



D.E.S. Neurochirurgie

Phase socle

Connaissances transversales

L'opéré et son environnement

a. Anesthésie.

Activité 1 : quels sont les inconvénients et les risques de l'anesthésie générale ?

b. installation de l'opéré

Activité 1 : citer les principales complications liées aux malpositions sur la table d'opération ; de quelles responsabilités relèvent-elles ?

Activité 2 : intérêt, conséquences et risques de l'installation de l'opéré en position proclive en salle d'opération

Activité 3 : attitude à adopter face à un patient suspect d'allergie au latex.

c. prévention de l'infection

Activité 1 : quelles sont les indications de l'antibio-prophylaxie en fonction du risque chirurgical ?

Activité 2 : définir l'infection nosocomiale – comment la prévenir au bloc opératoire

Activité 3 : critères de choix d'un antibiotique dans l'antibio- prophylaxie péri-opératoire et modalités de prescription

d. surveillance et soins de l'opéré - prise en charge de la douleur

Activité 1 : pourquoi est-il important d'évaluer l'intensité d'une douleur ?

Activité 2 : décrire les méthodes d'évaluation de l'intensité douloureuse

Activité 3 : décrire les 3 niveaux de l'OMS des antalgiques classiques,

donner pour chaque niveau des exemples

Activité 4 : donner les principes généraux de prescription d'un traitement antalgique

Activité 5 : quelles sont les bases de prescription d'un traitement par morphine ?

Activité 6 : évaluation de la douleur chez l'enfant

e. accidents thrombo-emboliques

Activité 1 : comment calculer le risque thrombo embolique et donner le schéma thérapeutique adapté?

Activité 2: donner les situations à risque thrombo emboliques en fonction du terrain

Activité 3 : énumérer les facteurs de risque thrombo emboliques en fonction de l'intervention en neurochirurgie

f. transfusions

Activité 1 : informations à donner à un patient en cas de transfusion (ou psl) bilan pré transfusionnel obligatoire

Activité 2: donner les règles de prescription, de délivrance et de traçabilité en cas de transfusion (ou psl)

g. complications per et peri-opératoires

Activité 1 : énumérer les causes générales de détresse respiratoire aiguë post-opératoire

Activité 2 : choc hémorragique : définition, étiologies, principes thérapeutiques en urgence

h- chirurgie ambulatoire

Activité 1 : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-04/synthese_-_socle_de_connaissances.pdf

Activité 2 : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-04/la_chirurgie_ambulatoire_en_12_questions.pdf

i- radioprotection

Activité : <https://www.has->

Principes et règles de chirurgie générale

a. cicatrisation et reparation

Activité 1 : quelles sont les differences entre une cicatrisation de premiere intention et celle de seconde intention ? Décrire les 3 phases de la cicatrisation et son evolution

Activité 2 : énumérer les aspects microscopiques des processus de cicatrisation

Activité 3: citer les principaux facteurs généraux et locaux nuisant à la cicatrisation

b. cancerologie

Activité 1 : donner les principes de la classification TNM (1998)

Activité 2: decrire le dispositif d'annonce en cancerologie

Activité 3 : Le Programme Personnalisé de Soins (PPS)

c. anatomie pathologique

Activité 1 : principes, indications et limites de l'examen anatomo-pathologique extemporane per operatoire

Activité 2 : principes de l'envoi d'un prelevement tissulaire au laboratoire d'anatomie pathologique

d. le polytraumatise

Activité 1 : un polytraumatise arrive à l'hopital avec les lesions suivantes:

- traumatisme cranio encephalique avec embarrure
plaie laryngo-tracheale soufflante
- fracture ouverte de jambe
- traumatisme thoracique gauche non complique avec fracture costale simple

Dans quel ordre doit être effectuée la prise en charge et pourquoi ?

Activité 2 : diagnostic et prise en charge d'une retention aiguë d'urine post-operatoire.

Obligations légales, éthiques et scientifiques

a. le bloc opératoire

Activité 1 : quelles sont les règles de fonctionnement des blocs opératoires ? quel est le rôle du conseil de bloc opératoire.

Activité 2 : quelles sont les mesures à adopter en cas de suspicion de prion ?

Activité 3 : quelles sont les différences entre décontamination, désinfection, stérilisation ?

