HD et un instrument spécial pour sectionner uniquement le ligament responsable du blocage. La paume n'a pas de point de suture et l'usage de la main est permis sans limitation après 48 h. La récupération est rapide et le patient ressent moins de douleurs qu'avec la chirurgie traditionnelle demandant une convalescence de six à huit semaines.

Monsieur P.A., le premier patient ayant opté pour cette chirurgie, cite : « C'est formidable, c'est sans incision et en moins d'une semaine j'ai pu retourner à mes pleines activités. Pour une personne très occupée comme moi, cette technique offre des avantages extraordinaires. »

De plus en plus de Québécois vont vers le privé pour choisir leur chirurgien, leur traitement et le moment de l'intervention.

Consultez www.drbrutus.com ou visionnez cette [vidéo](#) (anglaise) pour plus de renseignements.

Le Dr. Jean-Paul Brutus est un pionnier de la chirurgie de la main et pratique à l'Institut de chirurgie spécialisée de Montréal.

Dr. Jean-Paul Brutus / tel : 514-242-3534

www.facebook.com/DocteurBrutus

12 janvier 2012

<http://www.newswire.ca/fr/story/904615/premiere-chirurgicale-canadienne>

A chirurgien trop rapide, cure de hernie !

Le rapport entre la durée opératoire (DO) et la qualité des suites est mal connu, mais, pour la cure de hernie inguinale (HI) ou crurale (HC), le critère de jugement, binaire, étant la survenue ou non de la récurrence herniaire (RH) avec son corollaire, la réintervention, on dispose d'un bon « marqueur ». Les auteurs suédois ont étudié la relation entre DO et RH à partir d'un registre national de 123 917 cas (114 057 hommes) concernant les adultes de plus de 15 ans et sur la période allant de 1998 à 2007 ; une RH a ainsi pu être rattachée à sa cure initiale même si elle a été opérée ailleurs, à condition toutefois qu'elle ait donné lieu à un nouveau traitement chirurgical.

La DO (mesurée entre le coup de bistouri et la dernière agrafe) a été divisée en 4 quartiles : < 36, 36 à 50, 51 à 66, > 66 mn. Les HI bilatérales ont été considérées comme 2 interventions différentes. Les techniques opératoires étaient nombreuses : herniorraphies, plaques posées par voie ouverte, dont la technique de Lichtenstein, coelioscopie par voie extra- ou transpéritonéale, ou plugs. Chaque technique a été comparée à elle-même pour éviter les biais, les 2/3 des cures de HI en Suède étant traitées par des plaques posées par voie ouverte. On a également tenu compte du nombre de HI et HC opérées par chaque chirurgien chaque année (<5, 6 à 25, 26 à 50, > 50).

La DO moyenne a été de 50 mn. On a compté 2 677 (2,2 %) interventions pour RH. Il a été constaté que, toutes techniques confondues, par comparaison aux interventions longues (> 66 mn), le raccourcissement de la DO était associé à une augmentation du risque relatif de RH réopérée, pour atteindre 26 % de plus en cas de DO < 36 mn ; si on se limite aux techniques de Lichtenstein, ce coefficient atteint 45 %. Par ailleurs, plus les chirurgiens opèrent de HI, plus la DO est brève. Les femmes récidivent plus que les hommes (plus de HC) mais ceci n'est patent que pour les interventions dépassant 36 mn. A l'opposé c'est pour les cures rapides que l'âge prend son importance (20 % de plus de RH après 60 ans). En revanche, le taux des complications, notamment des abcès (essentiellement superficiels) diminue presque de moitié dans les interventions courtes par rapport à celles qui dépassent 66 mn.

Ces résultats doivent encourager le chirurgien à donner le pas à la minutie sur la vitesse, à résister

aux pressions économiques qui chiffrent « l'heure de bloc », et à de défier de la fast-surgery.

Dr Jean-Fred Warlin

04/01/2012

<http://www.jim.fr>

Van der Linden W et coll. : National register study of operating time and outcome in hernia repair. Arch.Surg. 2011;146(10):1198-1203.

http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:DmbV9wR_4KwJ:m.jim.fr/medecin/e-docs/00/01/F8/16/document_actu_med.phtml+A+chirurgien+trop+rapide,+cure+de+hernie+moins+solide+!&cd=2&hl=fr&ct=clnk&gl=fr&client=safari

Quel âge a le chirurgien ?

L'expérience du chirurgien n'est-elle donc pas un gage de réussite de l'intervention ? C'est la question que l'on se pose à la lecture d'une étude française publiée par le British Medical Journal. Les auteurs ont évalué le travail de 28 chirurgiens en répertoriant les complications secondaires rencontrées lors de 3 574 thyroïdectomies, plus précisément les hypoparathyroïdies et les paralysies récurrentielles présentes encore 6 mois après l'intervention.

L'incidence totale des complications est de 2,08 % pour la paralysie laryngée et de 2,69 % pour l'hypoparathyroïdie mais une analyse plus fine, prenant en compte l'opérateur, semble confirmer que les chirurgiens atteignent un pic de performance en leur domaine entre 30 et 50 ans.

Les hypoparathyroïdies postopératoires sont en effet plus fréquentes chez les patients dont l'intervention a été réalisée par les chirurgiens les plus récemment ou les plus anciennement diplômés. En analyse multivariée, une pratique de 20 années ou plus est associée à une augmentation du risque de survenue d'une hypoparathyroïdie (Odds ratio 7,56 ; intervalle de confiance à 95 % : 1,79 à 31,99) et d'une paralysie laryngée (3,06 ; 1,07 à 8,80). Et force est de constater que les chirurgiens âgés de 35 à 50 ans ont de meilleurs résultats que leurs collègues plus jeunes ou plus âgés. Il est utile de préciser que les interventions difficiles n'étaient pas plus souvent confiées aux chirurgiens les plus expérimentés.

Les auteurs avancent quelques explications, dont l'une est que les chirurgiens les plus anciens se laissent aller à la routine de procédures répétitives et portent une moindre attention à leur travail. La

technique de la thyroïdectomie n'a pas connu, selon eux, des bouleversements depuis plusieurs décennies, mais ils constatent que le résultat de cette enquête est cohérent avec celui d'autres travaux menés dans des spécialités différentes. Des facteurs physiologiques tels qu'une diminution du stress avec l'âge ou une certaine lassitude pourraient donc aussi entrer en ligne de compte, empêchant les plus anciens de se plier à l'acquisition de nouvelles techniques.

Il serait intéressant que des travaux soient menés pour élucider les raisons de ce constat. Le remède pourrait être, ainsi que le suggèrent les auteurs, une évaluation permanente des pratiques qui stimulerait la motivation des professionnels et leur désir de progresser.

Dr Roseline Péluchon

26/01/2012

<http://www.jim.fr>

Duclos A. et coll.: Influence of experience on performance of individual surgeons in thyroid surgery: prospective cross sectional multicentre study.

BMJ 2012; 344:d8041 doi: 10.1136/bmj.d8041.

http://www.jim.fr/en_direct/actualites/e-docs/00/01/F9/C4/document_actu_med.phtml

Tumeurs colorectales: nouveau traitement à Saint-François d'Assise

Québec - Il y a du nouveau dans le traitement des tumeurs colorectales bénignes et parfois cancéreuses. Depuis quelques mois, des chirurgiens de l'Hôpital Saint-François d'Assise enlèvent ces tumeurs grâce à une nouvelle technologie qui permet d'éviter d'installer un sac temporaire pour recueillir les selles après l'opération.

La nouvelle approche, appelée microchirurgie transanale microscopique, consiste à insérer dans le rectum du patient, par les voies naturelles, un cylindre de la grosseur d'un rouleau central d'essuie-tout. À l'aide de longues tiges et d'aiguilles placées dans le cylindre, le chirurgien qui voit l'intérieur du rectum sur écran peut alors enlever une tumeur. Le tout est fait sous anesthésie générale.

«Ça se fait en chirurgie d'un jour. Jusqu'à maintenant, la plus courte chirurgie a été de 11 minutes et la plus longue a duré

200 minutes. Ça dépend de la grosseur et de la localisation de la tumeur. En général, ça prend entre 30 et 45 minutes», a expliqué, hier, le Dr Alexandre Bouchard.

À la différence, une opération pour enlever le rectum incluant la pose d'un sac nécessite une hospitalisation de cinq à sept jours. Le taux de complications postopératoires est de 20 à 25 %, par rapport à 5 % avec la nouvelle technologie.

Seule une minorité de patients pourra bénéficier des bienfaits de cette avancée dans le traitement des tumeurs colorectales. Si les tumeurs sont trop éloignées de la sortie, on ne peut employer le nouvel appareil.

«On peut retirer des tumeurs cancéreuses, mais il faut que ce soit précoce parce qu'on ne peut enlever des ganglions autour du rectum avec le nouvel appareil. S'il y a une lésion moindrement épaisse, elle a plus de chances d'envoyer des métastases dans les ganglions. Je ne peux pas dire au patient que je peux faire un aussi bon travail qu'en enlevant le rectum», a ajouté le Dr Bouchard.

Seul hôpital au Québec

Depuis l'automne dernier, plus de 25 personnes ont bénéficié de la nouvelle technologie à Saint-François d'Assise, qui est le seul hôpital au Québec et le troisième au Canada à l'avoir.

«Le patient-type est dans la cinquantaine ou dans la soixantaine. Il a un gros polype au rectum qui n'est pas cancéreux. Ça fait des années qu'il se le fait enlever lors d'une coloscopie, d'une endoscopie à tous les trois ou six mois», a précisé le chirurgien.

Le nouvel appareil de microchirurgie a coûté 78 000 \$ et a été financé en grande partie par les donateurs à la Fondation du CHUQ. Pour leur part, les chirurgiens de Saint-François d'Assise ont allongé une somme de 20 000 \$ afin de permettre l'acquisition de l'appareil et des instruments chirurgicaux.

Pierre Pelchat
01 février 2012

Le Soleil

<http://www.cyberpresse.ca/le-soleil/actualites/sante/201201/31/01-4491291-tumeurs-colorectales-nouveau-traitement-a-saint-francois-dassise.php>

Une allergie au ciment ...de la prothèse !

Les complications mécaniques et infectieuses mises à part, les effets indésirables observés après la pose d'une prothèse orthopédique comprennent des symptômes cutanés (dermatites localisées ou généralisées, infiltrats cutanés inflammatoires), des fistules, une inflammation aseptique, des douleurs ou des œdèmes persistants, une fibrose ou un descellement de la prothèse.

Le mécanisme de ces lésions est mal connu. Des allergies de contact aux alliages métalliques et une réponse inflammatoire aux ions métalliques ont été évoquées.

Le métal n'est cependant pas seul en cause. D'autres facteurs interviennent certainement. Les complications sont ainsi plus fréquentes avec les prothèses de genoux qu'avec les prothèses de hanche.

En dehors des métaux (nickel, cobalt, chrome et plus rarement titane), les composants du ciment commencent à être été incriminés comme des allergènes potentiels.

Les ciments utilisés en orthopédie contiennent des acrylates, des initiateurs de polymérisation (N,N-diméthyl-p-toluidine et peroxyde de benzoyle), des stabilisateurs (hydroquinone), parfois des antibiotiques, un colorant vert (chlorophylle), de l'oxyde de zirconium ou du sulfate de baryum pour la radio-opacité.

Cinq nouveaux cas de complications suivant la pose de prothèses du genou ou de l'épaule et en relation avec une allergie au ciment viennent d'être publiés.

Ces patients n'avaient aucun antécédent d'allergie de contact au métal. Deux d'entre eux avaient une rhinite allergique saisonnière.

Tous présentaient des réactions cutanées mais aussi des douleurs persistantes, des œdèmes ou un descellement de la prothèse.

Le test réalisé avec le ciment n'a que rarement été positif.

Par contre, tous les patients avaient un test positif pour le peroxyde de benzoyle.

Certains avaient aussi des réactions aux métaux qui n'ont cependant pas été jugées pertinentes.

L'apparition des symptômes plusieurs semaines ou mois après la mise en place de la prothèse suggère

que la sensibilisation s'est produite au contact du ciment prothétique.

Une arthroplastie sans ciment a été réalisée chez 4 patients avec un bon résultat.

Dr Geneviève Démonet

06/02/2012

<http://www.jim.fr>

Bircher A et coll. : Allergic complications from orthopaedic joint implants : the role of delayed hypersensitivity to benzoyl peroxide in bone cement. Contact Dermatitis 2012 ; 66 : 20-26.

http://www.jim.fr/e-docs/00/01/FA/A5/document_actu_med.html

Post-opératoire

Enoxaparine : des résultats contre intuitifs

La thromboprophylaxie pharmacologique (essentiellement par héparine de bas poids moléculaire [HBPM]) est généralisée dans les services de chirurgie. Des études randomisées ont en effet démontré depuis de longues années qu'elle réduisait la fréquence des thromboses veineuses profondes (TVP) et des embolies pulmonaires (EP) symptomatiques ou non mais aussi la mortalité toutes causes confondues.

Chez les patients hospitalisés pour une pathologie médicale aiguë, la prescription d'HBPM est nettement moins répandue. Cette différence médecine-chirurgie pourrait s'expliquer par le fait que, si les études conduites en milieu médical ont montré une réduction de la fréquence des TVP et des EP chez les patients traités, aucune diminution significative de la mortalité n'avait jusqu'ici été prouvée.

C'est pourquoi un groupe international s'est attaqué à la question en mettant en œuvre un vaste essai randomisé ayant comme critère principal de jugement, la mortalité à 30 jours.

Plus de 8000 malades traités dans 7 pays

En résumé, 8 307 sujets hospitalisés pour une pathologie médicale aiguë à risque de TVP ont été inclus dans l'étude. Les patients devaient avoir plus de 40 ans, être admis à l'hôpital pour une décompensation aiguë d'insuffisance cardiaque, un cancer évolutif ou une infection systémique grave associés à au moins un facteur de risque de TVP (maladie pulmonaire chronique, obésité, antécédents de TVP ou âge supérieur à 60 ans).

Ces malades qui bénéficiaient tous de la pose de bas de contention élastique à pression graduelle allant de 10 mm Hg au genou à 15 mm Hg à la cheville ont été randomisés en double aveugle entre la prescription d'énoxaparine (40 mg/j pendant 6 à 14 jours) ou des injections de placebo. La survenue d'une TVP conduisait naturellement à l'arrêt de la médication testée et à la mise en œuvre d'un traitement anticoagulant.

Le critère de jugement principal était le taux de décès à 30 jours.

Une mortalité identique avec et sans énoxaparine

Contre toute attente, la mortalité à un mois a été similaire dans les deux bras de l'étude : 4,8 % dans le groupe placebo contre 4,9 % dans le groupe énoxaparine (NS). Il en a été de même pour la mortalité à 14 jours (2,9 % dans les 2 groupes) et à 90 jours (8,6 % dans le groupe placebo et 8,4 % dans le groupe énoxaparine [NS]). De plus, aucune différence significative n'a été constatée sur la mortalité de cause cardio-pulmonaire ou sur la fréquence des morts subites ou des morts par embolie pulmonaire. En termes de tolérance, les résultats ont été plus conformes à ce que l'on attendait avec une augmentation significative des événements hémorragiques sous énoxaparine (2,2 % contre 1,5 % sous placebo ; $p=0,01$) sans toutefois de majoration significative de la fréquence des hémorragies majeures.

Pourquoi cette absence de réduction de la mortalité ?

Il est bien difficile d'expliquer ces résultats tout à fait contre intuitifs. Et, quelles que soient les causes de cette divergence apparente entre cette absence de réduction de la mortalité et la

réduction du risque de TVP démontrée dans des essais précédents, elle mérite que l'on s'y attarde d'autant qu'aucune tendance en faveur du traitement n'a même été mise en évidence.

On peut en tout premier lieu envisager un effet préventif de la contention élastique qui aurait pu « masquer » l'efficacité de la thromboprophylaxie pharmacologique. Pour éliminer ce biais (peu probable selon les auteurs) un groupe contrôle sans aucune intervention préventive aurait été nécessaire, mais ceci n'a pas été retenu par les responsables de l'étude peut-être pour des raisons éthiques.

Il est également possible que l'histoire naturelle des TVP soit différente chez les patients « médicaux » et « chirurgicaux » et que le risque d'EP soit moindre au cours des TVP « médicales ».

On doit aussi évoquer le fait que si les TVP sont une cause majeure de morts postopératoires, leur poids dans la létalité chez des patients hospitalisés pour une pathologie médicale est plus limité, le motif de l'hospitalisation étant très probablement la première étiologie des décès dans ce contexte et non la maladie thrombo-embolique veineuse. Ceci semble corroboré par le fait que les morts subites et les décès par embolies pulmonaires ont été rares dans les deux groupes (29 dans chaque bras).

Il est à noter de plus que la population retenue pour cet essai avait un risque de TVP plus faible que dans des études antérieures. Il s'agissait en effet de patients recrutés principalement en Asie (chez qui le risque de TVP serait plus limité) et de malades atteints de pathologies moins graves que dans d'autres essais (les taux de mortalité constatés à 30 jours de 4,8 à 4,9 % étaient à cet égard inférieurs à ce qui était prévu lors de la conception de l'étude).

Cette étude ne remet toutefois pas directement en cause le bien fondé de la thrombo-prophylaxie pharmacologique chez des sujets ayant une affection médicale aiguë puisqu'elle ne comportait pas de mesure de la fréquence des TVP symptomatiques et a fortiori asymptomatiques.

Elle pourrait cependant conduire à relativiser l'intérêt de ce type de traitement, tout au moins lorsqu'il est associé à une contention élastique, et peut-être à revoir les recommandations sur ce thème en insistant peut-être sur l'importance de la contention élastique.

Dr Anastasia Roublev

09/01/2012
<http://www.jim.fr>

Kakkar A et coll. : Low molecular-weight heparin and mortality in acutely ill medical patients. *N Engl J Med* 2011; 365: 2463-72.

http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:cl-1iRoX3ecJ:www.jim.fr/e-docs/00/01/F8/6B/document_actu_med.phtml+http://www.jim.fr/medecin/21_anesthesie/e-docs/00/01/F8/6B/document_actu_med.phtml&cd=1&hl=fr&ct=clnk&gl=fr&client=safari

Perturbations de l'ionogramme sanguin sous héparine fractionnée ou non

L'héparine peut provoquer une hyperkaliémie quelques jours après le début du traitement. En effet, elle bloque de manière réversible une étape enzymatique de la synthèse de l'aldostérone, mais surtout diminue le nombre et l'affinité des récepteurs à l'angiotensine II dans la zone glomérulée des glandes surrénales. Il s'ensuit un hypoaldostéronisme qui se traduit par une hyperkaliémie, une natriurèse et une hyponatrémie. Ces effets secondaires de l'héparine sont assez rarement observés et concernent le plus souvent des patients insuffisants rénaux, diabétiques ou âgés.

