

Partage des tâches en péri opératoire

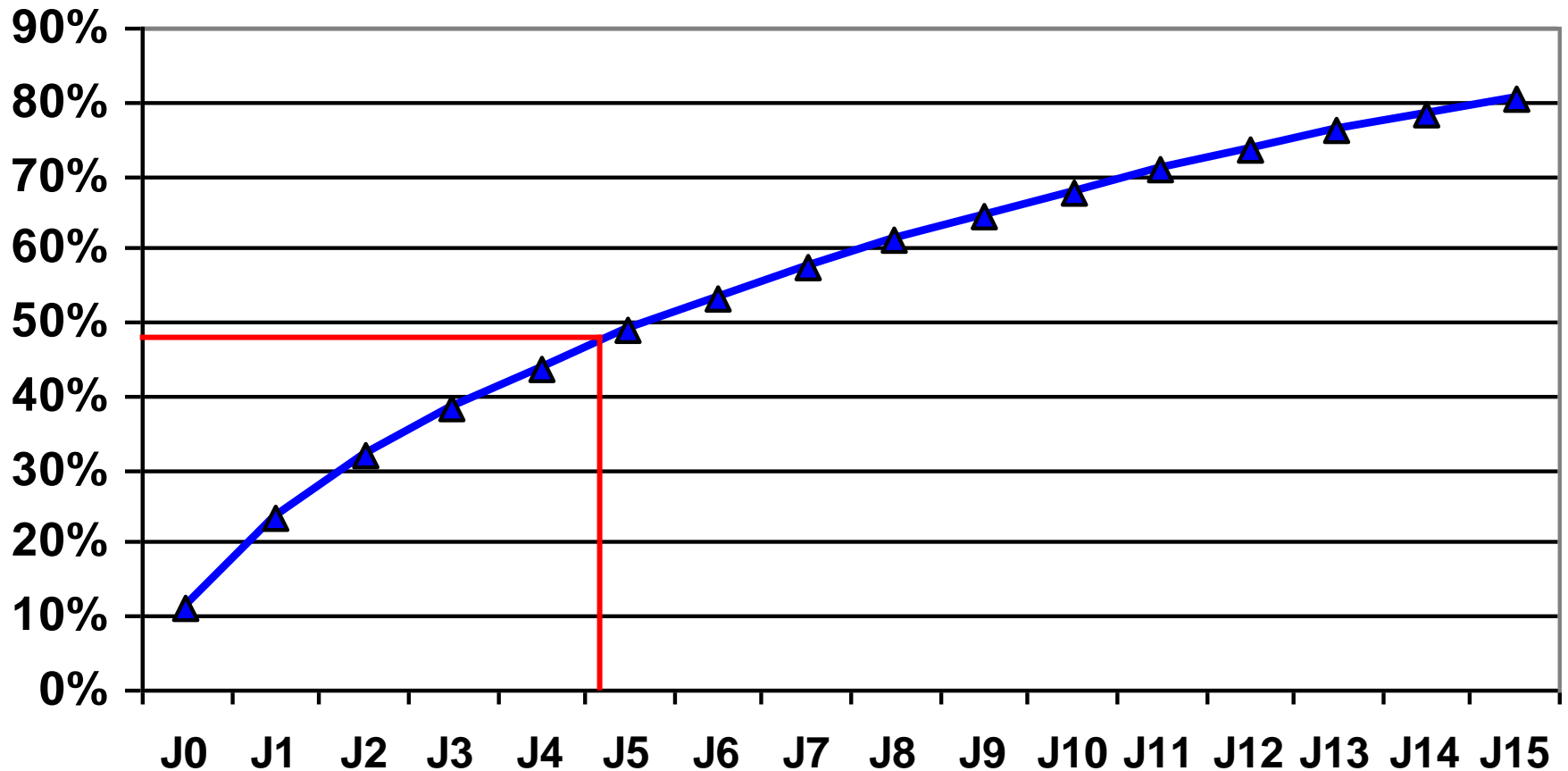
Dr Patrick-Georges YAVORDIOS

Pr Dan BENHAMOU

Quand surviennent les décès ?

NCEPOD 1992-93 (19 816 DC en chir de 6 à 70 ans) Diapo C Ecoffey

Courbe cumulative des décès per et postopératoires



Médecine péri opératoire

les questions ?