Activité 4 : devant une plaie accidentelle du personnel médical et paramédical lors d'une intervention chirurgicale avec contamination sanguine, quelles sont les modalités de déclaration ?

Activité 5 : le feu au bloc opératoire – mesures de prévention et d'action

Activité 6 : pourquoi la check list? Que doit-on vérifier pour une meilleure sécurité du patient au bloc opératoire?

b. la responsabilité médicale

Activité 1 : quelles sont les bases juridiques de l'information du médecin à l'égard de son malade ? Quelles informations doit-il donner? Comment en apporter la preuve.

Activité 2 : définir le secret professionnel (article 4 du code de déontologie) – connaître les règles de levée du secret médical.

Activité 3 : quelles sont les principales fautes susceptibles de mettre en cause la responsabilité des médecins ?

Activité 4 : la responsabilité de l'interne dans le cadre de ses activités hospitalières

Activité 5 : peut-on opposer le secret médical aux droits du malade à l'information ? Comment s'organise l'accès du malade à son dossier médical pour satisfaire aux droits du malade à l'information ?

Activité 6: quel est le rôle des commissions régionales de conciliation et d'indemnisation (CRCI)

Activité 7 : quels sont les principes généraux du code de déontologie médicale (ensemble des devoirs qui incombent au médecin dans l'exercice de sa profession vis à vis de ses malades, confrères et auxiliaires) ?

Activité 8 : quels éléments doivent figurer impérativement sur une ordonnance rédigée pour un patient adulte et enfant ?

Activité 9 : rédaction d'un certificat médical : son contenu

Activité 10 : Que doit comporter un certificat médical initial en cas d'accident de la circulation ?

Activité 11 : Quelles sont les règles de rédaction d'un compte rendu opératoire ?

Activité 12 : Quelles sont les spécificités du compte rendu opératoire en cancérologie ?

Activité 13 : Signalement des événements indésirables : pour quoi faire et à qui ?

Activité 14 : décrire le principe de l'annonce d'un dommage lié aux soins ; connaître la procédure recommandée

Méthodologie de lecture et de rédaction

Activité 1 : Décrire brièvement la structure d'un article original et les objectifs de chaque chapitre

D. Evolution des pratiques et recherches

Activité 1 : Connaître les grands principes de l'investigation chez l'homme et les démarches pratiques que sa mise en œuvre impose. Préciser les acteurs et les actions nécessaires à la mise en œuvre de tout protocole de recherche

Activité 2 : Comment sont élaborés les recommandations et références professionnels ?

Activité 3 : Quelles sont les missions du CPP ?

d. les rapports avec l'industrie : gestion des liens d'intérêts

e. les tutelles

ARS HAS (accréditation) DGOS

f. les codages

PMSI CPAM

e. assurance professionnelle

Compétences transversales

L'opéré et son environnement

1. ANESTHESIE

1. QUESTION : QUELS SONT LES INCONVENIENTS ET LES RISQUES DE L'ANESTHESIE GENERALE ?

Réponse :

- 1- Les nausées et les vomissements au réveil sont devenus moins fréquents avec les nouvelles techniques et les nouveaux médicaments.
- 2 - Les accidents liés au passage de vomissements dans les poumons sont très rares si les consignes de jeûne sont bien respectées.
- 3 - L'introduction d'un tube dans la trachée (intubation) ou dans la gorge (masque laryngé) pour assurer la respiration pendant l'anesthésie peut provoquer des douleurs pharyngées ou une dysphonie passagère.
- 4 - Des traumatismes dentaires sont également possibles. C'est pourquoi il est important que le patient signale tout appareil ou toute fragilité dentaire particulière.
- 5 - Une rougeur douloureuse au niveau de la veine dans laquelle les produits ont été injectés peut s'observer. Elle disparaît en quelques jours.
- 6 - La position prolongée sur la table d'opération peut entraîner des compressions, notamment de certains nerfs, ce qui peut provoquer des dysesthésies ou, exceptionnellement, la paralysie d'une partie d'un membre. Dans la majorité des cas, il s'agit d'une parésie transitoire pendant quelques jours ou quelques semaines.
- 7 - Des troubles passagers de la mémoire ou une baisse des facultés de concentration peuvent s'observer dans les heures suivant l'anesthésie.
- 8 - Des complications imprévisibles comportant un risque vital comme une allergie grave, un arrêt cardiaque ou une asphyxie, sont extrêmement rares. Quelques cas sont décrits, alors que des centaines de milliers d'anesthésies de ce type sont réalisées chaque année.