Il est désormais courant de recourir aux héparines de bas poids moléculaire (HBPM) et peu de données sont disponibles sur l'effet des HBPM sur la kaliémie. Une équipe indienne s'est penchée sur l'évolution de l'ionogramme sanguin de deux groupes de patients, hommes et femmes atteints de diverses pathologies, au cours d'un traitement par héparine ou HBPM.

Les résultats indiquent que les HBPM induisent une hyperkaliémie et une hyponatrémie, plus importantes que celles observées avec l'héparine. Il est cependant difficile de déterminer si le mécanisme est le même pour les HBPM que pour l'héparine non fractionnée, car l'hétérogénéité des deux groupes de patients atténue la qualité des résultats.

Le rôle de l'insuffisance rénale dans le risque d'hyperkaliémie est confirmé. Il existe une corrélation significative entre le développement de l'hyperkaliémie et le taux basal de potassium, qui reflète le niveau basal d'aldostérone. La clairance

de la créatinine et le taux basal de potassium ont donc une valeur prédictive de susceptibilité du patient à l'hyperkaliémie induite par l'héparine.

Le délai de survenue de l'hyperkaliémie après le début du traitement varie beaucoup en fonction de l'état clinique du patient. Ceci souligne la nécessité d'un suivi régulier de la kaliémie, surtout lorsque la durée de traitement excède cinq jours. Les traitements courts avec des HBPM induisent certes une augmentation du taux sérique de potassium, mais le risque d'une hyperkaliémie cliniquement patente reste faible. Le taux de potassium doit être

particulièrement surveillé chez les patients présentant un risque accru d'hyperkaliémie (diabétiques, personnes âgées, insuffisants rénaux).

Dr Estelle Deniaud Boüet

10/02/2012

<http://www.jim.fr>

Bengalorkar GM et coll. : Effect of heparin and low-molecular weight heparin on serum potassium and sodium levels. *Journal of Pharmacology and Pharmacotherapeutics*, 2011 ; 2 : 266-269.

http://www.jim.fr/e-docs/00/01/FB/19/document_actu_med.phtml

Douleur

L'Afssaps se penche sur les effets indésirables du Tramadol

Les ventes d'antalgiques à base de tramadol ont augmenté d'environ 30% en un an, selon l'agence du médicament (Afssaps) qui attend "dans les prochains jours" les résultats de la surveillance mise en place sur ce dérivé morphinique, concernant les problèmes d'addiction.

Une surveillance spécifique sur les spécialités à base de tramadol (Tramadol, Ixprim, Topalgic, Contramal...) avait été mise en place par l'Afssaps dès l'annonce de l'arrêt de commercialisation du Di-Antalvic, l'un des antalgiques de palier 2 jusqu'alors les plus prescrits.

"Les premiers résultats qui vont sortir dans les prochains jours concernent les problèmes d'abus, de dépendance et de sevrage avec ces médicaments à base de tramadol", a précisé à l'AFP Nathalie Richard, responsable du département Stupéfiants et psychotropes à l'Afssaps, confirmant une information du Parisien.

"On avait anticipé le retrait du Di-Antalvic, le tramadol étant un médicament équivalent, en termes de puissance antalgique", a-t-elle expliqué. En un an, les ventes ont augmenté d'environ 30%.

L'arrêt brutal du traitement peut provoquer un syndrome de sevrage (anxiété, confusion,

agitation...), tandis que l'utilisation prolongée de ces médicaments peut conduire à un état de dépendance. Ce sont des effets indésirables connus.

«Il y a deux problèmes importants avec le tramadol : il peut y avoir un problème d'abus, d'effet recherché particulier, mais également un problème à l'arrêt du traitement», a analysé Nathalie Richard.

«Pour l'instant, en termes d'abus et de dépendance, ce n'est pas alarmant», a-t-elle tempéré. «Les données dont on dispose actuellement ne justifient pas un retrait», a-t-elle estimé.

17 laboratoires commercialisent des spécialités à base de tramadol, seul ou associé au paracétamol.

Rédaction ActuSoins, avec AFP
25 janvier 2012

http://www.actusoins.com/10475/lafssaps-se-penche-sur-les-effets-indesirables-du-tramadol.html?utm_source=feedburner&utm_medium=feed&utm_campaign=Feed%3A+actusoins+%28actusoins%29

Les femmes plus douillettes que les hommes ?

Une étude très sérieuse a comparé l'évaluation faite par des milliers de patients de leur propre douleur. Le résultat est surprenant.

Il n'est pas rare d'entendre les femmes se moquer de leurs chochottes de maris, arguant que, contrairement à elles, ils ne supportent pas la douleur. Ces "Wonder Women" se trompent. Les femmes ressentiraient la douleur avec plus d'intensité que les hommes. C'est en tout cas ce que suggèrent les résultats d'une enquête américaine menée sur 72 000 patients adultes, hommes et femmes, de toutes les origines, par une équipe d'enquêteurs de l'école de médecine de l'université de Stanford et parus dans le Journal of Pain.

Pour minimiser les biais, ils ont épluché les données médicales informatisées de plusieurs hôpitaux américains et n'ont inclus que les réponses des patients notant leur douleur sur une échelle de 1 à 10 à la demande de leur médecin. Ils n'ont également retenu pour chacun des cas que la première note donnée par le patient. Celle donnée avant tout traitement, et pas après, ce qui aurait faussé l'étude.

Migraines

Les auteurs de l'étude ont enfin identifié 47 catégories de diagnostics différents qu'ils ont réunies en 16 groupes de maladies (circulatoires, musculo-squelettiques...). Le résultat final a étonné les auteurs de l'étude : la moyenne des notations des femmes est significativement plus élevée que celle des hommes dans presque toutes les catégories ! Dans les cas extrêmes, comme les maux musculo-squelettiques, la différence peut atteindre une unité (sur 10 de l'échelle), ce que les médecins considèrent comme une différence importante. On savait déjà que les femmes souffraient davantage des fibromyalgies et des migraines que les hommes, mais cette étude montre également qu'elles ressentent plus de douleur en cas de sinusites et de problèmes cervicaux.

Reste que les auteurs de l'étude mettent en garde contre toute conclusion trop hâtive. Difficile de savoir si les femmes souffrent plus ou se plaignent plus que les hommes. Seule certitude, absolument indiscutable : il existe une douleur qu'elle ressent bien davantage que l'homme, celle de l'accouchement.

Gwendoline Dos Santos

Le Point.fr - Publié le 24/01/2012

http://www.lepoint.fr/sante/les-femmes-plus-douillettes-que-les-hommes-24-01-2012-1422804_40.php

L'hépatotoxicité du paracétamol étroitement associée à la répétition des surdosages et au délai de prise en charge

Le surdosage de paracétamol est une cause importante d'hépatite aiguë en Europe. Sa prise en charge est basée sur le nomogramme de Prescott intégrant la quantité totale ingérée et le délai de prise en charge. Un traitement antidotal par la N-acétylcystéine est instauré dans le cas d'un surdosage isolé et récent. Le nomogramme est en revanche peu adapté aux surdosages répétés et pris en charge tardivement (au-delà de 24h).

Une étude rétrospective de cohorte menée en Ecosse entre 1992 et 2008 sur plus de 600 patients s'est penchée sur le devenir clinique de patients admis pour surdosage de paracétamol, en distinguant d'une part ceux admis pour un surdosage isolé (> 4 g en une prise) et d'autre part ceux admis pour des surdosages répétés (> 4g sur au moins 2 prises en 24 h ; 25 % des patients). Le délai de prise en charge est également analysé.

Cette étude fait apparaître qu'un surdosage isolé est de meilleur pronostic que des surdosages répétés, même pour une quantité totale ingérée de paracétamol supérieure. Une prise en charge tardive conduit à une baisse de l'efficacité du traitement antidotal, avec un besoin de recourir à une greffe hépatique plus fréquent et une hausse de la mortalité. Les effets délétères de surdosages répétés peuvent être expliqués par l'allongement du délai de prise en charge et donc de mise en place du traitement antidotal. Le retard à la mise en place de ce traitement est un critère prédictif du risque d'encéphalopathie hépatique.

Les auteurs recommandent que tous les patients admis pour hépatite aiguë sévère associée à un surdosage de paracétamol soient immédiatement traités avec l'antidote, avant même de connaître la concentration sérique en paracétamol. Ils doivent ensuite être étroitement surveillés en raison d'un risque accru de développer des atteintes tardives graves (encéphalopathie, insuffisance rénale, insuffisance respiratoire).

Les surdosages répétés ont souvent été observés chez des patients cumulant d'autres facteurs de risque hépatique (alcoolisme chronique, âge avancé). Le cas des malades âgés prenant un

traitement continu de paracétamol doit faire l'objet d'une attention toute particulière. Il est essentiel de prévenir chez ces patients les risques d'erreurs de posologie dans leur traitement habituel et surtout lors de prescriptions occasionnelles d'autres spécialités contenant du paracétamol.

Dr Estelle Deniaud Bouët

12/01/2012

<http://www.jim.fr>

Craig DGN et coll. : Staggered overdose pattern and delay to hospital presentation are associated with adverse outcomes following paracetamol-induced hepatotoxicity. *Brit Jof Clin Pharmacol.*, 2011 ; 73 : 285-294.

http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:NKptydFvUEsJ:www.jim.fr/e-docs/00/01/F8/B4/document_actu_med.phtml+http://www.jim.fr/medecin/21_anesthesie/e-docs/00/01/F8/B4/document_actu_med.phtml&cd=1&hl=fr&ct=clnk&gl=fr&client=safari

Obstétrique / Néonatal

Extending epidural analgesia for emergency caesarean section: a meta-analysis

La plupart des césariennes en urgence sont aujourd'hui réalisées sous anesthésie péridurale grâce à la conversion d'une péridurale analgésique initiée au cours du travail en péridurale anesthésique. Différentes solutions d'anesthésiques locaux (AL) peuvent alors être utilisées pour étendre et approfondir le bloc péridural. L'objectif recherché sera double : l'installation rapide d'une anesthésie chirurgicale et couverture analgésique suffisante pour toute la période peropératoire.

Question :

Existe-t-il lors d'une césarienne en urgence, une différence entre les solutions d'AL injectées en péridurale en termes de délai d'installation d'une anesthésie chirurgicale, et de recours à des compléments pour défaut d'analgésie en peropératoire?

Méthode :

Méta-analyse incluant 11 études randomisées contrôlées, regroupant 779 parturientes, sélectionnées à partir d'une recherche systématique de la littérature et de la qualité méthodologique des études. Les solutions administrées en péridurale ont été classées en 3 groupes : bupivacaine ou lévobupivacaine 0,5% (groupe Bupi/ Levo) ; lidocaine 2% adrénalinée

avec / sans fentanyl (groupe LE ± F) ; et ropivacaine 0,75% (groupe Ropi).

Critères principaux de jugement :

- Délai d'obtention d'un niveau de bloc suffisant pour réaliser la césarienne
- Besoin d'un complément d'anesthésie en peropératoire

Critères secondaires de jugement :

- Nausées et vomissements
- Prurit
- Frissons
- Sédation
- Modifications cardio-vasculaires
- Bloc moteur
- Satisfaction maternelle
- Scores d'Apgar et gaz du sang au cordon

Principaux résultats :

La majorité des études inclus dans la méta-analyse ont été réalisées au Royaume-Uni (8 sur 11). Les études retenues étaient pour la plupart de haut niveau sur le plan méthodologique. Elles ont toutes inclus des parturientes avec un cathéter de péridural posé en cours de travail, les protocoles d'analgésie utilisaient de faibles concentrations d'AL et du fentanyl et les modes d'administration étaient variables.

Pour le délai d'installation du bloc chirurgical, les modalités d'évaluation étaient différentes selon les études, même si la plupart renaient une perte de la sensibilité au froid jusqu'à T4 comme niveau de

bloc suffisant. L'analyse a montré un délai d'installation significativement plus court dans le groupe LE ± F comparé aux 2 autres groupes avec une médiane de 4,51 min (95%CI, 5,89 à - 3,13 min, $p < 0,00001$). L'adjonction de fentanyl à raison de 50 – 75µg permettait de diminuer le délai d'installation de l'anesthésie chirurgicale avec une médiane de - 2,02 min (95%CI, 3,31 à - 0,73 min, $p = 0,002$).

Pour le complément en peropératoire, la méta-analyse a montré une augmentation significative de l'incidence des compléments d'anesthésie en raison de douleurs en peropératoire avec la Bupi/Levo comparé aussi bien à LE ± F qu'à Ropi avec un risque relatif (RR) groupé de 2,03 (95%CI, 1,22 – 3,39, $p = 0,007$). Cette augmentation était encore plus nette lorsque Bupi/Levo était comparé à Ropi (RR 3,24, 95%CI 1,26-8,33, $p = 0,01$). L'adjonction de fentanyl à l'AL ne réduisait pas le besoin en complément peropératoire (RR groupé 0,66, 95%CI 0,33 – 1,33, $p = 0,25$).

Pour les critères secondaires de jugement, aucune différence significative n'a été mise en évidence entre les 3 groupes.

Commentaires :

Cette méta-analyse n'a pu inclure que 11 études randomisées reflétant la pratique en anesthésie obstétricale. Elle suggère que la lidocaïne 2% adrénalinée ± fentanyl procure un bloc anesthésique plus rapide, tandis que la ropivacaine 0,75% permet de réduire l'incidence des compléments d'anesthésie en peropératoire. L'adjonction de fentanyl à la solution d'AL ne réduit pas le besoin de complément mais diminue le délai d'installation, sans majorer l'incidence des vomissements.

Cependant, en raison de la diversité des protocoles utilisés et de la variabilité des critères d'évaluation, il faut rester prudent sur les conclusions à tirer des résultats de cette méta-analyse. C'est tout particulièrement le cas pour l'évaluation du bloc chirurgical, où pas moins de 6 combinaisons de différentes méthodes pour tester le bloc sensitif et son niveau ont été relevées. Pour autant, si on considère la situation d'une césarienne urgente avec un délai d'extraction fœtale < 30 min, on retiendra que les résultats de la méta-analyse montrent que les 3 solutions d'AL sont acceptables en termes de délai d'installation d'une anesthésie chirurgicale. Ce délai pouvant être réduit de 4,5

min avec la solution LE ± F. A noter que dans toutes les études cette solution a permis d'obtenir un délai d'installation < 15 min.

Conclusion :

Les résultats de l'enquête périnatalité 2010 indiquent qu'en France, 21% des accouchements se font par césarienne et qu'environ 50% des césariennes sont réalisées au cours de travail*. De fait, malgré les limites discutées, cette méta-analyse est particulièrement intéressante pour la pratique quotidienne en anesthésie obstétricale. Elle suggère que dans le cadre d'une césarienne en urgence, pour la conversion d'une péridurale analgésique en péridural anesthésique, la bupivacaine et la lévobupivacaine 0,5% sont les AL les moins adaptés en termes de vitesse d'installation de l'anesthésie et de qualité du bloc. La ropivacaine 0,75% est la plus efficace pour réduire le recours aux compléments d'anesthésie pour des douleurs en peropératoire, tandis que la lidocaïne 2% adrénalinée avec ou sans fentanyl procure le délai d'installation de l'anesthésie le plus court.

Sur les bases de cette méta-analyse, on peut suggérer les schémas de prise en charge suivants :

- Pour une césarienne urgente (délai d'extraction fœtale < 30 min) : administration en péridurale de lidocaïne 2% adrénalinée avec probablement du fentanyl (ou du sufentanil).
- Pour une césarienne en urgence relative, laissant plus de temps pour l'extraction fœtale : administration en péridurale de ropivacaine 0,75%.

<http://www.perinat-france.org/portail-professionnel/plansrapports/enquetes-perinatales/enquetes-nationales/enquete-nationale-perinatale-230-1341.html>

Article commenté par le Pr Hawa Keita-Meyer

Mis en ligne le 11 Janvier 2012

Br J Anaesth 2011 ; 107 (5) : 668-78

<http://www.sfar.org/article/838/extending-epidural-analgesia-for-emergency-caesarean-section-a-meta-analysis>

Première européenne en chirurgie robotique néonatale

Une équipe du CHU de Limoges conduite par le Pr Laurent Fourcade vient d'opérer par chirurgie robot-assistée un nouveau né atteint d'une atrésie de l'œsophage. C'est la première intervention de ce type en Europe et l'une des premières dans le monde.

3 kg 200. C'était le poids de Louise le 15 octobre 2011, jour de son opération à l'hôpital de la mère et de l'enfant du CHU de Limoges. Elle est le premier bébé européen à avoir bénéficié d'une intervention chirurgicale robotique pour traiter une atrésie de l'œsophage, et le « plus petit » opéré en France sous assistance robotique.

Dans la plupart des cas, les enfants atteints de cette malformation sont opérés à la naissance par thoracotomie. Moins invasive, et offrant des suites opératoires moins lourdes (douleurs moindres, cicatrice plus discrète...), le traitement d'une atrésie de l'œsophage par thoracoscopie est une alternative extrêmement séduisante mais complexe à réaliser sur les enfants de petite taille. Le Pr Laurent Fourcade, responsable du service de chirurgie pédiatrique et auteur de cette première commente la genèse de cette première : « Notre expérience en chirurgie mini-invasive ainsi que notre expérience avec le robot Da Vinci et la qualité de la dissection et des sutures qu'il propose, nous ont amenés à utiliser cette technique innovante chez ce nourrisson. La disponibilité de toute l'équipe de bloc opératoire ainsi que de l'équipe d'anesthésie sous la direction pour cette intervention du Dr Cros, ont été des éléments essentiels à la réussite de notre intervention. Louise va bien, elle est rentrée à la maison après le traitement par l'équipe d'ORL du Dr Aubry d'une laryngomalacie ».

Une opération aussi réalisée après avoir dialogué avec le Pr John Meehan, chirurgien au Seattle Children's hospital, « le » chirurgien mondial pour la chirurgie pédiatrique avec robot, et en présence du Dr Grousseau, initiateur avec le Dr Longis et le Pr Alain de la coelioscopie pédiatrique dans l'établissement référence du Limousin.

Fort de cette réussite, l'équipe de chirurgie pédiatrique du CHU de Limoges prévoit de faire à nouveau appel à cette technique dans cette indication, « sur des enfants de plus de 3 kg et sauf malformations associées », précise néanmoins le Pr Fourcade.