- Qui fait quoi ?
- Où ?
- Combien de temps ?

SFAR **E**tats
 Généraux
EGAR **A**nesthésie
 Réanimation

P-G Yavordios

juin 2010

Médecine péri opératoire

Qui fait quoi ?

Rédaction d'un protocole de fonctionnement :

Les pré-requis

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

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

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

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

Objectifs et champ d'application

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

Les grands thèmes :

Douleur

- **Douleur post opératoire (DPO)**

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

=> Ordonnance de sortie faite par le médecin référent

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

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

Les grands thèmes :

Prévention de la maladie thromboembolique

- **Phase pré opératoire**

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

- **Phase péri opératoire**

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

Les grands thèmes : **Infectieux**

- **Antibioprophylaxie**

- Par AR et chirurgien selon le protocole SFAR 2010

- **Antibiothérapie curative**

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

Les grands thèmes :

Gestion de l'anémie

■ Pré opératoire

- *Épargne sanguine, EPO, commande de sang pour l'intervention: prise en charge par AR*

■ Per opératoire

- Prise en charge par AR en rappelant la nécessité d'une coopération avec le chirurgien selon les recommandations de la check list HAS (*risque hémorragique*)

■ Post opératoire

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

Les grands thèmes :

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

■ **Pré opératoire**

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

■ **Post opératoire**

Prise en charge conjointe

Visite post opératoire en service d'hospitalisation

L'AR est notamment concerné par :

➤ **Les opérés à J1**

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

➤ **Les patients pour lesquels une prescription doit être effectuée**

selon la répartition des tâches concernées par ce protocole

➤ **Les patients qui développent une complication post opératoire**

qui nécessite l'intervention spécifique de l'AR

Demande d'avis par médecin référent : **AR consultant**

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

Synthèse

- Paix sur la terre aux hommes de bonne volonté
- Pour les autres, il faut une charte

La délégation de tâches aux IADEs

Elle existe déjà

- Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004, article R. 4311-12
- L' IADE est seul habilité, à condition qu'un médecin anesthésiste-réanimateur (MAR) puisse intervenir à tout moment, et après qu'un MAR a examiné le patient et établi le protocole, à appliquer les techniques suivantes
 - Anesthésie générale
 - Anesthésie loco-régionale et réinjections dans le cas où un dispositif a été mis en place par un MAR
 - Réanimation peropératoire
- Il accomplit les soins et peut, à l'initiative exclusive du MAR, réaliser les gestes techniques qui concourent à l'application du protocole

Quelle modalité relationnelle?

- liaison *hiérarchique* = collaborateur du médecin-anesthésiste réanimateur
 - Code de la santé publique/Partie réglementaire/Quatrième partie : Professions de santé/Livre III : *auxiliaires médicaux*, aides-soignants, auxiliaires de puériculture, ambulanciers/Titre 1^{er} : profession d'infirmière ou d'infirmier/Article R4311-12 : IADE
 - CA de la SFAR 4 Juillet 2008: L'anesthésie est un acte médical... l'anesthésiste réanimateur définit la stratégie de prise en charge péri-opératoire et peut, s'il le juge nécessaire, s'adjoindre l'assistance d'un IADE. La présence de l'anesthésiste auprès de son patient est indispensable pendant les périodes suivantes : induction d'une anesthésie générale, mise en place d'un dispositif permettant la réalisation d'une anesthésie loco-régionale.....
- liaison *fonctionnelle* avec le médecin anesthésiste-réanimateur
 - SNIA 2002
 - Recommandations pour l'exercice de la profession d'infirmier anesthésiste

Diplôme d'Etat d'infirmier anesthésiste V2011

Référentiel de compétences

- « Les référentiels d'activités et de compétences du métier d'infirmier anesthésiste diplômé d'Etat ne se substituent pas au cadre réglementaire. En effet, un référentiel n'a pas vocation à déterminer des responsabilités. Il s'agit de décrire les activités du métier, puis les compétences. Celles-ci sont rédigées en termes de capacités devant être maîtrisées par les professionnels et attestées par l'obtention du diplôme d'Etat »
- Compétence 3:
 - Réaliser l'induction anesthésique et les gestes techniques concourant au type d'anesthésie déterminée
 - Assurer la ventilation et mettre en place un dispositif de ventilation sus ou sous glottique et ajuster les paramètres ventilatoires du respirateur

Pratiques avancées V2010

En vue de la maîtrise

« domaines de la sécurité, de la qualité, de l'hygiène, de l'encadrement, de la formation, de la prise en charge de la douleur postopératoire dans le cadre des protocoles de service. »

En fait, on va déjà plus loin...