Référence : Site de la SFAR

<http://sfar.org/pour-le-grand-public/information-medicale-sur-lanesthesie/>

2. INSTALLATION DE L'OPERE

1. QUESTION : CITER LES PRINCIPALES COMPLICATIONS LIEES AUX MALPOSITIONS SUR LA TABLE D'OPERATION ; DE QUELLES RESPONSABILITES RELEVENT-ELLES ?

Réponse :

La perte de sensibilité liée à l'anesthésie générale empêche le patient de ressentir la gêne ou la douleur occasionnées par une mauvaise position ; la fréquence des lésions périphériques par exemple est de l'ordre de 1/1000 anesthésies ; la responsabilité est partagée entre le chirurgien et l'anesthésiste. On peut observer des lésions nerveuses périphériques motrices ou sensitives par élongation ou compression ou des lésions cutanées par protection insuffisante des points d'appui, des brûlures au niveau de la plaque de thermo-coagulation, des escarres et alopecies, des lésions oculaires à type de conjonctivites, kératites par défaut d'occlusion palpébrale, frottement ou compression, des lésions vasculaires ischémiques par compression des trajets artériels sont plus rares, des lésions musculaires à type de rhabdomyolyse sont exceptionnelles.

Les complications résultant d'une mauvaise installation du malade sur la table d'opération engagent principalement la responsabilité solidaire ou conjointe de l'équipe chirurgien-anesthésiste, même si le

chirurgien a manifesté des exigences particulières pour l'installation du malade. Cependant certains arrêtés impliquent la responsabilité exclusive de l'anesthésiste lors de lésions nerveuses du membre supérieur, survenues par exemple au cours de chirurgies abdominales : lorsque la fixation n'a pas été pratiquée selon les règles de l'art, lorsque la posture ne relevait pas des servitudes de l'opération, ou lorsque les précautions étaient insuffisantes pour réduire les conséquences fâcheuses de la position imposée par l'intervention.

Bibliographie

[https://reanesth.chu-bordeaux.fr/Formation-initiale/Dipl%C3%B4me-d-Etude-Sp%C3%A9cialis%C3%A9-en-Anesth%C3%A9sie-R%C3%A9animation-\(DESAR\)/Les-cours-DESAR/Module-Techniques-et-pharmacologie-en-anesth%C3%A9sie-r%C3%A9animation/Techniques-en-anesth%C3%A9sie-et-en-r%C3%A9animation-2013/Positions-en-Orthop%C3%A9die-\(Dr-Saint-Pol\).pdf/](https://reanesth.chu-bordeaux.fr/Formation-initiale/Dipl%C3%B4me-d-Etude-Sp%C3%A9cialis%C3%A9-en-Anesth%C3%A9sie-R%C3%A9animation-(DESAR)/Les-cours-DESAR/Module-Techniques-et-pharmacologie-en-anesth%C3%A9sie-r%C3%A9animation/Techniques-en-anesth%C3%A9sie-et-en-r%C3%A9animation-2013/Positions-en-Orthop%C3%A9die-(Dr-Saint-Pol).pdf/)

2. QUESTION : INTERET, CONSEQUENCES ET RISQUES DE L'INSTALLATION DE L'OPERE EN POSITION PROCLIVE EN SALLE D'OPERATION

Réponse

L'effet recherché est une réduction du saignement dans les secteurs céphaliques.