Référent pour les interventions chirurgicales robotisées, en particulier en chirurgie pédiatrique (2ème établissement français en nombre d'interventions pour cette spécialité), le CHU de Limoges se réjouit évidemment du succès de son équipe qui reçoit déjà les visites de chirurgiens français et étrangers qui s'intéressent à cette première.

Philippe Frugier

responsable communication

05 55 05 62 49 - philippe.frugier@chu-limoges.fr

4 janvier 2012

<http://www.chu-limoges.fr/premiere-europeenne-en-chirurgie-robotique-neonatale.html>

Hypertonie vagale du nourrisson et traitement par atropinique : un vieux débat

L'hypertonie ou hyperréactivité vagale (HRV) est une dysfonction temporaire du système nerveux autonome due à la fois à une hyperactivité vagale et une dysrégulation adrénergique qui peut

déterminer une bradycardie sévère et une asystolie. Cette anomalie est liée à une activation anormale du noyau du faisceau solitaire sous l'influence de stimuli variés. Son rôle a été évoqué comme facteur de risque de mort subite du nourrisson. Un traitement par atropinique de synthèse a été préconisé.

Des auteurs italiens font état de leur expérience avec l'homatropine utilisée chez 50 nourrissons (28 garçons, 22 filles), âgés de 6,1±2,7 mois, hospitalisés pour perte de connaissance ou apnées. Le diagnostic d'HRV a été porté sur les données d'un holter de 24h. Les paramètres recherchés ont été des épisodes de bradycardie < 50/mn, un rythme jonctionnel, un bloc atrio-ventriculaire, la présence de pauses sinusales > 2000ms, la perte des variations circadiennes du rythme avec des irrégularités sinusales et des bradycardies. Le réflexe oculo-cardiaque n'a pas été étudié. Les critères d'exclusion ont été lupus maternel, anémie ou carence martiale, reflux gastro-œsophagien, antécédents neurologiques ou pulmonaires, HTA. L'homatropine (ou novatropine) a été administrée per os à la dose de 0,1 à 0,3 mg/Kg en 4 à 6 prises, en commençant par 0,1 mg jusqu'à l'efficacité contrôlée par holter. Les contrôles ont été

effectués à J10 puis à 1, 3,6, 9 et 12 mois ; dans 6 cas, le traitement a été prolongé au-delà de 1 an.

Des différences significatives ont été constatées, avant et après homatropine, concernant l'accélération du rythme cardiaque le plus rapide (moyenne 207 vs 168 p<0,001), le plus lent (111vs 42 p<0,00001), le rythme cardiaque moyen (p<0,02), la pression systolique (p<0,04). Un échec a été constaté lié à un bloc auriculo-ventriculaire nécessitant un pacemaker. Il n'a pas été noté d'allongement significatif de l'espace QT, y compris chez 12 anciens prématurés. Cliniquement, les symptômes ont disparu et aucune mort subite n'a été déplorée.

Les auteurs concluent à l'efficacité de ce traitement avec une bonne marge de sécurité mais notent que l'homatropine en forme orale a été retirée du commerce en Italie.

Commentaire : en France, le même débat a lieu avec le diphémanil : HRV vraie entité ou faux problème ? Probablement vrai problème pour un nombre limité d'enfants mais pas d'étude validée sur l'utilisation des atropiniques.

Pr Jean-Jacques Baudon

08/01/2012

<http://www.jim.fr>

Bassareo PP et coll. : An old drug for use in the prevention of sudden infant unexpected death due to vagal hypertonia. Eur J Pediatr 2011; 170: 1569-75

http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:G55_QXPHTaOJ:www.jim.fr/e-docs/00/01/F8/58/document_actu_med.phtml+Hypertonie+vagale+du+nourrisson+et+traitement+par+atropinique+:+un+vieux+débat&cd=1&hl=fr&ct=clnk&gl=fr&client=safari

La dysplasie broncho-pulmonaire recule-t-elle ?

Beaucoup d'efforts ont été déployés pour atténuer le traumatisme des poumons immatures dû à la ventilation mécanique. Leur portée est controversée, mais les études rétrospectives sont plus optimistes que les essais thérapeutiques.

Une équipe hollandaise rapporte l'histoire parallèle du soutien respiratoire et de la dysplasie broncho-pulmonaire [DBP] de prématurés de 25 à 30 semaines pris en charge dans un centre périnatal, la DBP étant définie par un supplément d'oxygène [O₂] pendant plus de 28 jours ou par une supplémentation en O₂ et/ou une assistance respiratoire jusqu'à ≥36 sem.

En 1996-1997, les 106 enfants nés avant 30 sem. ont presque tous été intubés et ventilés avec de l'O₂ pur à la naissance, puis mis en ventilation assistée contrôlée intermittente [VACI] sur un découpeur de flux, avec un objectif de normocapnie, la pression positive continue [PPC] nasale n'étant utilisée qu'après l'extubation. L'incidence de la DBP a été de 47 %.

En 2003-2004, deux options nouvelles, la ventilation au masque en salle de naissance et la PPC nasale d'emblée en réanimation, et l'abandon de la normocapnie pour « l'hypercapnie permissive », ont évité une intubation précoce (avant H72) et une ventilation mécanique à, respectivement, 24 % et 18 % des 120 enfants de <30 sem traités. Cependant, l'incidence de la DBP est restée élevée, à 55 %.

En 2008-2009, 156 enfants ont de plus bénéficié d'une pression d'insufflation plafonnée à 20 cm d'H₂O (pièce en T), de la PPC nasale et de la titration de l'O₂ dès la naissance, puis du maintien du volume courant à 4-6 ml/kg en VACI. Les taux d'enfants ayant évité l'intubation précoce et la VM sont montés à, respectivement, 39 % et 26 %, et l'incidence de la DBP est descendue à 37 %, une diminution nette par rapport à 1996-1997 (p <0,01) et à 2003-2004 (p <0,01). Les survivants avaient moins de formes modérées à sévères de DBP qu'autrefois : 15 % versus 27 % en 1996-1997 (p <0,05) et 31 % en 2003-2004 (p <0,01).

Les trois cohortes sont comparables, mis à part une augmentation du taux de césariennes avec le temps. L'oscillation à haute fréquence n'a été utilisée qu'en dernière extrémité, à partir de la 2e période.

Le recul de la DBP est isolé, l'incidence des autres complications de la grande prématurité et la mortalité restant stables. Il ne concerne que des enfants de ≥ 25 sem. Son synchronisme avec les dernières modifications de l'assistance respiratoire suggère qu'elle est due à plusieurs facteurs : diminution de l'invasivité trachéale -grâce à la PPC nasale-, limitation du baro- et du volo-traumatisme, et réduction du stress oxydatif. Au total, cette étude historique incite à persévérer dans le sens de « l'adoucissement » du soutien respiratoire pour réduire l'incidence de la DBP chez les grands prématurés.

Dr Jean-Marc Retbi

31/01/2012

<http://www.jim.fr>

Brûlures étendues de l'enfant : la mortalité s'accroît brutalement au-delà de 60 % de surface atteinte

Le pronostic des brûlures étendues prises en charge en centre spécialisé s'est sensiblement amélioré ces dernières décennies. La dernière étude de grande ampleur évaluant le pronostic vital des brûlés datait de 1998 et avait identifié parmi les facteurs de risque de décès un pourcentage de surface corporelle totale (PSCT) atteinte supérieur à 40 %.

Un groupe associant des spécialistes canadiens et texans a cherché à évaluer l'importance du PSCT brûlé chez l'enfant avec les techniques les plus récentes de prise en charge.

Les 952 enfants admis au centre de Galveston au Texas entre 1998 et 2008 avec une brûlure de plus de 30 % de PSCT ont été admis dans cette étude prospective. Tous ces enfants ont bénéficié d'une réanimation hydro-électrolytique, métabolique et nutritionnelle et de soins locaux (excision, auto et/ou homogreffe) standardisés et de haut niveau.

Ces patients ont été répartis en 7 groupes de PSCT brûlé (croissant de 10 % en 10 %) allant de 30 à 40 % à 90 à 100 %. Il a été ainsi possible d'étudier les relations entre le PSCT atteint et la morbi-mortalité.

Une inflexion de la mortalité au-delà de 62 % de surface corporelle atteinte

En terme de mortalité celle-ci se révèle peu élevée jusqu'à 60-62 % de PSCT avec par exemple des taux de décès allant de 3 % pour la tranche 30-39 % de PSCT à 7 % pour la tranche 50-59 %. Au-delà de 60 % de PSCT brûlé, le taux de mortalité augmente rapidement avec un point d'inflexion retrouvé à 62 %. Ainsi 16 % des enfants décèdent entre 60 et 70 % de PSCT atteint, 22 % entre 70 et 79 %, 35 % entre 80 et 89 % et 55 % entre 90 et 100 % ($p < 0,0001$). Il faut ici souligner que ce dernier taux de létalité de 55 % pour les brûlures touchant plus

de 90 % de la surface corporelle qui peut paraître très élevé constitue en fait un progrès majeur par rapport aux décennies antérieures à mettre au compte de l'amélioration des techniques de réanimation et de soins locaux.

En dehors de cette relation PSCT-mortalité avec une majoration nette du risque au-delà d'un seuil de 62 %, cette étude a permis de confirmer l'importance du PSCT sur la morbidité. Ainsi la durée du séjour en réanimation et la fréquence des défaillances multi-organiques et des sepsis sont également corrélées significativement au PSCT atteint. L'étude des principaux paramètres cliniques accessibles à l'admission a montré qu'une brûlure touchant plus de 60 % de la SCT était le facteur principal de risque de décès (OR : 10,07), tandis que des lésions d'inhalation concomitante (OR : 2,97) ou le sexe féminin (OR : 2,26) étaient des facteurs de surmortalité nets mais moins importants. Quant à l'âge ou le délai entre l'accident et l'admission, ils n'avaient pas d'influence sur la mortalité hospitalière dans cette série.

Cette étude très complète comporte beaucoup d'autres données sur l'évolution de multiples paramètres biologiques en fonction du PSCT (notamment taux de diverses cytokines). Elle aidera les spécialistes à mieux évaluer le pronostic des enfants admis pour brûlures étendues et ainsi à mieux adapter « l'agressivité » de leur traitement à la gravité de leur état. Elle permettra également à chaque centre de comparer ses propres résultats avec ceux de Galveston.

Dr Nicolas Chabert
06/02/2012

<http://www.jim.fr>

Kraft R et coll. : Burn size and survival probability in paediatric patients in modern burn care : a prospective observational cohort study. Lancet 2012; publication avancée en ligne le 31 janvier 2012 (DOI: 10.1016/S0140-6736(11)61345-7).

http://www.jim.fr/e-docs/00/01/FA/A1/document_actu_med.phtml

Urgences

Infarctus : le réflexe SAMU beaucoup mieux intégré

Paris, le vendredi 13 janvier 2012
- La mortalité par infarctus du myocarde a été réduite de 60 % entre 1995 et 2010 selon des chiffres présentés hier par la Société française de cardiologie, à l'occasion de ses douzièmes journées européennes. L'amélioration des soins explique cette évolution très positive, mais également un signalement plus rapide des patients. « Autrefois, la moitié des patients mettait plus de deux heures à appeler à la suite de leur douleur dans la poitrine. Actuellement, ce délai a été raccourci à environ une heure » note le professeur Nicolas Danchin, de l'hôpital européen Georges Pompidou, interrogé ce matin sur Europe 1.

L.C.

<http://www.jim.fr>

Publié le 13/01/2012

http://www.jim.fr/en_direct/pro_societe/e-docs/00/01/F8/CB/document_actu_pro.phtml

A quitté les urgences sans avoir été examiné

C'est un problème universel : régulièrement, des patients se présentent aux urgences hospitalières puis repartent sans avoir eu d'examen médical. Le

taux varie selon les établissements, de 2 % à 10 %.

Cette attitude comporte des risques pour le patient mais aussi des implications médico-légales et ternit l'image de l'hôpital. Peu d'études pédiatriques ont été consacrées à ce phénomène, notamment en ce qui concerne sa fréquence.

Des pédiatres urgentistes d'un hôpital universitaire de Melbourne ont conduit une étude prospective sur 17 semaines, à partir des enregistrements informatiques. Parmi 19 004 enfants conduits aux urgences, 1 448 (7,6 %) sont partis avant d'avoir été examinés ; 329 (22,7 %) ont été tirés au sort pour une interview téléphonique 3 à 5 jours après le passage aux urgences. Deux cent vingt-sept familles ont répondu au questionnaire.

En comparaison de l'ensemble des enfants, ceux qui sont partis sans avoir été examinés (PSEM) avaient plus souvent moins de 6 ans (77,8 % vs 65 % $P < 0,0005$), moins de couverture par une assurance privée (59,6 % vs 64,9 %) et étaient moins fréquemment arrivés en ambulance ou adressés par un médecin généraliste. Une plus grande proportion d'entre eux étaient venus entre 18 h et minuit (60 % vs 34,4 % $P < 0,0005$). Les motifs de consultation les plus fréquents étaient fièvre, éruption, toux, vomissements, douleurs auriculaires et abdominales. Un score d'acuité des symptômes

en 5 degrés étant établi à l'accueil aux urgences, les scores les moins sévères, 4 (57,4 %) et 5 (42,6 %) ont été attribués aux enfants PSEM. La majorité des parents ont invoqué plusieurs raisons de départ anticipé : attente trop longue (166/227 ; 73,1 %), reconnaissance de l'absence d'urgence (122/227 ; 53,7 %), infirmières rassurantes (100/227 ; 44,1%) et menaces pour le confort de l'enfant incluant risque infectieux, sommeil ou agitation (69/227 ; 30,4 %). Le temps d'attente avant de quitter les urgences a été de moins de 2h pour plus de 50 % des parents, en médiane 1,8 h (de 10 min à 6 h). Une estimation de ce temps a été fournie à 82,8 % d'entre eux. Les familles pensaient qu'il ne devait pas raisonnablement dépasser 2 heures.

La majorité des interviewés (198/227 ; 87 %) estimait que l'état de l'enfant s'était amélioré depuis la consultation ratée, 24/227 (10,6 %) qu'il était sans changement et 5 (2,2 %) qu'il s'était aggravé. Une consultation médicale ultérieure a eu lieu pour 59 % des enfants, en majorité (71 %) chez le médecin généraliste. Trois patients seulement ont été hospitalisés ultérieurement pour appendicite, dermatite atopique et apnées du sommeil.

La majorité des familles aurait apprécié d'être mieux avertie du temps d'attente et du processus de triage ; 74 % aurait souhaité voir un généraliste.

Au total, cette enquête offre une vision plutôt rassurante du problème mais les auteurs admettent la possibilité de conséquences graves.

Pr Jean-Jacques Baudon

09/02/2012

<http://www.jim.fr>

Ng Y, Lewena S : Leaving the paediatric emergency department without being seen: understanding the patient and the risks. *J Pediatr Child Health.*, 2012; 48: 10-15

Sénat : Proposition de résolution tendant à créer une commission d'enquête sur l'organisation et sur les dysfonctionnements du service des urgences médicales

Document "pastillé" au format PDF (41 Koctets)

N° 310 - SÉNAT / SESSION ORDINAIRE DE 2011-2012

Enregistré à la Présidence du Sénat le 27 janvier 2012

Présentée Par M. Jean Louis MASSON, Sénateur

(Envoyée à la commission des affaires sociales et, pour avis, à la commission des lois constitutionnelles, de législation, du suffrage universel, du Règlement et d'administration générale.)

Exposé des motifs

Mesdames, Messieurs,

Dans certains départements, l'organisation du service des urgences médicales est à l'origine d'importants dysfonctionnements. C'est tout particulièrement le cas en Moselle où une simple comparaison statistique avec le département voisin de la Meurthe-et-Moselle, met en évidence un décalage considérable alors qu'en apparence le type d'organisation est pourtant le même.

Dans ces deux départements, les urgences médicales pour la permanence des soins entre 20 heures le soir et 8 heures le matin y sont gérées conjointement par le 15 au titre des urgences vitales et par Médigarde 57 (respectivement 54) pour les autres urgences. Or, en Moselle, Médigarde tergiverse pour retarder et éviter le plus possible l'envoi d'un médecin sur place. Plus précisément, les médecins régulateurs de Médigarde 57 se bornent souvent à des conseils téléphoniques sans voir le malade ou le font attendre jusqu'au lendemain pour qu'il s'adresse au médecin de famille... curieuse façon de traiter les urgences.

L'agence régionale de santé (ARS) a mis sur son site internet, la version provisoire du schéma régional d'organisation des soins (SROS) et les statistiques parlent d'elles-mêmes. En effet, en Meurthe-et-Moselle (731 000 habitants) 19 830 actes libéraux de nuit ont été réalisés en 2010 au titre de Médigarde ou assimilés. La Moselle a une population de 1 045 000 habitants et la même proportion devrait y conduire à 28 348 actes. Hélas selon les mêmes statistiques officielles, il n'y en a que 13 405 (annexe au

projet régional de santé, page 71). L'écart est plus que du simple au double, ce qui est énorme...c'est à croire qu'il y aurait une pathologie spécifique en Moselle.

Suite au décès anormal de nombreux patients mosellans, des plaintes ont été déposées et des procédures pénales ont été ouvertes. Ainsi, dans le canton de Pange, malgré de nombreux appels désespérés des parents, Médigarde ne s'est pas déplacé et finalement, l'adolescente concernée est décédée au petit matin. Curieusement, lors de l'enquête pénale, la disquette des enregistrements de Médigarde a disparu, mais les factures d'abonnement téléphonique de la famille font clairement apparaître les appels passés à Médigarde, sans qu'aucun médecin n'ait été envoyé sur place.

De même, dans l'arrondissement de Thionville, une famille a appelé Médigarde à trois reprises ; le correspondant s'est contenté d'envoyer une ordonnance de tranquillisant (du Lexomil) par télécopie. La personne est décédée quelques heures plus tard d'un AVC. Ces deux exemples illustrent parfaitement la situation et malheureusement, il y en a des dizaines d'autres.

Par le passé, des distorsions tout aussi inquiétantes avaient été constatées dans le domaine de la chirurgie cardiaque entre Nancy et Metz. À Metz, le taux de décès dans le service concerné du centre hospitalier régional (CHR) a dépassé la normale dans des proportions effrayantes pendant plus de trois ans. L'Agence régionale d'hospitalisation (ARH) et le ministre de la Santé ont été alertés par des parlementaires

mais tout le monde fermait les yeux et les protections corporatistes jouaient à plein.

On faisait semblant d'ignorer à la fois les pratiques médicales invraisemblables et les dessous de table. Même un rapport d'une inspection de l'IGAS en 2007 avait été classé. Finalement courant 2011, le décès d'un proche d'une personnalité a fait exploser le scandale. En quelques semaines, le service de chirurgie cardiaque a été fermé et son responsable suspendu. De nouveaux médecins envoyés de Nancy ont ensuite été chargés de reconstruire un service à partir de zéro.