- Pas de vraies données (enquêtes parcellaires, mal contrôlées)
- Soit de façon incontrôlée
 - Par manque de personnel médical
 - Soit manque réel
 - Soit manque relatif: problèmes d'organisation, manque d'investissement des médecins
 - Par pression de certains IADEs ou syndicats
 - Certains « veulent jouer au docteur »
 - D'autres le font par délégation raisonnée

On va déjà plus loin de façon contrôlée

Transfert de compétence: pose de voie veineuse centrale par l'IDE
Centre anticancéreux Léon Bérard

- Contexte: nombre important de VVC et manque de temps médical conduisant à un délai entre indication et réalisation de 15 à 21 jours
- Information du patient par le médecin et traçabilité de l'accord/refus du patient
- Confirmation et reformulation par l'infirmière
- Formation théorique et pratique par un médecin coordonnateur (technique, échographie) ≥ 50 heures
- Pose de la VVC avec médecin à proximité, checklist HAS, cotation douleur pose de la VVC, radio de contrôle relue par délégué
- Education du patient sur la gestion de la VVC (toilettes, bains, prévention thrombose, CAT si incident..)
- Rappel téléphonique à J1-2 et à J7
- Suivi qualité: RMM, déclaration d'incidents graves, debriefings réguliers, observatoire des VVC (infections, thromboses...)

A mon avis, la délégation de tâche...

- Est inéluctable
 - Volonté politique forte (loi HPST)
 - Pression économique et amélioration de la productivité
 - Démographie des médecins anesthésistes-réanimateurs
- Va toucher tous les autres binômes!
 - MAR-endoscopiste...
 - IADE-IDE
 - problème de démographie IADE
 - Exclusivité IADE
- Est associée à un degré de sécurité et de qualité satisfaisants et est coût-efficace
- Est possible sous condition, progressivement, avec évaluation et redéfinition régulière des limites

Rôle des médecins

- Se concentrer sur
 - Les patients à risque (médecine périopératoire)
 - La recherche
 - Les aspects techniques innovants, non stabilisés
 - La partie complexe de la relation médecin-patient (diagnostic, annonce de complication, stratégie de soins..)
 - La supervision
 - Leur formation et celles des plus jeunes
 - L'évaluation des pratiques
- Obtenir la valorisation correspondante
- Déléguer quand qualité place centrale et faible risque
- Contrôle médical et institutionnel au quotidien
- Eviter les dérives locales
- Réorganiser

Réorganisation

- Restructuration des blocs opératoires pour privilégier les secteurs où les temps d'utilisation des salles sont insuffisants.
- Rapprochement géographique des plateaux techniques chirurgicaux et interventionnels non chirurgicaux.
- Meilleure organisation des programmes opératoires avec respect des horaires de début et de fin.
- Absence de programmations ou de déprogrammations « sauvages »
- Regroupement des hôpitaux pour offrir une offre de soins cohérente...