Les conséquences sont :

- l'accumulation de la masse sanguine dans les parties déclives
- la diminution du retour veineux
- la baisse de la P A systémique au niveau carotidien
- une tachycardie
- la baisse du volume d'éjection systolique

Les risques sont :

- majoration du risque d'hypoxie cérébrale en cas d'hypotension trop prononcée
- risque accru d'embolie gazeuse lors d'effractions vasculaires
- Ischémie coronarienne ++
- Ischémie de l'artère rétinienne

Bibliographie

- site web SFAR
- DRIZENKO A. et SCHERPEREEL P. Manuel des positions opératoires en anesthésie - Ed. PRADEL 1997
- SAMAMA G. L'infirmière de bloc opératoire - 3^e ed. tome 1 MALOINEPARI

3. QUESTION : ATTITUDE A ADOPTER FACE A UN PATIENT SUSPECT D'ALLERGIE AU LATEX.

Réponse :

Le bloc opératoire est une enceinte où le latex était omniprésent. Actuellement, seuls les gants contiennent encore du latex. La prise en charge doit se faire par l'équipe entière :

- Informer le patient et si possible lui remettre un document écrit
- Accueillir le patient en début dans la programmation opératoire après ventilation de la salle d'opération débarrassée de tout le matériel contenant du latex pendant une nuit. De principe, il faut éviter l'utilisation du latex dans les salles opératoires voisines du fait de la circulation des personnels d'une salle à l'autre.
- Proscrire ou isoler le patient des éléments suivants :
 - Tubulure de perfusion avec site d'injection ou raccord en caoutchouc
 - Flacon avec bouchon en caoutchouc
 - Seringues avec piston en caoutchouc
 - Garrot en caoutchouc
 - Ailettes d'aiguilles en caoutchouc
 - Elastoplaste* et sparadraps
 - Stéthoscope

- Matériel de ventilation en caoutchouc
- Sonde urinaire avec raccord en caoutchouc
- Gants chirurgicaux sans latex
- Eviter les lames ou drains
- Cette liste n'est pas exhaustive

Le risque de choc anaphylactique est de 1/35000 AG.

Bibliographie

- BAUDOUIN. et coll. Allergie au latex. Rev. F. Allergol. 1990
- Le COZ CJ. Hyper sensitivity to latex or natural rubber - Ann. Dermatol. Venereol, 2001 - 128; 4; 577-578
- DURON JJ. Patients, surgeons and surgical gloves J. Chir. 2000 - 137; 2; 108-112
- VIREY-GRIFFATON E. et coll. Natural latex allergy. Primary and secondary prevention in work environment - Presse Med. - 2000 - 29; 5; 257-262
- FERREIRA MB. Latex: a complex allergy - Allergol. Immunol. 1999 - 31 ; 1 ; 18-21
- CHOMEL-COSIMO A. Latex allergy: diagnostic pitfalls - Ann. Fr. Anesth. Réanim. 1999- 18 ; 8 ; 901-903
- BARTHELET Y. Latex allergy : how do you treat an emergency? Ann. Fr. Anesth. Réanim, 1998 - 17; 7; 769-770
- http://nosobase.chu-lyon.fr/Liste/documents/Allergie_latex_prise%20en%20charge%20du%20patient_annexesHPCO.pdf

3. PREVENTION DE L'INFECTION

1. QUESTION : QUELLES SONT LES INDICATIONS DE L'ANTIBIO-PROPHYLAXIE EN FONCTION DU RISQUE CHIRURGICAL ?

Réponse

Notions générales : On sait depuis 1965, d'après les travaux d'Altemeier, que le risque infectieux post-opératoire est lié au type d'intervention chirurgicale pratiquée ce qui amène à définir 4 classes :

- classe I (chirurgie propre) : réalisée dans les meilleures conditions c'est à dire sans notion de traumatisme ou d'inflammation ni d'ouverture des voies digestives, respiratoires ou génito-urinaires
- classe II (chirurgie propre contaminée) comporte l'ouverture des organes précédemment énumérés dans de bonnes conditions, sans contamination anormale
- classe III (chirurgie contaminée) : en présence de liquides biologiques contaminés ou d'inflammation aiguë sans pus
- classe IV (chirurgie sale) : comprenant les plaies traumatiques souillées, la présence de pus, de corps étranger ou de matière fécale.

Le taux d'infection post-opératoire varie de 1 à 2% en classe I, à 25 à 50% en classe IV.

L'antibio-prophylaxie trouve ses indications essentiellement dans la classe II ; dans la classe III, une antibiothérapie très courte est généralement insuffisante et le traitement antibiotique doit être poursuivi. Le début de l'administration précoce au moment de l'induction et de façon optimale 30 minutes avant l'incision chirurgicale est recommandé.