Pour les urgences médicales en Moselle, on ne peut pas attendre que, comme pour le

service de chirurgie cardiaque du CHR de Metz, les décès s'ajoutent aux décès pendant des années, puis que les décideurs se réveillent soudainement..., mais hélas bien trop tard. Des constats semblables, avec peut-être une moindre acuité, existent dans d'autres départements car ils ne sont pas spécifiques à la Moselle.

Il est donc nécessaire de lever la chape de silence qui pèse sur le sujet en créant une commission d'enquête parlementaire chargée de dresser un bilan général des urgences médicales dans les divers départements et en particulier en Moselle.

Proposition de résolution - Article unique

En application de l'article 51-2 de la Constitution, de l'article 6 de l'ordonnance n° 58-1100 du 17 novembre 1958 relative au fonctionnement des assemblées parlementaires et des article 6 bis et 11 du Règlement du Sénat, il est créé une commission d'enquête, composée de douze sénateurs, chargée de dresser un bilan de l'organisation du service des urgences médicales et de recenser les éventuels dysfonctionnements constatés dans certains départements, notamment en Moselle.

<http://www.senat.fr/leg/ppr11-310.pdf>
<http://www.senat.fr/leg/ppr11-310.html>

Réanimation

Échec de l'extubation en réanimation : un mauvais signe

En réanimation, l'échec d'une extubation est un évènement péjoratif. Cependant, l'impact de la réintubation ou le rôle de la maladie sous-jacente demeurent mal définis. Des chercheurs ont mené cette étude afin d'évaluer les conséquences d'un échec de l'extubation, que celle-ci ait été planifiée ou imprévue, sur l'évolution des patients, tout en essayant d'identifier plus précisément les groupes de malades à risque.

Ce travail est prospectif et a duré un an avec pour cadre une unité médicale de soins intensifs de 13 lits d'un hôpital universitaire.

Au total, pendant cette période, 340 patients consécutifs ont nécessité une ventilation mécanique invasive et ont été suivis jusqu'à la sortie ou leur mort. Parmi ces patients, 135 n'ont pas satisfait aux critères prédéfinis de sevrage et

n'ont pas été extubés (132 sont décédés et 3 ont été transférés intubés dans une autre unité).

Sur les 168 extubations planifiées, 26 (15 %) ont échoué. Les patients ultérieurement réintubés n'ont pas des scores de gravité plus importants que les patients extubés avec succès. Ils ont également des durées de ventilation mécanique et des valeurs des gaz du sang similaires. Le taux d'échec d'extubation est statistiquement semblable que la tentative d'extubation s'effectue de façon précoce (chez les malades ventilés moins de 3 jours, 10 % d'échec) ou plus tardivement (18 % d'échec en cas de durée de ventilation > 72 heures) ($p=0,26$).

Parmi ces 26 patients, sept (27 %) développent une pneumonie après la réintubation et 13 (50 %) décèdent. L'âge et les maladies sous-jacentes ont été les seuls facteurs associés à un échec de l'extubation : 34 % des patients de plus de 65 ans et présentant une pathologie cardiaque ou respiratoire chronique doivent être réintubés contre seulement 9 % des autres patients ($p < 0,01$).

Une extubation imprévue est survenue chez 31 malades soit 9 % de l'ensemble du groupe et 16 % des extubations. Parmi ces malades, 21 sont des auto-extubations délibérées et 10 des extubations accidentelles. Une réintubation a été nécessaire pour 20 patients (48 %). La position du tube endotrachéal est apparue comme un facteur de risque significatif de ces extubations imprévues (extrémité de la sonde d'intubation à plus de 5,6 cm en moyenne au dessus de la carène).

Globalement, l'échec de l'extubation, qu'elle soit planifiée ou non, est associée à une dégradation rapide du score de défaillance d'organes (score SOFA) : il passe de 3,4 (+/-2,9) à 4,7 (+/- 3,4) après une extubation prévue et de 5,2 (+/- 2,1) à 7,0 (+/-2,5) après une extubation imprévue.

Ce travail a donc permis l'identification d'un groupe de patients à risque d'échec de l'extubation : il s'agit des malades de plus de 65 ans souffrant d'une pathologie cardiaque ou respiratoire chronique. Cet évènement aggrave considérablement le pronostic avec une détérioration clinique marquée et une mortalité de 50 %. Ceci suggère une contribution directe et négative de la réintubation sur l'évolution.

Dr Béatrice Jourdain
21/12/2011

Thille A et coll. : Outcomes of extubation failure in medical intensive care unit Patients. Crit Care Med 2011; 39:2612-2618

<http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:ZcHbDIKPOWcJ:www.jim.fr/e-docs/00/01/F7/1B/+Échec+de+l'extubation+en+réanimation+:+un+mauvais+signe&cd=1&hl=fr&ct=clnk&gl=fr&client=safari>

Importance de la prévention précoce de la maladie thrombo-embolique en soins intensifs

La maladie thrombo-embolique veineuse (MTE) est une cause évitable de décès parmi les malades hospitalisés, ce qui est bien connu des médecins. En soins intensifs, l'incidence d'une thrombose veineuse profonde asymptomatique atteindrait 10 % selon certaines séries. Néanmoins, dans ce contexte, de nombreux praticiens retardent ou évitent la prescription d'une anticoagulation préventive par crainte des saignements.

Ce travail s'est intéressé à l'association entre l'absence ou l'omission d'une thromboprophylaxie précoce (dans les 24 premières heures suivant l'admission aux soins intensifs) et la mortalité en réanimation.

L'enquête multicentrique s'est déroulée dans 134 unités de soins intensifs (USI) pour adultes en Australie et en Nouvelle-Zélande, entre 2006 et 2010. Sur 444 963 malades admis durant cette période, 175 665 (39,5 %) ont des données complètes et exploitables concernant la prescription initiale d'une prévention de la MTE et ont ainsi été analysés. Sont considérés comme une thromboprophylaxie, un traitement à doses préventives par héparine fractionnée ou non, la pose d'un filtre cave inférieur, un traitement anticoagulant oral efficace préexistant lors de l'entrée en USI ou la mise en œuvre d'une compression veineuse au niveau des membre inférieurs (pneumatique ou élastique).

Une thromboprophylaxie est instituée à J1 pour 130 261 patients (74 %). L'absence de thromboprophylaxie sans raisons évidentes concerne 27 890 malades (15,9 %). Ce sont ces deux groupes de malades qui ont été ensuite comparés. Par ailleurs 7 509 patients (4,3 %) n'ont pas reçu de thromboprophylaxie en raison d'une contre-indication identifiée et pour 10 005 (5,7 %), il n'y a pas eu de prévention de la MTE en l'absence d'indication.

La mortalité brute en soins intensifs ou à l'hôpital est majorée chez les patients qui n'ont pas reçu de thromboprophylaxie dès le premier jour du séjour en USI par rapport à ceux traités : la mortalité en réanimation est dans ce groupe de 7,6 % contre 6,3 % pour les malades traités, $p=0,001$; et la mortalité hospitalière est de 11,2 % par rapport à 10,6 %, $p=0,003$. Ceci est observé malgré un score de gravité significativement moindre chez les patients non traités : mortalité prédite par le score APACHE III de 13 % chez les malades sans prophylaxie de la MTE par rapport à 14 % dans le groupe avec prévention, $p=0,001$.

L'association entre l'omission d'une thromboprophylaxie précoce et la mortalité hospitalière reste significative après ajustement pour les autres covariables (odds ratio de 1,22 ; intervalle de confiance à 95 %, de 1,15 à 1,30; $p=0,001$), en particulier dans les groupes de patients souffrant de traumatismes multiples, de sepsis, en post-arrêt cardiaque, et chez les malades avec cancer métastatique. L'excès de mortalité

attribuable à l'absence de prévention varie dans ces groupes de 3,9 % (polytraumatisés) à 15,4 % (après un arrêt cardio-circulatoire).

Ces résultats montrent que l'absence de thromboprophylaxie durant les 24 premières heures d'hospitalisation en réanimation, sans raisons claires, est associée à une diminution de la survie. La recommandation américaine d'instituer une prévention de la MTE chez les patients dès leur admission en USI, en dehors de contre-indication, apparaît donc renforcée par ces données.

Dr Béatrice Jourdain

05/01/2012

Ho K et coll. : Omission of Early Thromboprophylaxis and Mortality in Critically Ill Patients A Multicenter Registry Study. *Chest* 2011; 140:1436-1446

http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:eB-GMxO4aWMJ:www.jim.fr/e-docs/00/01/F8/29/document_actu_med.phtml+Importance+de+la+prévention+précoce+de+la+maladie+thrombo-embolique+en+soins+intensifs&cd=1&hl=fr&ct=clnk&gl=fr&client=safari

Prendre en charge la détresse psychologique de la famille du malade en réanimation

Une revue concise récente fait le point sur les répercussions psychologiques familiales consécutives à l'hospitalisation d'un parent en réanimation.

Au plan épidémiologique, on relève qu'environ un tiers des parents d'enfants hospitalisés en unité de soins intensifs (USI) présentent des signes de stress aigu. Parmi les proches des patients adultes admis en réanimation, la prévalence du syndrome de stress post-traumatique atteint parfois même 35 % (médiane calculée sur 5 études). Des éléments dépressifs sont également fréquents (23 % au cours de 10 essais). Ces résultats proviennent principalement d'auto-questionnaires d'évaluation. Les outils utilisés sont l'échelle HAD (Hospital Anxiety and Depression scale) et l'Impact of events scale pour le syndrome de stress post traumatique.

Les facteurs de risque du syndrome familial des soins intensifs, nouveau terme désignant l'ensemble des complications psychologiques des sujets dont un proche est hospitalisé en réanimation sont le sexe féminin, le jeune âge du patient hospitalisé ou des proches, le faible niveau d'éducation ou le fait d'être les parents non-mariés

d'un enfant malade. L'état émotionnel préalable et la personnalité sous-jacente (état de stress, tendance dépressive ou anxiété) jouent également un rôle. Des auteurs français ont montré que l'implication des familles dans la prise des décisions médicales semble générer plus de stress que dans des pays où cette démarche est plus fréquente, voire est la norme, comme aux Etats Unis.

Les actions préventives suggérées par divers travaux reposent sur des stratégies de communication optimisées entre les soignants et la famille et une réflexion sur la participation des proches dans le processus décisionnels. Des informations fréquentes doivent être données dans un langage accessible, par, si possible, la ou les mêmes personnes, et par différentes voies (écrite, orale ou même vidéo). Les familles peuvent être autorisées à participer à certains soins selon leur souhait. Pour les auteurs de cette mise au point, le désir des proches de participer aux décisions médicales doit être d'abord soigneusement évalué avant d'être éventuellement satisfait.

Des interventions ciblées à destination des familles, comme par exemple une aide psychologique pour développer des stratégies efficaces d'ajustement à ces situations difficiles semblent également productives.

Après la sortie de soins intensifs, les problématiques sont bien sûr très différentes selon l'état du malade lors de son retour à domicile ou si il est décédé au cours du séjour. Une entrevue ou un suivi téléphonique apportent parfois un soulagement des symptômes. Aucune de ces actions n'a toutefois été évaluée de façon systématique et rigoureuse.

Ainsi et sans surprise, les auteurs constatent des effets collatéraux psychologiques au sein de la famille d'un patient gravement malade. La recherche d'une amélioration du vécu psychique des proches reste toutefois négligée, avec des données scientifiques rares et une organisation actuelle des différents systèmes de soins mal adaptée pour une prise en charge.

Dr Béatrice Jourdain

30/01/2012

<http://www.jim.fr>

Davidson J et coll. : Family response to critical illness: Postintensive care syndrome-family *Crit Care Med* 2012; 40:618-624

http://www.jim.fr/infirmier/92_infirm/e-docs/00/01/FA/00/document_actu_med.phtml

Un plan pour mettre rapidement en œuvre une nutrition entérale chez le patient ventilé

La dénutrition est un phénomène courant dans les services de soins intensifs et entraîne une augmentation de la morbidité et de la mortalité chez ces patients fragiles. La complexité de la prise en charge thérapeutique relaie bien souvent au second plan les aspects nutritionnels. Or de nombreuses études ont démontré l'importance d'une mise en place précoce d'un apport nutritionnel. Ainsi, l'introduction d'une nutrition entérale dans les 24 à 48 h suivant l'admission diminue les complications infectieuses et d'une manière générale la morbidité et la mortalité.

Se basant sur ces « preuves », une équipe américaine a développé une stratégie afin de démarrer la nutrition entérale entre 24 et 48 h après l'admission d'un patient dans un service de soins intensifs. Ce projet a impliqué conjointement les infirmiers, les médecins et les nutritionnistes, qui ont été sollicités à toutes les étapes : création, mise en place, fonctionnement, évaluation et communication.

Un algorithme décisionnel de mise en place de la nutrition entérale dans les 48 h de l'admission a été élaboré et testé. Le médecin détermine tout d'abord si le patient ne présente pas de contre-indications à la nutrition entérale. Le nutritionniste évalue les besoins nutritionnels du patient, puis le médecin prescrit la pose de la sonde gastrique. L'infirmière s'assure du bon déroulement du processus pour que la nutrition puisse débuter dans le délai imparti. Le nutritionniste suit ensuite l'évolution de la nutrition et le médecin peut modifier la prescription suivant les recommandations du nutritionniste. L'infirmier joue un rôle central de coordination du plan de nutrition : ceci a permis d'augmenter le taux de nutrition entérale dans le service de soins intensifs.

Cette étude souligne l'importance du rôle respectif de chaque soignant dans la prise en charge globale du patient. La seconde phase du projet se déroule actuellement pour déterminer l'influence d'une nutrition entérale précoce sur le devenir du patient (nombre de jours de ventilation mécanique, durée du séjour en soins intensifs).

Dr. Estelle Deniaud Boüet

16/01/2012

<http://www.jim.fr>

Baldonado A : Evidence-based practice strategy. Increasing timely nutrition in mechanically ventilated trauma surgical patients. *Dimens of Crit Care Nurs.*, 2011 ; 30 : 346-355.

http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:O8qiHu_BY_gJ:www.jim.fr/e-docs/00/01/F8/F7/document_actu_med.phtml+Un+plan+pour+mettre+rapidement+en+œuvre+une+nutrition+entérale+chez+le+patient+ventilé&cd=1&hl=fr&ct=clnk&gl=fr&client=safari

Salbutamol dans le syndrome de détresse respiratoire aiguë : des résultats stressants

Au cours du syndrome de détresse respiratoire aiguë (SDRA), on relève, chez de nombreux patients, une altération de la résorption du fluide alvéolaire par l'épithélium. L'un des effets pharmacologiques des bêta-2 mimétiques consiste à augmenter l'expression et l'activité de la pompe Na-K-ATPase basolatérale, et à stimuler la réabsorption de l'eau intrapulmonaire.

Les auteurs de l'étude récemment publiée dans le *Lancet* avaient réalisé un essai préalable aux résultats intéressants. L'administration de salbutamol en intraveineux au cours de ce syndrome avait permis une réduction de l'eau pulmonaire extravasculaire dès J4 par comparaison au groupe sous placebo, avec une diminution de l'indice de perméabilité ainsi qu'une tendance vers une amélioration de la survie.

Ce travail mené sur 40 malades avec le salbutamol n'avait pas mis en évidence de toxicité notable.

Poursuivant leurs recherches, ces auteurs ont étudié les effets de cette intervention sur la mortalité au cours d'un essai plus ambitieux (1).

L'étude, de méthodologie très rigoureuse, est multicentrique, randomisée contre placebo et en groupes parallèles. Elle s'est déroulée dans 46 unités de soins intensifs au Royaume-Uni entre décembre 2006 et mars 2010. Les patients ont été assignés, dans les 72 h suivant l'apparition du SDRA, à recevoir soit le salbutamol (15 microg / kg de poids corporel idéal et par heure) ou un placebo pour un maximum de 7 jours. Tous les participants, soignants et chercheurs, ont été laissés dans l'ignorance de l'affectation de chacun des patients.

Le critère de jugement principal est la mortalité au cours des 28 jours suivant la randomisation.

Le recrutement a été interrompu après la deuxième analyse intermédiaire sur recommandation du comité d'éthique et de surveillance en raison de la constatation d'une surmortalité dans le groupe traité.

Alors qu'initialement, les investigateurs prévoient d'inclure 1 134 malades, ce sont au final 273 patients qui seront analysés.

La mortalité à 28 jours dans le groupe salbutamol est de 55 sur 162 malades (34 %) contre 38 sur 164 (23 %) dans le groupe placebo; le risque relatif de décès sous salbutamol est de 1,47, avec un intervalle de confiance à 95 % de 1,03 à 2,08.

Comme le regrette B. Thompson (2) dans le commentaire accompagnant ce papier, l'arrêt prématuré de l'étude et l'analyse post-hoc des causes de décès sur les certificats ne permettent pas d'éclaircir le mécanisme sous-jacent expliquant cette surmortalité. Certes, la perfusion de salbutamol dans le groupe sous traitement est assez mal tolérée et entraîne tachycardies ou arythmies ainsi que des acidoses lactiques. Quel que soit le groupe, les causes les plus fréquentes de décès sont respiratoires (51 % dans le groupe salbutamol et 53 % dans le groupe placebo) suivies par les défaillances d'organes multiples (22 % et 37 % respectivement dans le groupe salbutamol et placebo). Le SDRA est retenu comme l'étiologie principale de la mort dans 21 % des cas pour chaque groupe. La mortalité dans le groupe placebo est inférieure à celle attendue, un résultat qui rejoint ceux rencontrés dans d'autres essais actuellement menés sur le SDRA et qui est probablement lié à une meilleure prise en charge, ventilatoire notamment.

L'interprétation de cette étude reste toutefois sans équivoque : l'administration intraveineuse de salbutamol au cours du SDRA, en dehors des cas de bronchoconstrictions réversibles, ne saurait être recommandée.