Synthèse

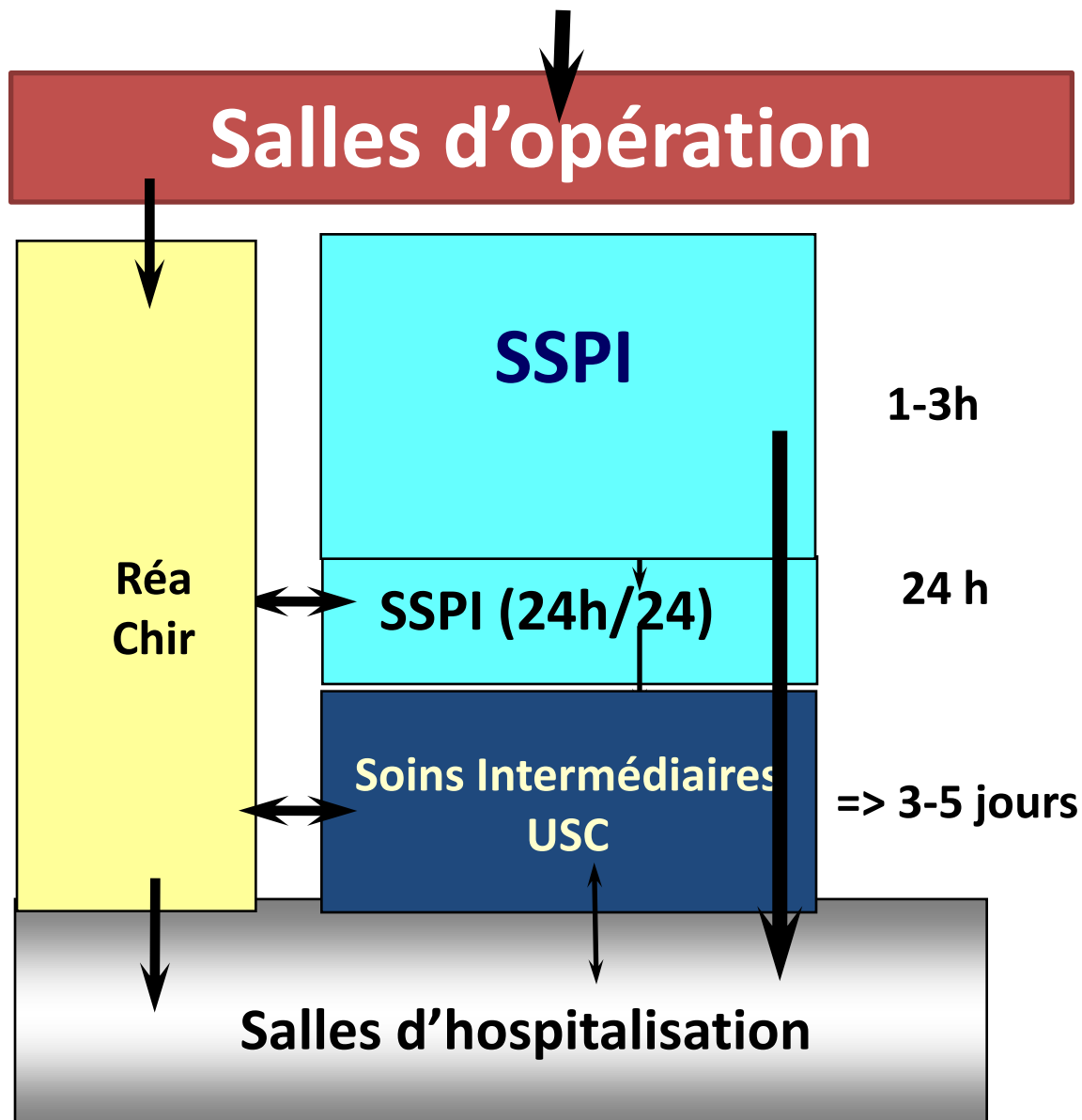
- Le protocole devra être rédigé en **tenant compte des souhaits et des ressources humaines** de chaque équipe.
- Il est souhaitable de **décliner ce protocole par spécialité** en tenant compte des spécificités de chaque pratique.
- Il devra être **validé par la CME** après discussion entre les AR et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

Médecine péri opératoire : mots clefs

- **Check list**
- **Consultant** , rôle pour l'AR ?
- **Enjeu** pour la discipline
- **EGAR** réflexions de la SFAR en 2010
- **Limites** et contenu de la période à définir
- **Parcours** de soins périopératoire
- **Partage** des soins protocolé
- **Pénurie**
- **Risque** accrue pendant cette période
- **Spécificité** de l'anesthésie française

Où ?

CPA et VPA



Les grands thèmes :

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

■ **Pré opératoire**

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

■ **Post opératoire**

Prise en charge conjointe selon les recommandations de la check-list de l'HAS 2010

Les grands thèmes :

Hydratation et réalimentation post opératoire

- Prise en charge **conjointe** entre AR et médecin référent
- Prescription des 1^{ères} 24 H par AR
- Arrêt ou suivi par médecin référent pour les cas simples
- Les réanimations ne sont pas concernées par ce protocole
- Les USC prolongent temporairement la SSPI et relèvent de la compétence des AR

Définir ce que veut faire l'équipe d'AR

Exemple de *questionnaire adressé à chaque AR*

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

Signature :