Dr Béatrice Jourdain

13/01/2012

<http://www.jim.fr>

Smith F et coll : Effect of intravenous β -2 agonist treatment on clinical outcomes in acute respiratory distress syndrome (BALTI-2): a multicentre, randomised controlled trial. *Lancet*, 2011; publication avancée en ligne le 12 décembre. DOI: 10.1016/S0140-6736(11)61623-1

2. Thompson B : β -agonists for ARDS: the dark side of

adrenergic stimulation? *Lancet*, 2011; publication avancée en ligne le 12 décembre. DOI:10.1016/S0140-6736(11)61845-X
Thompson B : β -agonists for ARDS: the dark side of adrenergic stimulation? *Lancet*, 2011; publication avancée en ligne le 12 décembre. DOI:10.1016/S0140-6736(11)61845-X

<http://87.248.112.8/search/srptcache?ei=UTF-8&p=Salbutamol+dans+le+syndrome+de+détresse+respiratoire+aiguë+%3A+des+résultats+stressants&fr=yft-703&u=http://cc.bingj.com/cache.aspx?q=Salbutamol+dans+le+syndrome+de+détresse+respiratoire+aiguë+%3a+des+résultats+stressants&d=4836245268925488&mkt=fr-FR&rs=etl&lang=fr-FR&w=94f89fd3,e1d85b21&icp=1&intl=fr&sig=cisSbbhYGq4jByFl065JhA->

Insuffisance rénale aiguë en réa : quelle conséquence sur le pronostic ?

Une insuffisance rénale aiguë (IRA) affecte de 5 à 7 % des tous les patients hospitalisés avec une incidence beaucoup plus élevée en unité de soins intensifs (USI). Dans un tel contexte, l'association entre le développement d'une IRA et le pronostic est difficile à quantifier en l'absence d'un consensus uniforme définissant l'IRA.

Les auteurs de cette étude ont utilisé les données extraites d'un système de monitoring de réanimation intégrant la mesure précise du débit urinaire (le Multiparameter Intelligent Monitoring in Intensive Care II ou MIMIC II) en plus des données habituelles démographiques, cliniques et de laboratoire. Cet outil a permis d'utiliser comme définition de l'IRA une augmentation de la créatininémie de plus de 0,3 mg / dl (26,4 micromol / l) et / ou une oligurie (<0,5 ml / kg/h) sur une période de 6 heures et de calculer les taux de mortalité et les durées de séjour correspondants. Trois stades de gravité de l'IRA ont été distingués (tableau 1).

L'enquête s'est déroulée de manière rétrospective entre 2001 et 2007 sur une cohorte de malades provenant d'unités de soins intensifs d'un hôpital universitaire de Boston. Tous les malades adultes et séjournant plus de 24 heures en USI et avec une surveillance de la diurèse pendant 6 heures ont été inclus.

Sur 19 677 enregistrements de patients, 14 524 répondaient aux critères d'inclusion. Cinquante-sept pour cent ont développé une atteinte rénale aiguë telle que définie plus haut au cours de leur séjour en USI.

| Stade | Créatinine sérique | Diurèse horaire |
|-------|--|--|
| 1 | Augmentation de 0,3 mg/dl (ou 26,4 micromol/l) ou de 150 à 200 % par rapport à la valeur basale | <0,5 ml/kg/h pendant plus de 6 h |
| 2 | Augmentation de 200 à 300 % par rapport à la valeur basale | <0,5 ml/kg/h pendant plus de 12 h |
| 3 | Augmentation de plus de 300 % par rapport à la valeur basale ou taux > 4 mg/dl (354 micromol/l) avec une augmentation aiguë de plus de 0,5 mg/ml (44 micromol/l) ou épuration extra-rénale | <0,3 ml/kg/h pendant plus de 24 h ou anurie pendant 12 h |

Les taux de mortalité intra hospitalière ont été de 13,9 %, 16,4 %, 33,8 % selon le degré 1, 2 ou 3 respectivement de l'insuffisance rénale, en comparaison d'une mortalité de seulement 6,2 % en l'absence d'atteinte rénale (p <0,0001). Après ajustement sur diverses variables pertinentes, l'atteinte rénale aiguë reste associée de manière statistiquement significative à un surcroît de mortalité : odds ratio de 1,4 et de 1,3 pour des défaillances rénales de grade 1 et 2 et de 2,5 pour une insuffisance rénale aiguë de stade 3 (p < 0,0001). En utilisant la régression logistique multivariée, la diurèse horaire apparaît comme le meilleur élément prédictif de la mortalité, devant le taux de créatinine ou une combinaison des deux.

Au total, dans cette série, plus de la moitié des malades hospitalisés en réanimation développent un certain degré d'insuffisance rénale, avec une aggravation significative de leur pronostic. Ces résultats montrent également que la mortalité ne diffère pas significativement entre les stades 1 et 2. Ceci pourrait conduire à une réévaluation des critères de l'insuffisance rénale aiguë en USI.

Dr Béatrice Jourdain

04/01/2012

<http://www.jim.fr>

Mandelbaum T et coll. : Outcome of critically ill patients with acute kidney injury using the Acute Kidney Injury Network criteria. Crit Care Med., 2011; 39:2659-2664

http://87.248.112.8/search/srpcache?ei=UTF-8&p=nsuffisance+rénale+aiguë+en+réa+%3A+quelle+conséquence+sur+le+pronostic+%3F&fr=yfp-t-703&u=http://cc.bingj.com/cache.aspx?q=nsuffisance+rénale+aiguë+en+réa+%3A+quelle+conséquence+sur+le+pronostic+%3f&d=4929149720859963&mkt=fr-FR&setlang=fr-FR&w=97371fdd,a711fd82&icp=1&intl=fr&sig=yXC6L7eALR9DA8c2_hYjVQ-

Les plus de 80 ans sont satisfaits de leur séjour en réanimation médicale

Le devenir de 40 patients admis en réanimation médicale a été évalué. Cinquante pour cent des malades, d'âge moyen de 84,3 ans, avaient été admis pour une détresse respiratoire aiguë. Le taux de survie à 3 mois de la sortie de réanimation était de 67,5 %. Les 27 patients survivants avaient une autonomie et une qualité de vie semblable à celles de la population du même âge. Au total, 85,2 % des patients ont déclaré être satisfaits du séjour en réanimation et 77,8 % accepteraient un nouveau séjour si nécessaire. Pour les auteurs, ces résultats montrent que l'âge n'est pas un critère suffisant pour refuser une hospitalisation en réanimation comme l'affirment également les données de la littérature.

Dr E.C

18/01/2012

Krypciak S et coll. : Devenir à 3 mois des patients âgés de 80 ans et plus après une hospitalisation en réanimation médicale. 31ème Journées annuelles de la Société Française de Gériatrie et de Gérontologie (Paris) : 4-6 octobre 2011.

http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:WFQuOFmE8eAJ:www.jim.fr/e-docs/00/01/F9/2A/document_actu_con.phtml+Les+plus+de+80+ans+ont+satisfaits+de+leur+séjour+en+réanimation+médicale&cd=1&hl=fr&ct=clnk&gl=fr&client=safari

Troponine T ultrasensible pour juger du pronostic de l'embolie pulmonaire

Un nouveau dosage ultrasensible permet de mesurer avec une haute précision les taux plasmatiques de la troponine T (usTnT) et ouvre des perspectives nouvelles pour l'évaluation diagnostique ou pronostique de situations pathologies diverses. C'est le cas, par exemple, pour l'embolie pulmonaire à sa phase aiguë (EPA).

Cette étude de cohorte prospective et multicentrique composée de 526 patients victimes d'une EPA a eu pour objectif de préciser la valeur pronostique des taux d'usTnT dans ce contexte ainsi que de l'indice PESI (Pulmonary Embolism Severity Index) simplifié. L'évolution à 30 jours a

été péjorative (décès précoce ou complications) pour 31 malades (5,9 %).

Le seuil prédéfini de 14 pg/ml d'usTnT a fait preuve d'une sensibilité et d'une valeur prédictive négative toutes deux élevées, comparables à celles du sPESI. Un taux d'usTnT ≥ 14 pg/ml (odds ratio 4,97 ; $p=0,003$) et un sPESI ≥ 1 point (OR 9,51 ; $p=0,002$) sont ainsi apparus prédictifs d'une évolution défavorable à 30 jours, à côté de l'insuffisance rénale chronique (OR 2,97 ; $p=0,004$). En analyse multivariée usTnT et sPESI restaient des facteurs prédictifs indépendants de l'évolution (respectivement $p=0,044$ et $p=0,012$). Par ailleurs, l'évolution à 30 jours a été favorable pour les 127 patients (24,1 %) avec un sPESI de 0 et un hsTnT <14 pg/ml, ce qui définit un groupe à faible risque.

A 6 mois de suivi, 52 patients (9,9 %) étaient décédés. Une analyse de Kaplan-Meier a confirmé que des taux d'usTnT ≥ 14 gp/ml ($p=0,001$) ou un sPESI ≥ 1 ($p<0,001$) étaient associés à une diminution de la probabilité de survie. En revanche lorsque le sPESI était de 0 et le taux de hsTnT <14 pg/ml à l'état basal, le risque de décès est réduit de 42 % (OR=0,58 ; $p<0,005$).

Les taux de hsTnT et le PESI permettent donc une meilleure stratification du risque de décès ou de complications, encouru à court et moyen terme chez les patients atteints d'une EPA. La combinaison de ces deux variables s'avère particulièrement performante dans l'évaluation du pronostic.

Dr Philippe Tellier

23/01/2012

<http://www.jim.fr>

Jankeit M et coll. : Predictive Value of the High-Sensitivity Troponin T Assay and the Simplified Pulmonary Embolism Severity Index in Hemodynamically Stable Patients With Acute Pulmonary Embolism: A Prospective Validation Study. *Circulation*. 2011; 124: 2716-2724.

http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:FglSJRxiAe8J:www.jim.fr/e-docs/00/01/F9/7B/document_actu_med.phtml+Troponine+T+ultrasensible+pour+juger+du+pronostic+de+l'embolie+pulmonaire&cd=1&hl=fr&ct=clnk&gl=fr&client=safari

Peut-on se passer de sédation en réanimation ?

Endormir les malades en réanimation, surtout lorsqu'ils sont ventilés, est une pratique habituelle. Récemment, des publications ont montré que l'interruption, voire l'absence totale de traitement

sédatif permettaient de diminuer les durées de ventilation assistée et de séjour en soins intensifs. Les effets secondaires psychologiques de telles prises en charge ont toutefois soulevé quelques inquiétudes. Ceci a amené des investigateurs à examiner les conséquences psychiques à long terme de l'absence complète de sédation.

Pendant leur séjour en soins intensifs, 140 patients nécessitant une ventilation mécanique ont été randomisés pour recevoir une sédation avec une interruption quotidienne (groupe contrôle) ou pour une absence complète de traitement sédatif. Cette étude a été réalisée en simple aveugle et en intention de traiter, dans une unité de soins intensifs où le ratio infirmière/patient est de 1/1.

Le groupe contrôle a reçu une sédation par propofol les 48 premières heures avec un relai par midazolam, pour un score de sédation selon Ramsay entre 3 et 4. Des bolus de morphine étaient administrés en fonction des besoins dans chaque groupe, de même que l'halopéridol en cas d'agitation due à une confusion aiguë. Si un malade du groupe sans sédation était inconfortable ou ne pouvait supporter les soins, un sédatif était administré pendant 6 heures, puis arrêté. Au bout de 3 épisodes de ce type chez un même patient, celui-ci était endormi suivant le protocole du groupe contrôle.

Pour le suivi psychologique, 2 ans après la randomisation, 70 patients étaient en vie. D'abord contactés par téléphone, 38 patients étaient éligibles pour l'entretien avec un neuropsychologue et finalement 26 patients ont été interrogés (13 dans chaque groupe).

Il n'a pas été observé de différences significatives entre les groupes de malades interrogés concernant l'âge, le score APACHE II ou encore le délai entre la randomisation et l'évaluation (environ 2 ans). Le neuropsychologue, ignorant du groupe d'affectation des malades, a effectué une évaluation de qualité de vie, de la dépression, de l'anxiété et du stress post-traumatique.

Aucune différence n'a été observée entre les groupes sur l'échelle de qualité de vie (Medical Outcome Study, questionnaire court ou SF-36). L'indice de dépression de Beck était faible dans les deux groupes : un patient dans le groupe sans sédation contre trois patients du groupe contrôle sont déprimés avec des scores supérieurs à 10 ($p = 0,32$). Évalués par la « Revised Impact of Events Scale », les deux groupes ont obtenu des scores faibles de stress : un seul malade dans le groupe

sans sédation contre deux dans le groupe contrôle avaient des scores supérieurs à 32 ($p = 0,50$). Concernant l'anxiété, les scores sont également faibles et identiques dans chaque groupe : 28 dans le groupe contrôle versus 30 dans le groupe intervention sans sédatifs, $p = 0,58$.

Ces données suggèrent que l'absence de sédation n'augmente pas le risque de séquelles psychologiques à long terme par rapport à un traitement standard avec sédation. La taille de

l'échantillon évalué incite toutefois à la prudence quant à ces conclusions.

Dr Béatrice Jourdain

18/01/2012

<http://www.jim.fr>

Strøm T et coll. : Long-term psychological effects of a no-sedation protocol in critically ill patients. *Critical Care* 2011, 15:R293

<http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:xMG1AWABLL0J:www.jim.fr/e-docs/00/01/F9/22/+Peut-on+se+passer+de+sédation+en>

Simulation

Simulation en santé : état des lieux et perspectives de développement

Le Pr. Jean-Claude Granry et le Dr Marie-Christine Moll, chargés d'une mission sur la simulation en santé par la HAS, ont remis ce jour leur rapport. Ils y dressent un état des lieux des initiatives existantes au niveau national et international et formulent des propositions pour favoriser le déploiement de la simulation en santé dans le champ du développement professionnel continu (DPC). Dans le prolongement de cette mission, la HAS met en place un groupe de travail chargé de définir des bonnes pratiques en matière de simulation (plateforme et programme).

La simulation en santé correspond « à l'utilisation d'un matériel, de la réalité virtuelle ou d'un patient standardisé pour reproduire des situations ou des environnements de soins, pour enseigner des procédures diagnostiques et thérapeutiques et permettre de répéter des processus, des concepts médicaux ou des prises de décision par un professionnel de santé ou une équipe de professionnels. » Les apports positifs de la simulation en santé dans la formation des professionnels de santé ont à nouveau été confirmés par une étude publiée en 2011 .

La simulation, un développement récent en France, une forte expansion qui nécessite d'être structurée

Les rapporteurs ont dénombré plus de 174 établissements et 101 écoles mettant en œuvre des techniques de simulation. Un travail plus approfondi a été mené auprès de 21 centres de simulation répertoriés par l'Association Francophone de Simulation en Anesthésie Réanimation et en Médecine d'Urgence (AFSARMU) à savoir des structures formalisées utilisant en particulier des méthodes dites « haute-fidélité ».

Les auteurs ont constaté : **Une activité encore limitée** mais en développement constant et répartie sur l'ensemble du territoire national La simulation concerne de nombreuses disciplines et plus particulièrement l'anesthésie réanimation, la médecine d'urgence et la périnatalité (néonatalogie et obstétrique) de même que toutes les activités liées aux soins infirmiers. Les techniques sont très variées; il peut s'agir par exemple de patients standardisés (consultations simulées sur la base d'un scénario, jeux de rôle), de simulation de procédures, de simulation hybride ou encore de l'utilisation de simulateurs « haute-fidélité », c'est-à-dire de mannequins grandeur nature pouvant être pilotés par ordinateur.

Une grande compétence des formateurs

La majorité des formateurs est représentée par des praticiens hospitaliers et des infirmiers. Parmi ces formateurs (permanents et ponctuels), environ la moitié suit des formations diplômantes.

Toutefois, ils notent : Des moyens financiers faibles et d'origine éparses. Tous les centres considèrent

rencontrer des difficultés pour obtenir des financements. Plusieurs centres déclarent être en déficit de financement annuel.

Un caractère encore « artisanal »

A l'exception de rares établissements, les matériels et équipements sont peu nombreux et encore assez peu diversifiés. Par exemple, les simulateurs chirurgicaux sont rarement présents au sein des centres constitués répertoriés par l'AFSARMU.

Un manque d'organisation des ressources

Il est difficile d'identifier avec précision les personnels se consacrant à la simulation dans la mesure où ces derniers exercent à titre principal dans des services de soins des établissements et qu'une part non négligeable de l'activité de simulation est réalisée sur du temps non rémunéré (temps personnel, repos de garde...).

Un besoin de standardisation des pratiques

Les centres souffrent d'un manque de règles ou de bonnes pratiques dans leurs formations. On remarque par exemple une grande hétérogénéité des méthodes, des moyens ou des tarifs de formation. Les auteurs constatent l'absence de recherche structurée dédiée à cette technique.

La simulation, un outil pour le développement professionnel continu des professionnels de santé ?

La simulation permet notamment : l'actualisation des connaissances et des compétences techniques (médicales et soignantes) et non-techniques (travail en équipe, communication entre professionnels...), l'évaluation des connaissances et des pratiques en faisant porter un nouveau regard sur soi-même (nécessité du réalisme de la simulation et de l'enregistrement de la séance de simulation), d'aborder les situations dites « à risque pour le patient » et d'améliorer la capacité à y faire face en participant à des scénarios qui peuvent être répétés, la reconstitution d'accidents graves et leur débriefing pour leur compréhension et la mise en œuvre d'actions d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

Il semble logique qu'elle puisse s'inscrire comme

une méthode importante dans les futurs programmes de DPC.

Les prochains travaux de la HAS dans le champ de la simulation en santé

La HAS entend promouvoir le développement de la simulation et permettre sa structuration en apportant aux équipes des recommandations de bonne pratique pour mettre en place des plateformes mutualisées et des programmes de simulation. De plus, elle précisera les conditions pour qu'un programme de simulation puisse valider l'obligation de DPC. Cette volonté s'inscrit dans le cœur de mission de la HAS : renforcer la sécurité du patient et la gestion des risques.

10 janvier 2012 | Communiqué de Presse
http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1173211/simulation-en-sante-etat-des-lieux-et-perspectives-de-developpement

La sécurité des soins par la simulation des risques

Après les simulateurs de vol, les simulateurs chirurgicaux ! Largement utilisée aux Etats-Unis et dans certains pays d'Europe, la réalité virtuelle permettant d'enseigner des procédures diagnostiques ou thérapeutiques est encore limitée en France. La Haute autorité de santé s'est donné comme objectif de promouvoir son développement.

La Haute autorité de santé (HAS) a missionné le Pr. Jean-Claude Grangy et le Dr Marie-Christine Moll pour réaliser un état des lieux des initiatives et expériences de simulation dans le domaine de la santé en cours au niveau national et de formuler des propositions pour favoriser son déploiement. [Le rapport](#), rendu le 10 janvier 2012, dresse un panorama contrasté des activités réalisées sur le territoire français. « Encore limitée en France (1), la simulation en santé se développe. Elle est répartie de manière homogène sur l'ensemble du pays avec des techniques très variées, constate Marie-Christine Moll : consultations simulées, utilisation de mannequins grandeurs nature pilotés par ordinateur, "serious games", simulateurs chirurgicaux ou jeux de rôle. Les moyens financiers restent toutefois faibles. Et une part non-négligeable de l'activité est réalisée sur du temps

non rémunéré. » Elle conclut sur un manque de règles et de bonnes pratiques dans le secteur.

« Jamais la première fois sur un patient »

C'est par cette phrase, « Jamais la première fois sur un patient », que le Pr. Jean-Claude Grangy, débute l'énoncé de ses dix propositions à la Haute autorité de santé (HAS). Celles-ci permettraient un développement structuré de la simulation et auraient un impact sur la qualité et la sécurité des soins. Plusieurs font référence à la formation par la simulation. « Les méthodes de simulation en santé doivent être intégrées dans tous les programmes d'enseignement des professionnels de santé, insiste-t-il. Cette formation (initiale et continue) par la simulation doit faire l'objet de coopérations public/privé entre universités, structures de soins ou instituts de formation. Et elle doit être faite par des formateurs bénéficiant d'une compétence réelle validée par un diplôme. » Les rapporteurs estiment ainsi que la simulation sera en mesure de répondre aux objectifs du Développement professionnel continu (DPC), comme définis par le [décret du 30 décembre 2011](#) de la loi HPST (Hôpital, Patients, Santé et Territoire) sur le DPC (2).

Des bonnes pratiques d'ici octobre 2012

« La simulation permet l'actualisation des connaissances et compétences, leur évaluation, l'amélioration des capacités de gestion de situations dites à risque et la reconstitution d'accidents graves, indique le Dr Jean-François Thébaut (en photo) de la Commission amélioration des pratiques et sécurité des patients de la HAS. L'accréditation de 7000 médecins d'équipes dites « à risque », nous a permis de constituer depuis cinq ans une base de données de plus de 35 000 évènements porteurs de risques. Dans le prolongement de la mission menée par le Pr. Grangy et le Dr Moll, et dans un rôle de promotion du développement de la simulation, nous créons au sein de la HAS un groupe de travail chargé de définir les bonnes pratiques pour mettre en place des plates-formes mutualisées et des programmes de simulation, ajoute-t-il. Le groupe se réunira dès la fin janvier et nos recommandations devraient être disponibles dès octobre 2012 », annonce-t-il.

Juliette Badina

Janvier 2012

(1) Les rapporteurs ont dénombré plus de 174 établissements et 101 écoles mettant en œuvre des techniques de simulation. Un travail plus approfondi a été réalisé auprès de 21 centres

de simulation répertoriés par l'Association francophone de simulation en anesthésie réanimation et en médecine d'urgence (AFSARMU).

(2) Le DPC est défini dans l'article 59 de la loi HPST comme « l'évaluation des pratiques professionnelles, le perfectionnement des connaissances, l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que la prise en compte des priorités de santé publique et de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé ».

http://www.pharmaceutiques.com/archive/une/art_1418.html

Des patients qui ne meurent jamais

Allongé sur un brancard dans la salle d'examen, l'homme respire bruyamment et tousse. Son pouls est rapide et sa tension artérielle basse. "Il a un gros souffle cardiaque, et un oedème aigu du poumon", annonce l'interne au médecin senior après auscultation du coeur et des poumons. "Je vais mesurer sa saturation en oxygène", poursuit-il, en clipant le petit appareil ad hoc (oxymètre) sur le bout d'un doigt du patient. La mesure s'affiche sur l'écran du moniteur, à côté de la tension artérielle et du tracé du rythme cardiaque. En quelques secondes, la situation devient critique. L'homme se met à trembler de tous ses membres, son regard est dans le vague et ses lèvres bleuissent. Des bips d'alarme de plus en plus stridents s'échappent du moniteur : le coeur vient de passer en fibrillation ventriculaire. Autrement dit, le patient est en arrêt cardiaque. En attendant de lui délivrer un choc électrique, l'interne débute un massage cardiaque, lui cassant une côte au passage, prescrit les médicaments à injecter d'urgence.

Rapidement, les bips s'arrêtent ; le rythme cardiaque et la tension retournent à la normale. "Le patient ne meurt jamais, c'est une règle", sourit le médecin senior, le professeur Alexandre Mignon. Ordinateur portable et stilet en main, cet anesthésiste réanimateur de l'hôpital Cochin (Paris) a téléguidé tout le scénario catastrophe sur ce qui est en fait un mannequin bardé d'électronique et de Wi-Fi, dit "haute-fidélité".

Installé dans une salle de formation de son service, ce petit bijou de technologie nommé SimMan 3G commercialisé par une société norvégienne, Laerdal fait désormais partie intégrante de l'apprentissage des professionnels de santé. L'équipe dispose aussi de mannequins monotâches, moins sophistiqués mais tout aussi

utiles : un bras qui permet de s'entraîner aux injections intraveineuses, une tête avec l'arbre respiratoire pour s'exercer à l'intubation, etc.

Jusqu'à récemment, les apprentis médecins, infirmières ou sages-femmes apprenaient les gestes techniques et la gestion des urgences dans les livres et les cours, puis se lançaient parfois la peur au ventre et les mains tremblantes sur de véritables malades. Avec ces nouveaux outils, ils peuvent simuler des dizaines de fois une situation avant d'y être confrontés réellement. Une approche inspirée de l'aéronautique, qui permet d'acquérir de l'expérience en toute sécurité et de réduire les risques d'accident.

Les mannequins comme le SimMan 3G permettent d'aller très loin dans la mise en situation. Car le catalogue des petits soucis et des gros malheurs qui peuvent s'abattre, à la demande ou de façon préprogrammée, sur ce patient synthétique est quasi infini. Ses constantes vitales peuvent être modifiées d'un simple clic. Il peut aussi saigner, convulser... Et surtout subir toutes sortes de gestes à visée diagnostique ou thérapeutique : pose d'une sonde urinaire, ponction lombaire, intubation, etc. Ce mannequin qui change de sexe à volonté réagit même aux médicaments selon leur dose et leur pertinence, grâce à un système d'étiquetage par RFID.

En bref, l'ambiance est suffisamment réaliste pour faire oublier le contact quelque peu caoutchouteux de ces patients d'exception, disponibles sous forme adulte, junior, et même femme avec bébé permettant de simuler toutes les complications de l'accouchement et du début de la vie. Lors d'une session classique, précise le professeur Mignon,

l'instructeur évalue les aptitudes techniques, mais aussi l'attitude des étudiants, leur capacité à travailler en équipe et à communiquer.

Ceux qui participent au scénario (deux ou trois en moyenne) sont filmés et enregistrés, tandis que le reste du groupe visionne la scène sur écran, dans une salle à côté. "Tous sont ensuite réunis pour le débriefing, qui est un temps capital. Ces exercices sont très structurants pour les équipes", assure ce spécialiste. Le coût des mannequins (à partir de 5 000 euros pour les monotâches les plus basiques jusqu'à 100 000 pour un SimMan) reste un facteur limitant.

Pour développer ces nouvelles stratégies de formation, le professeur Mignon a créé, en 2009, un laboratoire universitaire appelé Ilumens (www.ilumens.org) fonctionnant en partenariat public-privé. Une plate-forme complète de simulation a été installée sur le site de la faculté des Saints-Pères, à Paris, où tous les internes en anesthésie-réanimation d'Ile-de-France effectuent plusieurs sessions au cours de leur cursus. Ilumens se lance aussi dans la création de "jeux sérieux", équivalents de jeux vidéo en 2D et même 3D, mais avec des scénarios médicaux.

Pour le grand public, un site (Stayingalive.fr) est déjà opérationnel pour un apprentissage ludique des gestes qui sauvent. Douze scénarios destinés aux professionnels seront livrés en 2012, 130 en 2013, prévoit Alexandre Mignon.

Sandrine Cabut

LE MONDE SCIENCE ET TECHNO | 13.01.12 | 21h25

http://www.lemonde.fr/planete/article/2012/01/13/des-patients-qui-ne-meurent-jamais_1629087_3244.html

Appel à candidature. Aux membres titulaires de la SFAR.

Cher(e) Collègue, nous vous informons que l'ASSEMBLEE GENERALE ORDINAIRE de la Société Française d'Anesthésie et de Réanimation aura lieu le : JEUDI 15 MARS 2012 à 16 heures (au siège de la S.F.A.R : 74 rue Raynouard – 75016 PARIS).

A cette occasion, aura lieu le renouvellement du Conseil d'Administration de la SFAR. Les membres sortants sont : Marie-Laure Cittanova, Laurent Delaunay, Alain Delbos, Claude Ecoffey, Marc Gentili, Marc Samama, Patrick-Georges Yavordios.

Les candidatures au Conseil d'Administration, émanant des seuls membres titulaires à jour de cotisations 2011, doivent être adressées au secrétaire général de préférence par voie électronique à l'adresse mail ou secretairegeneral@sfar.org par voie postale au siège social de la SFAR 74, rue Raynouard 75016 PARIS, au plus tard le 29 Janvier 2012, le timbre de la poste faisant foi.

Les candidats sont invités à joindre à leur candidature, une déclaration d'intention de 10 lignes maximum*.

Vous recevrez, en temps utile, l'Ordre du Jour et les consignes du vote électronique de cette assemblée.

Veuillez croire, cher(e) Collègue, à l'expression de mes meilleurs sentiments.

Professeur Yves AUROY
Secrétaire Général
Mis en ligne le 09 Janvier 2012

<http://www.sfar.org/article/837/appel-a-candidature>

5èmes Rencontres en Réanimation - 15/12/2011

Les contenus des 5èmes Rencontres en Réanimation sont accessibles aux membres SFAR à jour de leur cotisation (en se connectant à l'espace membre) ainsi qu'aux inscrits à cette rencontre qui trouveront le lien vers les présentations depuis le site internet de l'événement, sur le lien suivant : <http://www.rencontresenreasfar.com/presentations.php>

Communiqué SFAR - groupe éthique ICARE: réflexion sur le principe du don d'organe après arrêt des thérapeutiques actives

La SFAR et la SRLF ont été sollicitées par l'Agence de Biomédecine sur la question des prélèvements d'organes après arrêt des thérapeutiques actives (ATA). Ce type de prélèvement correspond à la classe 3 de la classification de Maastricht (ATA-M3). Ce texte présente la position de la SFAR. Il émane du comité éthique ICARE et a été validé par le conseil d'administration le 13 janvier 2012.

Le prélèvement d'organes de type ATA-M3 est autorisé et pratiqué aux USA, au Canada, au Royaume Uni, aux Pays-Bas et en Belgique. Les trois premiers pays ont rédigé des recommandations concernant ce type de prélèvement. Ces recommandations fixent pour l'essentiel une procédure ou une conduite à tenir opérationnelle, une fois l'ATA validé.

Le comité ICARE a souhaité mettre en perspective le principe d'un prélèvement d'organes ATA-M3, à la lumière de la décision d'ATA et de ses déterminants. Il a délibérément cadré sa réflexion selon un champ plus large et global que celui qui prévaut dans l'approche anglo-saxonne. Cette

analyse nous a conduit à émettre des réserves quant à l'applicabilité de ce type de prélèvement à tout patient chez qui une décision d'ATA aurait été validée. Dans un souci de cohérence par rapport aux pratiques du prélèvement d'organes chez des patients en mort encéphalique qui prévalent en France, nous avons souligné la nécessité de n'envisager l'ATA-M3, pour le moment, que chez les patients cérébro-lésés chez qui un très mauvais pronostic neurologique pouvait être prédit avec un niveau de certitude élevé, au moyen d'examen paracliniques. Dans notre esprit, les éléments de preuve doivent être fixés et assumés par la collectivité, représentée par l'Agence de Biomédecine, et pas par le médecin en charge du malade. Ils doivent être opposables au cas où l'on s'interrogerait sur la qualité de la pronostication neurologique.

Les ATA habituels résultent d'une décision médicale basée sur la conviction de l'inutilité des traitements qui sont "devenus vains", eu égard au pronostic. Ils sont inscrits dans la démarche

singulière de la relation médecin-malade. Cette démarche n'est pas régie par un cadre diagnostique strict, dans la mesure où elle doit pouvoir s'appliquer à tout type de pathologie. Le respect de l'état de l'art, pour juger d'un pronostic défavorable est cautionné par la collégialité de la décision.

Les ATA-M3 modifient le principe et les attendus des ATA « habituels » en imposant une temporalité forte pour que l'ATA puisse être suivie d'un prélèvement et en introduisant des tiers dans la démarche : la société, la coordination des prélèvements, le receveur et ses proches.

Notre réflexion identifie et assume la rupture entre ATA habituel et ATA-M3. Elle propose des pistes concrètes pour mettre en place la filière du prélèvement d'organes après arrêt thérapeutique en France.

Mis en ligne le 25 Janvier 2012 et modifié le 26 Janvier 2012

<http://www.sfar.org/article/844/communiqu%C3%A9-sfar-groupe-ethique-icare-reflexion-collective-sur-le-principe-du-don-d-organe>

SNIA

Lettre ouverte du SNIA aux candidats de l'élection présidentielle

A quelques semaines de l'élection présidentielle, le Syndicat National des Infirmiers Anesthésistes interpelle les candidats et leur staff de campagne sur la situation statutaire des infirmiers anesthésistes en France.

Mesdames, Messieurs,

Le S.N.I.A., syndicat national des Infirmiers Anesthésistes, vous interpelle aujourd'hui afin de connaître votre positionnement concernant notre profession.

Nous dénonçons le protocole dit "Bachelot" du 2 Février 2010, signé en totalité par le seul SNCH (devenu SMPS).

Les infirmiers spécialisés sont à l'heure du choix (droit d'option) dans la fonction publique hospitalière.

Les professionnels doivent choisir entre :

- une aumône associée à la perte des acquis sociaux (perte de la catégorie active et donc perte de la reconnaissance de la pénibilité de notre travail)

ou

- demeurer dans un corps classé en voie d'extinction...

A terme, ce protocole repousse de 7 années l'ouverture des droits à la retraite (55 à 62ans) là où l'on demandait 2 années supplémentaires à l'ensemble de la population active...

Durant le mouvement de contestation historique de 2010, nous avons essuyé la violence du gouvernement associé à une absence totale de dialogue social.

Lors des "discussions" avec les membres du ministère de la santé, l'on nous a opposé la nécessité d'élever le niveau de notre formation à un grade de Master pour que nos revendications statutaires soient prises en compte.

Nous nous sommes attelés depuis deux ans à refondre notre formation sans la dénaturer afin de coller au plus près aux exigences de l'université, de nombreuses réunions de travail au Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche (MESR) ont abouti ce 30 Janvier 2012. La formation conduisant Diplôme d'Etat d'Infirmier Anesthésiste confèrera un grade de master mais uniquement pour les générations formées à partir de la rentrée d'octobre 2012, si ce nouveau programme passe avec succès toutes les étapes obligées des tutelles. Pour nous, le "stock", comme aiment à nous désigner les hauts fonctionnaires rencontrés : rien ! Une accession à ce grade ne sera possible qu'après une validation des acquis encore indéfinie.

A terme, nous formerons donc des personnels qui auront, eux seuls, une reconnaissance universitaire.

Ainsi nous pensions à présent pouvoir entamer de réelles négociations statutaires. Mais il n'en est rien. Les décideurs font volte-face et nous soutiennent que la valorisation de notre profession ne prendra forme que par les nouvelles grilles de la catégorie A sédentaire (grade 3 et 4) qui sont soumises au droit d'option.

Ces grilles sont loin d'un salaire digne d'une profession reconnue à Bac+5 au regard d'autres cadres d'emploi de même niveau d'expertise.

L'écart entre la formation initiale d'infirmier et la formation spécialisée que nous avons suivi se tasse encore, rendant le différentiel salarial peu motivant au regard de l'effort demandé et des responsabilités quotidiennes exercées par notre profession.

Les IADE, de par leur formation peuvent prétendre à des grilles supérieures mais, lors des discussions salariales, c'était sans compter sur le lobby actif du syndicat des cadres qui refusa de voir des infirmiers spécialisés (24 mois d'études de spécialisation) gagner autant qu'un cadre de santé (9 mois d'études...).

Nous dénonçons ce partage inéquitable!

Quels ajustements proposez-vous au protocole "Bachelot" pour une reconnaissance salariale justement adaptée à notre profession?

Nous craignons à présent que l'anesthésie en France perde en qualité et en sécurité après tous les efforts effectués par cette discipline depuis 30 ans.

Cette sécurité anesthésique est mise à mal par l'article 51 de la loi HPST permettant clairement d'ouvrir cette activité à risque à des personnels moins qualifiés, moins formés, moins rémunérés...

Nous défendons l'intérêt général en exhortant les pouvoirs publics à réaffirmer la nécessité de personnels spécialisés donc qualifiés au plus près des patients devant bénéficier d'une anesthésie.

Quel est votre positionnement au regard du risque engendré par l'Article 51 sur l'exclusivité d'exercice des infirmiers anesthésistes ?

Enfin comme beaucoup de représentants des professionnels de santé, nous voudrions vous demander solennellement de reconsidérer la Santé comme un ministère à part entière et exclusif, un Ministère plus juste et ouvert aux propositions des organisations professionnelles et aux réelles attentes de ses patients certes, mais aussi de ses agents.

Les français et les professionnels de santé méritent un grand Ministère de la Santé.

Les établissements de soins font face à une baisse de la démographie professionnelle aggravant un sous-effectif constant et contribuant à la dégradation des conditions de travail. Il ne faudrait pas accentuer, dans le futur, le manque de considération et de reconnaissance ressenti par les professionnels.

Dans l'attente expresse de vos réponses à ces questions importantes afin que les infirmier(e)s anesthésistes puissent au mois de mai, faire leur choix en conscience, nous vous prions de croire, Mesdames et Messieurs, en notre plus haute c o n s i d é r a t i o n .
Pour le SNIA,

Le président Jean-Marc Serrat

http://www.snia.net/uploads/7/7/8/5/7785148/lettre_ouverte_snia_2012.pdf

Le SNPHARE communique

L'hôpital désorienté par la course à la rentabilité

Un ouvrage décrit les effets pervers de l'introduction de méthodes du privé sur le quotidien des soignants et patients

Audit, performance, management, réduction de postes : depuis plus de dix ans, les mots et les méthodes du secteur privé ont fait leur entrée à l'hôpital public. Non sans impact sur le quotidien des médecins et du personnel soignant, qui se disent désorientés. Pour décrire ce « choc culturel », le Syndicat national des praticiens hospitaliers anesthésistes-réanimateurs élargi (SNPHAR-E) a pris une initiative originale : demander à des économistes et à des sociologues d'éclairer les raisons et les conséquences de ce bouleversement. Leur ouvrage, *L'hôpital en réanimation* (éditions du Croquant, 19 euros, 368 p.), auquel des médecins ont aussi contribué, sort jeudi 17 novembre. Il dresse un tableau instructif de ce qu'est devenu l'hôpital.

La tarification à l'activité, dite T2A, lancée à partir de 2004 dans les établissements, a été le ferment de la révolution hospitalière. En changeant les règles de financement des hôpitaux, ce sont les pratiques des médecins eux-mêmes qu'elle a modifiées. Avant, l'hôpital recevait une « dotation financière globale » chaque année, quels que soient ses résultats. Désormais, son financement dépend des actes réalisés, ce qui a conduit à une course à la rentabilité. Effet pervers, cette réforme a pu conduire à réaliser des soins non pertinents mais lucratifs.

En 2009, la loi Hôpital, patients, santé et territoires a parachevé cette évolution, en renforçant le poids des directeurs d'hôpitaux et en créant les agences régionales de santé. Les règles du management s'imposent à l'hôpital sur fond de réductions de postes, de suppressions de services et de rapprochements entre établissements.

Cette transformation pose des questions éthiques au personnel soignant. Le syndicat des anesthésistes a fait réaliser en septembre une

enquête auprès de 3 000 praticiens hospitaliers, qui révèle un grand manque de lisibilité : 41,5 % des médecins disent ne pas savoir ce qui se passe dans le pôle auquel ils ont été rattachés, 49 % estiment que leur « directeur est coincé entre ses valeurs de service public et les injonctions de rentabilité de sa tutelle ». En ressort un manque de reconnaissance, et surtout une grande désillusion : 43 % jugent qu'aujourd'hui il vaut mieux « éviter d'être médecin ». Aux praticiens, il a aussi été demandé quels mots, demain, qualifieront leur métier. Arrivent en tête « économie-finances » et « dégradation ».

Côté personnel soignant, le moral n'est pas meilleur. Le livre résume les résultats d'une récente enquête de la CDFT-santé auprès de 45 000 agents, qui décrivent des conditions de travail dégradées depuis cinq ans, pointant les rappels sur les jours repos, des changements d'horaires intempestifs, du travail permanent en effectifs réduits. De cette étude ressort aussi une grande désorganisation et un manque de reconnaissance.

Selon une enquête auprès de 3 000 praticiens hospitaliers, 43 % jugent qu'il vaut mieux « éviter d'être médecin »

La souffrance et l'épuisement des personnels commencent à être étudiés dans les établissements, comme au CHU de Nantes, où les équipes ont été soumises à une thérapie de choc (réduction des effectifs, augmentation de l'activité) pour résorber le déficit (Le Monde du 10 octobre).

Le travail quotidien des médecins n'est plus ce qu'il était. « Aujourd'hui, nous travaillons à partir d'indicateurs. En chirurgie, les médecins ne disent plus "j'ai fait une belle opération", mais "j'ai obtenu 100 % en terme de remplissage du bloc opératoire" », s'indigne Nicole Smolski, qui préside le SNPHAR-E. « Le côté humain n'est plus valorisé : on nous demande de l'acte, rentable de surcroît », ajoute-t-elle. Elle espère cependant un sursaut des pouvoirs publics au sujet de cette « déshumanisation » engendrée par les réformes.

Décrivant un hôpital qui « souffre en silence », elle veut pour preuve du malaise le fait que pour les élections professionnelles des praticiens hospitaliers qui se dérouleront à partir du 28 novembre, tous les syndicats abordent les mêmes thèmes : les craintes pour l'avenir du service public hospitalier, la perte d'indépendance des médecins et le manque d'attractivité des postes hospitaliers comparés au privé.

Chercheurs et médecins pointent certaines dérives. Ainsi, du fait de la tarification à l'activité, dans les services de réanimation, on tend à rechercher les actes qui rapportent le plus, comme la ventilation artificielle. Certaines unités ont poussé cette logique au maximum, préférant, au recrutement d'un médecin, l'embauche d'un « codeur professionnel » des actes, qui rapportera plus au service.

Ils ne sont d'ailleurs pas les seuls à s'interroger sur les effets pervers de ce mode de financement. Le sujet commence à faire débat parmi les politiques. Même l'UMP, présentant les bases de sa réflexion pour la présidentielle lors de sa convention santé début octobre, a estimé nécessaire d'y regarder de plus près.

Autre sujet de débat dans le milieu hospitalier, le partenariat public-privé, signé en 2006, qui a permis la construction de l'hôpital Sud-Francilien dans l'Essonne, et qui vire aujourd'hui au fiasco. L'ouverture de ce mastodonte a été reportée, ce qui est classique pour un hôpital de plus de 1 000 lits, mais, surtout, les termes du bail emphytéotique de trente ans signé avec la société Eiffage, et plus précisément le loyer de près de 40 millions par an, sont désormais remis en question.

Pour l'hôpital public, le temps semble venu d'un bilan de l'application en France du concept de « new public management » (« nouvelle gestion publique ») qui s'inspire des méthodes du privé. Paradoxe, l'arrivée des outils et méthodes du privé n'a finalement pas eu pour conséquence une autonomie de gestion des établissements, mais un contrôle accru de l'Etat par le biais de multiples instruments de mesure des résultats et de la performance et à grand renfort de recours aux cabinets de conseil extérieurs. Ce que décrivent les chercheurs, c'est l'émergence d'une nouvelle bureaucratie, ainsi qu'une « rhétorique de la modernité » et un « bon sens gestionnaire » qui interdisent le débat.

Laetitia Clavreul

Le monde, vendredi 18 nov 2011

Publié sur le site du SNPHAR : http://www.snphar.com/data/upload/files/LeMonde_LivreHopitalRea.pdf

L'hôpital en réanimation : le SNPHARE l'expose sur RFI

A propos de l'ouvrage unanimement salué par la critique (et bientôt best seller, plus de 3000 exemplaires vendus) , le vice président du SNPHARE, Dr Bertrand MAS, était cette fois sur RFI pour en parler.

[Vous pouvez réécouter l'émission ici.](#)

23/01/2012

<http://www.snphar.com/Default.aspx?intIdActualite=510&strFileXML=Actualite-fr-Flash-Infos.xml>

Responsabilité et justice

Prison avec sursis requise contre un médecin régulateur du SAMU

Six mois de prison avec sursis ont été requis vendredi, devant le tribunal correctionnel de Bordeaux, contre un régulateur du SAMU de Gironde, qui avait refusé d'envoyer une équipe au domicile d'une patiente se plaignant de douleurs dorsales et décédée dans la foulée d'une rupture aortique.

Le jugement sera rendu vendredi prochain.

Le 5 décembre 2007, le Dr Bernard Plédran avait été appelé par la famille Lacoste, vivant sur le bassin d'Arcachon, pour les violentes douleurs dorsales dont souffrait Francine Lacoste depuis deux jours.

M. Plédran refuse à deux reprises d'envoyer des secours chez les Lacoste. Un autre régulateur du SAMU, plus compréhensif, envoie ensuite une ambulance mais il est trop tard et Mme Lacoste décède à l'hôpital.

Poursuivi pour non-assistance à personne en péril, le Dr Plédran a reconnu à la barre "s'être trompé de diagnostic". Il a indiqué n'avoir pas compris que la patiente souffrait d'essoufflement. "Si je l'avais su, j'aurais agi autrement", a-t-il assuré, mais "en l'absence de troubles respiratoires, le diagnostic était extrêmement difficile à poser".

Des extraits de la conversation entre les Lacoste et M. Plédran ont été lues à l'audience. Il suggère notamment que Mme Lacoste "a sûrement une vertèbre déplacée", et, devant l'insistance de la famille, s'agace: "Le gouvernement a organisé la pénurie en docteurs, maintenant on le prend en pleine gu..."

Le vice-procureur Jean-Louis Rey a estimé que "tout le monde peut se tromper mais (que), dans le cas présent, il n'a pas accompli la moindre de

ses missions, il n'a pas établi de diagnostic et, depuis le début, il conteste l'évidence, il rejette la responsabilité".

Le magistrat a accusé le médecin d'avoir "réagi en syndicaliste énervé et non en médecin".

Mme Lacoste "est morte pour ne pas avoir été prise en charge dans les temps, et en un jour, par cette attitude, vous avez fait le malheur d'une famille et vous avez renié le serment d'Hippocrate. Vous êtes manifestement responsable", a-t-il lancé au Dr Plédran.

AFP

14 janvier 2012 | Rédaction ActuSoins

http://www.actusoins.com/10419/prison-avec-sursis-requise-pour-un-medecin-regulateur-du-samu.html?utm_source=feedburner&utm_medium=feed&utm_campaign=Feed%3A+actusoins+%28actusoins%29

Bordeaux. Décès d'une patiente : le médecin du SAMU condamné

Le Dr Bernard Plédran, médecin régulateur du SAMU de la Gironde, a été condamné hier à six mois de prison avec sursis pour non-assistance à personne en danger. Le 5 décembre 2007, il avait refusé à deux reprises d'envoyer un médecin ou une ambulance au chevet d'une sexagénaire obèse qui se plaignait d'un mal de dos. Elle avait précisé avoir été auscultée deux jours auparavant par son médecin traitant qui avait diagnostiqué un tassement de vertèbres.

« La pénurie de médecins »

Le Dr Plédran lui avait alors conseillé de prendre un antidouleur et de consulter son médecin le lendemain matin. Son état s'étant aggravé, ses proches avaient appelé le SAMU une troisième fois et un autre intervenant avait envoyé une ambulance. La patiente était décédée d'une déchirure de l'aorte trois quarts d'heure après son

admission à l'hôpital de La Teste. « Les symptômes étaient compatibles avec un problème de dos. Elle n'apparaissait ni essoufflée ni angoissée. Rien ne m'a permis de penser qu'il y avait une situation d'urgence » avait plaidé le médecin à l'audience. Mais le Dr Plédran, par ailleurs vice-président du syndicat CSMF, avait aussi tenu des propos de « syndicaliste ». « Le gouvernement a organisé la pénurie de médecins

[...] il faut vous habituer à ce qu'il n'y ait plus de médecins n'importe quand pour n'importe quoi » avait-il notamment dit lors de l'appel de la patiente.

Pierre Sauvey
21/01/2012

<http://www.ladepeche.fr/article/2012/01/21/1266435-bordeaux-deces-d-une-patiente-le-medecin-du-samu-condamne.html>

Consultation préanesthésique : le compte-rendu écrit suffit

Publié en 2007, republié dans la newsletter mensuelle de la MACSF

Le décret n° 94-1050 du 5 décembre 1994 relatif aux conditions techniques de fonctionnement des établissements de santé en ce qui concerne la pratique de l'anesthésie a imposé la réalisation d'une consultation préanesthésique à distance de l'intervention chirurgicale.

Les résultats de cet examen, réalisé par un anesthésiste réanimateur, doivent être consignés dans un document écrit, inséré dans le dossier médical du patient.

Mais dans la mesure où le médecin qui réalise la consultation préanesthésique est rarement celui qui réalisera l'anesthésie, pourrait-on lui faire grief de ne pas avoir attiré oralement l'attention de son confrère sur les difficultés prévisibles ?

La Cour d'Appel de Versailles vient de répondre par la négative.

Les faits

En vue d'une endoscopie, un médecin anesthésiste réalise la consultation pré anesthésique du patient, un homme d'une cinquantaine d'années. Il note à cette occasion une obésité, une

hypertension artérielle, et la survenue récente d'une dyspnée d'effort, signalée par le patient.

Il rédige un compte rendu détaillé mentionnant ses observations cliniques, le résultat des examens demandés par le gastro entérologue et les traitements en cours. Il signale les difficultés d'abord veineux prévisibles et suggère la réalisation d'un électrocardiogramme. Il conclut à de possibles difficultés d'intubation.

Le jour de l'intervention, comme souvent, c'est un autre médecin qui réalise l'anesthésie, après avoir pris connaissance du compte rendu de son confrère.

Il se produit au cours de l'intervention une complication anesthésique à type d'hypoxémie, à l'origine d'un arrêt cardiaque et d'un coma. Le patient décèdera quelques mois plus tard.

Les ayants droit du patient intentent une action judiciaire afin d'obtenir l'indemnisation de leur préjudice par ricochet et du préjudice personnel du patient pendant la période de survie.

Le jugement de première instance

Le jugement du TGI de NANTERRE retient à la fois :

- la responsabilité de l'anesthésiste qui a réalisé l'induction, pour ne pas avoir prévu l'assistance d'un confrère compte tenu des difficultés prévisibles qui lui avaient été signalées, et pour ne pas avoir correctement traité la complication anesthésique ;
 - la responsabilité de l'anesthésiste qui a réalisé la consultation pré anesthésique , considérant que, devant les éléments relevés et les difficultés prévisibles, celui-ci n'aurait pas dû se contenter d'un compte rendu écrit. Il aurait dû avertir personnellement et oralement son confrère, notamment sur la nécessité de s'adjoindre un assistant. Ne l'ayant pas fait, il a fait perdre une chance au patient de bénéficier de meilleures conditions et d'éviter ainsi la complication.
- Un appel a été interjeté par l'anesthésiste, auteur du compte rendu de consultation pré anesthésique.

Les arguments

L'anesthésiste a fait valoir en appel les arguments suivants :

- le décret de 1994, s'il impose la rédaction d'un compte rendu écrit, n'évoque pas en revanche la nécessité d'un échange oral entre les praticiens. Au contraire, la consignation des observations dans un document écrit et joint au dossier est la méthode la plus fiable, puisqu'elles se trouvent alors à la

disposition de chacun (chirurgien et anesthésiste) aussi bien avant, que pendant et après l'intervention.

- La portée des éléments figurant dans le compte rendu étant évidente pour tout anesthésiste, l'auteur de la consultation pré anesthésique n'avait pas à « commenter » ses conclusions à son confrère.

- Enfin, c'est le médecin qui réalise l'anesthésie qui fait la « visite pré anesthésique », à ne pas confondre avec la consultation pré anesthésique. Cette visite, qui a lieu juste avant l'intervention, permet au médecin, s'il le juge nécessaire, de s'adjoindre un confrère ou de surseoir à l'intervention si toutes les conditions ne lui semblent pas réunies pour assurer la sécurité anesthésique. C'est d'ailleurs ce que préconise la SFAR dans ses recommandations concernant la surveillance des patients en cours d'anesthésie, en précisant que :« le médecin anesthésiste réanimateur doit pouvoir être assisté, s'il le juge nécessaire, par un autre médecin et/ou une infirmière anesthésiste, en particulier au début ou à la fin de l'anesthésie ». C'est donc bien au médecin qui réalise l'anesthésie qu'il appartient de juger de la nécessité d'un recours à un confrère.

L'arrêt d'appel

La Cour d'Appel de VERSAILLES confirme que le compte rendu de la consultation pré anesthésique,

complet et détaillé, était tout à fait conforme aux obligations posées par le décret du 5 décembre 1994.

Le rapport écrit est la seule forme exigée par les textes, et est d'autant plus souhaitable qu'une information orale, si elle était exigée, générerait de grandes difficultés en matière de preuves.

La Cour relève ensuite qu'il appartenait au médecin anesthésiste réalisant l'anesthésie de décider des modalités les plus adaptées au cas du patient : recours à un confrère ou report de l'intervention.

L'anesthésiste ayant réalisé la consultation pré anesthésique est donc mis hors de cause.

Moralité

Si le fait de prévenir de vive voix un confrère de certaines difficultés prévisibles décelées au cours de la consultation pré anesthésique peut constituer une précaution supplémentaire, il ne pourra être fait grief au médecin de s'en être abstenu.

Encore faut-il, et c'est là une condition essentielle, que le compte rendu écrit soit suffisamment complet et détaillé.

Stéphanie TAMBURINI, Juriste

14 mai 2007

http://www.macsf.fr/vous-informer/consultation-pre-anesthésique-compte-rendu-ecrit.html?utm_source=newsletter&utm_medium=Newsletter+MACSF+du+14+fév+C3%A9vrier+2012&utm_campaign=Consultation+pr%E9anesth%E9sique+%3A+le+compte-rendu+%E9crit+suffit

Vigilances

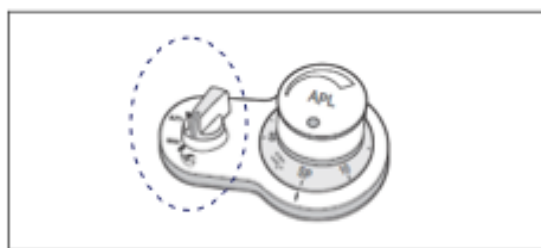
Division MAQUET CRITICAL CARE. FLOW-i

Afin de vous garantir le plus haut niveau de qualité et de sécurité de nos produits, nous souhaitons vous faire part d'une anomalie logicielle pouvant être rencontrée sur certains systèmes d'anesthésie FLOW-i.

La présente notification s'applique uniquement aux numéros de série du système FLOW-i cités ci-dessus. Elle a également fait l'objet d'une information auprès de l'AFSSAPS.

Description du phénomène observé et risque potentiel

Le système d'anesthésie FLOW-i peut être utilisé soit en mode de ventilation manuelle (MAN) soit en mode de ventilation automatique (AUTO). Le passage d'un mode à l'autre est réalisé par l'utilisation du commutateur de ventilation MAN/AUTO.



- Commutateur de ventilation MAN/AUTO -

Le fabricant MAQUET CRITICAL CARE AB, Suède, a récemment identifié qu'une alarme technique

(TE613) pouvait être générée lorsque les deux conditions ci-dessous sont réunies :

- le mode de ventilation manuelle est remplacé par le mode de ventilation automatique en tournant le commutateur de ventilation MAN/AUTO, et
- le commutateur de ventilation MAN/AUTO est maintenu dans une position intermédiaire entre MAN et AUTO pendant plus de 5 secondes.

Si l'alarme technique TE613 est activée, le système d'anesthésie FLOW-i reste dans le mode de ventilation réglé avant la manipulation du commutateur. La désactivation de l'alarme TE613 nécessite le redémarrage du système FLOW-i. MAQUET a donc identifié ce comportement comme un risque dans certaines situations d'utilisation.

Précautions

Afin de prévenir tout dysfonctionnement tel que décrit ci-dessus, nous vous recommandons de ne pas maintenir le commutateur de ventilation MAN/AUTO en position intermédiaire pendant plus de 5 secondes.

Action corrective entreprise par MAQUET :

Une nouvelle version de logiciel Software Version 2.1 a été développée et a été installée sur toutes les nouvelles unités FLOW-i fabriquées. Avec cette action, dans le cas où le commutateur de ventilation MAN/AUTO est maintenu dans une position intermédiaire pendant plus de 5 secondes,

l'alarme technique TE613 est activée dans un peu premier temps puis est désactivée lorsque le commutateur est relâché et repositionné sur un mode de ventilation.

Outre cette amélioration, cette nouvelle version de logiciel intègre également de nouvelles fonctionnalités telles qu'un outil de calcul de consommation des agents anesthésiques.

Toutes les unités FLOW-i citées en première page nécessitent l'installation de la nouvelle version Software 2.1. Nos données de traçabilité indiquent que vous possédez un ou plusieurs de ces dispositifs.

Par conséquent, afin de planifier une intervention technique MAQUET pour installer la nouvelle version Software 2.1 sur votre (vos) système(s) FLOW-i concerné(s), nous prendrons prochainement contact avec votre Service Biomédical.

Cette notification reste applicable tant que la mise à jour de logiciel en version 2.1 n'a pas été faite sur votre (vos) système(s) d'anesthésie FLOW-i.

L'ensemble de l'équipe MAQUET CRITICAL CARE reste à votre entière disposition pour tout renseignement complémentaire relatif au contenu de cette lettre.

Frédéric DAUBIGNARD

Responsable Service Clients - MAQUET CRITICAL CARE
MAQUET SAS

Bénédicte PARISOT

Responsable Qualité Filiale France MAQUET SAS

| | |
|--|--|
| DISPOSITIFS MEDICAUX CONCERNES: | Système d'anesthésie FLOW-i avec un numéro de série compris entre <ul style="list-style-type: none">▪ 501 et 521▪ 1001 et 1259 A l'exception des numéros de série suivants : <ul style="list-style-type: none">▪ 1058 à 1060▪ 1167▪ 1169 et 1170▪ 1172▪ 1200 à 1204▪ 1224 à 1226 |
| OBJET: | Mise à jour du logiciel du système FLOW-i: nouvelle version Software 2.1. |

Rappel d'un lot / 110586L DOSI FLOW™ régulateur de débit pour perfusion

Suite à des signalements de matériovigilance enregistrés en France, la société LEVENTON a identifié que le lot 110586L de la référence DOSI-FLOW 259 0250, régulateur de débit avec site d'injection, présente un niveau de risque de fuite important au niveau de la jonction entre la tubulure et le site d'injection.

Suite à leur investigation, l'origine de ce risque a été corrigée de façon à prévenir la récurrence de l'anomalie. L'Afssaps en a été informée.

En conséquence, nous vous demandons de :

veiller à ce que les unités de ce lot ne soient plus utilisées et soient placées en quarantaine retourner l'accusé de réception complété ci-joint dès réception

[courrier ci-joint \(13/01/2012\) \(51 ko\)](#)

communiquer l'état de votre stock et ceci même si vous n'avez plus les produits concernés en stock.

Nous vous remercions de transmettre cette information à toutes les personnes concernées au sein de votre établissement.

Nous vous prions de bien vouloir nous excuser pour la gêne occasionnée par cette situation et vous prions d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de nos salutations les meilleures.

Y.MOUTON

Pharmacien Responsable Qualité Correspondant
matériovigilance

Rupture de stock ATARAX® 100 mg

En raison de difficultés industrielles rencontrées sur notre site de fabrication, nous vous informons de la rupture de stock de la spécialité :

ATARAX® 100 mg, comprimé pelliculé sécable (hydroxyzine)

boîte de 30 comprimés - Code CIP : 3400930081204

A ce jour la date prévisionnelle de réapprovisionnement n'est pas déterminée. Un fax d'information vous sera adressé dès que notre spécialité sera à nouveau disponible.

Nous vous précisons que notre spécialité ATARAX® 25 mg, comprimé pelliculé sécable (hydroxyzine) - boîte de 30 comprimés (CIP : 3400930081372) n'est à ce stade pas concernée par cette rupture.

Notre service d'Information Médicale se tient à votre disposition pour toute information complémentaire au 01.47.29.45.55 ou à l'adresse informationmedicale-fr@ucb.com.

Vous remerciant par avance de bien vouloir accepter nos excuses, nous vous prions d'agréer, Madame, Monsieur, nos salutations distinguées.

Sylvie LE-MOUAL

Pharmacien Responsable

Directeur Qualité & Affaires Pharmaceutiques

Paris-Dakar

Des maux et des mots

La tente siglée d'une croix rouge est impossible à manquer sur le bivouac. A l'intérieur, médecins et infirmiers s'activent depuis le début du rallye, pour soigner les petites plaies comme les grosses blessures. En cette fin d'épreuve, ce sont surtout les traumatismes et les petites blessures dues à la

fatigue qui sont soignés dans ce petit hôpital de campagne.

Une soixantaine de médecins et infirmiers, sous la direction de Florence Pommerie, sont à pied d'œuvre durant toute la compétition pour venir à bout des maux dont souffrent les concurrents bien sûr, mais aussi tous les intervenants du Dakar qui viennent les solliciter.

Le Docteur Sylvie Dubos, anesthésiste, revient sur cette mission exceptionnelle menée sur le Dakar. "On a eu autant d'accident graves la deuxième semaine que la première semaine. Ce sont deux ou trois cas très importants. Mais en fin de parcours, il y a en plus des choses liées à la fatigue effectivement. Notamment chez les motards. Beaucoup de problèmes de tendinite, liés à l'effort, des problèmes lombaires, de problèmes d'épaules. Nous avons six kinés et pour tout dire en ce moment, ce sont eux qui font le gros du travail".

"Nous ici, dit-elle en indiquant la tente médicale, nous avons un déchochage pour tout ce qui concerne les patients lourds aux traumatismes graves, et nous traitons aussi toutes les petites interventions. Pas d'ailleurs seulement sur les concurrents, mais aussi tous ceux qui travaillent sur le rallye et qui souffrent de rhumes, de fièvres, de petites plaies ou de morsures de scorpion, par exemple".

Les intervenants de la caravane de santé du rallye sont des urgentistes, des anesthésistes, des chirurgiens orthopédistes et viscéraux, des radiologues... Tous on l'habitude des gestes d'urgence et peuvent intervenir avec le meilleur pronostic possible. Les équipes sont réparties dans le bivouac, et dans la course même, avec les voitures médicalisées appelées les Tangos qui sont sur le même parcours que les concurrents avec à bord des spécialistes prêts à intervenir. Sans oublier en hélicoptère, le médecin de l'avant, celui qui maraude dans le ciel, prêt à assurer la première intervention.. Les tangos ont un rôle très important, car ce sont eux qui sont au plus près des pilotes. Il y a également les camions-balais avec également des médecins à l'intérieur.

"Leur présence sur place est essentielle, car ce sont eux qui voient l'état dans lequel se trouvent les concurrents et qui peuvent intervenir le plus rapidement possible, dit le Dr Dubos. Il y a toujours un anesthésiste ou un chirurgien, parfois une équipe comme un SAMU, mais c'est très physique, parce qu'il y a un conducteur et un autre médecin qui doit faire la navigation, en suivant le road-book, comme les concurrents, avec en plus la possibilité à tout instant de devoir suivre un blessé". A la tente aussi, les médecins sont sur le qui-vive. Il n'est pas rare qu'ils passent des nuits blanches car certains concurrents arrivent parfois très tard.

Avec les jours qui passent, s'installent également une certaine fatigue mentales chez les pilotes, avec

des conséquences physiques. Mais il n'y a pas de règle..

"La fatigue mentale, on la voit essentiellement dans les Tangos. Quand on est par exemple avec les voitures balais derrière des motards en difficulté. On est tenté de leur dire d'arrêter mais on va jusqu'au maximum parce que c'est un rêve pour ces gens-là. On ne veut pas les mettre en danger mais on sait que c'est important pour eux. Si ça ne va vraiment pas, on intervient. Il y a eu une nuit où on a failli insister pour qu'un concurrent renonce, il a persisté et finalement il est encore en course. C'aurait été dommage. Mais on regarde quand même toujours s'ils sont encore aptes, s'ils ne sont pas épuisés, on leur donne à boire. Ce sont surtout les motards qui sont les plus éprouvés. Sans compter les événements comme la chaleur avec leur équipements, ils transpirent énormément et chaque fois qu'on les voit, ils ont l'air fatigué.... Mais l'âge aussi est important surtout pour les pilotes amateurs, qui en veulent, et qui n'acceptent pas volontiers de s'arrêter. Mais parfois ils ne sont pas toujours bien préparés".

Le travail du service médical tient un rôle prépondérant sur le Dakar. Et le travail se fait aussi en amont. Pour trouver une équipe, gérer des tonnes de matériel, faire les reconnaissances sur le terrain pour connaître le potentiel des hôpitaux avec lesquels il est possible de travailler. Car si le chirurgien présent sur le bivouac sont tout à fait à même de procéder à une opération chirurgicale, en cas de détresse vitale, pour les autres cas, la prise en charge est faite par les structures hospitalières locales.

Comme les concurrents et tous les suiveurs, les médecins du Dakar suivent un rythme effréné, même si dans la journée, ils peuvent parfois souffler un peu. Mais la plupart de ceux qui s'engagent dans cette mission, parfois avec une équipe qu'ils ne connaissent pas, louent les relations humaines qui se créent avec tous les intervenants du bivouac et les concurrents. Et beaucoup se nourrissent de ces rencontres formidables. A tel point que beaucoup reviennent vivre dans les conditions difficiles du Dakar, à se demander s'ils ne sont pas aussi addicts d'aventure que les concurrents.

De notre envoyé spécial Christian Grégoire

Publié le 10/01/2012 à 22:02 -

<http://dakar.sport.francetv.fr/moteurs/123690-des-maux-et-des-mots>

Récits de patients

Girac : il se réveille en pleine opération

En pleine opération chirurgicale, les effets de l'anesthésie ont cessé. L'intervention sur Marcel Bergeron a dû être stoppée, inachevée.

"C'est comme si on me découpait en morceaux à l'intérieur. C'était une torture". C'est un calvaire qu'a vécu Marcel Bergeron, 66 ans, sur une table d'opération de l'hôpital de Girac, en septembre dernier, lors d'une opération de la prostate. «Brutalement, j'ai tout senti. Je me suis mis à crier. Le chirurgien a arrêté, puis il a recommencé. J'ai crié encore plus fort. Il a arrêté complètement. C'était impossible de continuer», raconte Marcel Bergeron.

L'intervention n'était pourtant pas terminée. Il a dû se contenter de ce qui avait été fait. «Ils n'ont fait qu'un côté de la canalisation», sourit-il jaune. Marcel est resté hospitalisé une dizaine de jours: «Si la fenêtre avait été ouverte, j'aurais sauté. Ils m'ont assommé de médicaments».

Après quoi il a été renvoyé chez lui, à Angeac-Charente. «Normalement, après ce type d'opération, on ne peut pas faire d'efforts durant deux mois. Moi, c'est toujours pareil après plus de trois mois. Sinon, j'ai mal. Je suis toujours sous anti-inflammatoires. Si j'essaie de diminuer les doses, je souffre». L'inactivité forcée lui plombe le moral. Et surtout, il n'urine pas mieux qu'avant l'intervention. Chaque nuit, il doit se relever «entre 6 et onze fois».

<http://www.charentelibre.fr/2012/01/09/girac-il-se-reveille-en-pleine-operation,1073642.php>

Il sort du coma quatre ans après avoir été frappé par la foudre

L'histoire de Robin relève du miracle. A 13 ans, il se fait frapper par la foudre et tombe dans le coma.

Alors que les médecins n'avaient plus aucun espoir pour lui, il s'est réveillé à l'âge de 17 ans.

En 2007, lors d'une balade en vélo avec des camarades de classe à Vitrolles, dans les Bouches-du-Rhône, Robin, 13 ans, a été donné pour mort après avoir été frappé par la foudre Plongé dans le coma, les médecins ne lui donnaient aucune chance de se rétablir : "Bon, ça ne sert à rien de tourner autour du pot. Robin a le cerveau grillé. Il faut le débrancher", avait conseillé le médecin peu après l'accident à la mère du jeune garçon, comme le relaie RTL. Mais la famille de Robin ne pouvait pas s'y résoudre. Accrochée à un insignifiant espoir, elle a eu la joie de voir Robin se réveiller après quatre ans de léthargie. L'enfant devenu ado "peut désormais se passer de son respirateur artificiel et retrouve progressivement les gestes de la vie quotidienne, comme regarder la télévision", explique son frère Maxime.

Ce réveil soudain reste un mystère pour les médecins : "La médecine n'est pas une science exacte", reconnaît le Pr André Liénard, chef du service anesthésie et réanimation de l'hôpital Saint-Antoine à Paris. Mais pour sa mère, l'explication est évidente : "Cela veut dire qu'il se bagarre pour vivre. Il faut agir pour qu'il récupère et pour que sa vie s'améliore." déclare t-elle.

Pour Robin et sa famille, le combat continue pour qu'il puisse remarcher un jour et récupérer son indépendance. Après avoir fait une demande de prise en charge au ministre de la Santé Xavier Bertrand, le dossier du miraculé a été accepté. Le Sudiste va être placé dans un centre de rééducation des Yvelines, à Paris, dont la réputation est excellente. Ses médecins vérifieront si sa vue et son ouïe ne sont pas altérées. Robin devra également se soumettre à plusieurs opérations pour reconstruire son visage. Sa bouche, par exemple, ne se referme depuis qu'elle a été touchée par la foudre. Son père l'accompagnera à Paris. Postier de profession, il s'est fait muter dans la capitale.

Info rédaction gentside.com, publiée le 11 janvier 2012

http://www.gentside.com/foudre/il-sort-du-coma-quatre-ans-apres-avoir-ete-frappe-par-la-foudre_art33555.html

«Les anesth, encore du café ?»

« Le café réduirait le risque de diabète »

Le Figaro indique en effet que « boire 4 tasses quotidiennes aurait un impact sur une hormone du pancréas et réduirait de moitié les risques de développer un diabète de type 2 », selon des travaux de chercheurs chinois de l'université de Wuhan.

Le journal rappelle que « les effets bénéfiques du café ont été observés depuis quelques années, mais les mécanismes responsables restaient mystérieux. [...] On sait déjà que ce n'est pas la caféine qui est directement responsable de ces bénéfices contre le diabète, puisqu'on observe aussi des effets bénéfiques chez les consommateurs de café

décaféiné et aussi chez les buveurs de thé dans une plus faible mesure ».

Le Figaro explique que « les chercheurs chinois se sont penchés sur l'une des causes du diabète, la perturbation d'une hormone, l'amyline, qui est produite par le pancréas en même temps que l'insuline. Ils se sont aperçu que deux des composés organiques du café, l'acide caféique et l'acide chlorogénique, inhibent la transformation de l'amyline dans une forme toxique ».

« Cette inhibition serait, d'après les scientifiques, suffisante pour expliquer les moindres risques de déclenchement de diabète de type 2 », poursuit le journal.

Le quotidien précise que « les effets positifs sont mesurables à partir de 4 tasses de café par jour, avec un risque réduit de 50% d'avoir un diabète de type 2 par rapport à ceux qui n'en

boivent pas ou qui n'en prennent que 2 tasses par jour. Au-delà de 4 tasses quotidiennes, les risques continuent de décroître de presque 7% par tasse supplémentaire ».

Le Figaro ajoute toutefois que « cela ne doit pas encourager à une consommation excessive, car la caféine est un stimulant légèrement addictif qui peut avoir de légers effets cardiovasculaires, en plus des impacts bien connus sur le sommeil. Et cela sans compter tout ce que l'on peut ajouter dans le café : sucre, crème ou lait qui peuvent rapidement apporter un grand nombre de calories ».

Laurent Fichet
www.mediscoop.net

http://www.mediscoop.net/index.php?pageID=newsletter_mediscoop&id_newsletter=4414&liste=0&site_origine=newsletter_mediscoop&nuid=098e4dcc7eb94570eabd820fde076f85&midn=4414

Anesthéz'Geek

L'application Intervention de URGENCE PRATIQUE

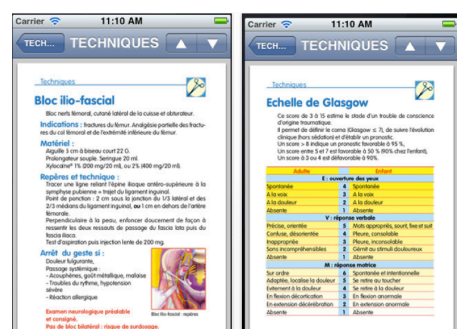
Le carnet d'intervention est un outil d'aide à la décision thérapeutique à l'usage des médecins et infirmiers urgentistes.

Il traite sur 1 à 2 pages les urgences suivantes : Urgences cardio-vasculaires, Urgences respiratoires Urgences neurologiques, Urgences métaboliques, Urgences traumatologiques, Urgences pédiatriques, Urgences obstétriques, Urgences diverses, Intoxications, Techniques, Drogues (pharmacologie)

Site web de URGENCE PRATIQUE PUBLICATIONS
[Assistance de Intervention](#)

Nouveautés de la version 1.1 : Mise à jour de protocoles

<http://itunes.apple.com/fr/app/intervention/id460332947?mt=8>



34
2012

J.E.P.U.
JOURNÉES
D'ENSEIGNEMENT
POSTUNIVERSITAIRE

réunion
de perfectionnement
des infirmiers anesthésistes

Vendredi 16 et
Samedi 17 mars 2012

10th WCNA
WORLD CONGRESS FOR
NURSE ANESTHETISTS

LJUBLJANA, SLOVENIA, MAY 26 - 29, 2012
LJUBLJANA, SLOVENIJA, MAJ 26 - 29, 2012

C
a
l
e
n
d
r
i
e
r

Mars 2012

16 et 17 : JEPU
Paris La Défense (CNIT)
<http://www.jepu.net/>

21 et 22 : 9^{eme} journée infirmière du collège PACA de médecine d'urgence
Hôpital de la Timone, Marseille 13
http://www.altilab.com/newsletters/2011_12_07_COPACAMU/Programme_COPACAMU_2012.pdf

22- 23 : 19eme journées lilloise d'anesthésie-réanimation et médecine d'urgence
CHRU Lille - Faculté de Médecine
http://www.jlar.com/JLAR%20en%20cours/Programme_2012.pdf

23 et 24 : 33eme congrès annuel de l'association des anesthésistes réanimateurs pédiatriques de langue française
La maison du séminaire, Nice (06)
<http://www.adarpef.org/site/formation/congres-annuel/2012.htm>

Avril 2012

12 et 13 : 9^{ème} journée Réanimation et urgences respiratoires SRLF
Mercure Centre, Marseille (13)
<http://www.jrur.org/>

20 : Atelier Réa -Echographie en réanimation
Nice(06)
<http://www.sfar.org/evenements/118/les-ateliers-rea-echographie-en-reanimation-nice>