Bibliographie

- L'antibiothérapie en ORL - Les cahiers d'ORL - 2000 - 35 ; 7 - numéro thématique,
- Martin C. Principes du choix d'un antibiotique pour l'antibio-prophylaxie en chirurgie, Chirurgie 1994- 119 ; 40-49
- <http://sfar.org/antibioprophyllaxie-en-chirurgie-et-medecine-interventionnelle-patients-adultes/>

2. QUESTION : DEFINIR L'INFECTION NOSOCOMIALE – COMMENT LA PREVENIR AU BLOC OPERATOIRE

Réponse :

Définition : l'infection nosocomiale peut être contractée au bloc opératoire. Son délai d'acquisition minimal va de 48 heures (exemple : infection à staphylocoque à multiplication rapide) à 1 an (exemple : implantation de matériel

étranger type prothèse de hanche).

L'infection nosocomiale contractée au bloc opératoire peut intéresser le site opératoire (ISO) mais aussi être une infection urinaire à la suite d'un sondage, une infection respiratoire, une infection sur cathéter. Les infections du site opératoire sont caractérisées selon la profondeur de l'infection : infection sus aponévrotique de la cicatrice opératoire avec présence de pus ou infection profonde du site opératoire dans les tissus et espaces sous aponévrotiques avec présence de pus.

L'infection du site opératoire (ISO) représente environ 25% de l'ensemble des affections nosocomiales et vient en 2^{ème} place derrière les infections urinaires. Leur incidence globale, tous types de chirurgie confondus, est de 2 à 5% des interventions.

1. les facteurs de risque des affections nosocomiales contractées au bloc opératoire sont :
 - a. La classification d'Altemeier en 4 classes
 - i. Classe 1 : chirurgie propre : risque de 1,5 à 3,3%
 - ii. Classe 2 : propre -contaminée : risque de 3,3 à 7,7%
 - iii. Classe 3 : contaminée : risque de 6,4 à 15,2%
 - iv. Classe 4 : sale : risque de 8 à 40%
 - b. Le score anesthésique ASA
 - c. La durée d'intervention
2. les facteurs liés à la procédure chirurgicale
 - a. durée d'hospitalisation pré opératoire prolongée
 - b. rasage la veille du temps opératoire
 - c. durée d'intervention prolongée
 - d. technique chirurgicale défectueuse
 - e. absence de drainage post-opératoire ou drainage défectueux
3. réduction des ISO
 - a. mesures pré opératoires
 - i. correction des facteurs de comorbidité avant l'intervention
 - ii. réduction de l'hospitalisation pré opératoire
 - iii. traitement de tout site d'infection avant l'intervention nécessitant un report de l'acte chirurgical
 - iv. douche pré opératoire avec un antiseptique
 - v. tonsure cutanée ou rasage pré opératoire immédiat juste avant l'asepsie et le champage.
 - vi. antibio-prophylaxie selon la classification d'Altemeier
 - b. mesures per opératoires
 - i. lavage protocolisé des mains, changement de gants régulier au cours de l'intervention
 - ii. respect des procédures d'antisepsie du site opératoire
 - iii. qualité de la technique opératoire
 - c. mesures post opératoires
 - i. drainage post opératoire
 - ii. pansement post opératoire ouvert après 24 à 48 h

Bibliographie

- Infections nosocomiales P. Veyssier et Y. Domart Abrégés Ed Masson Paris
- <http://sfar.org/lhygiene-en-anesthesie/>

3. QUESTION : CRITERES DE CHOIX D'UN ANTIBIOTIQUE DANS L'ANTIBIO- PROPHYLAXIE PERI-OPERATOIRE ET MODALITES DE PRESCRIPTION

Réponse

Critères de choix :

- spectre : l'antibio-prophylaxie étant par définition probabiliste, le spectre est le premier élément à considérer ; il doit être adapté non seulement aux germes les plus souvent impliqués dans le développement des complications post-opératoires de la chirurgie considérée mais aussi à l'écologie du secteur hospitalier concerné.
- Sélections de résistances et modification de la flore commensale : l'antibiotique choisi doit induire le moins possible de résistance et modifier l'écosystème au minimum. La sélection exercée par les antibiotiques à large spectre est un argument pour une prophylaxie ciblée sur le germe le

plus redouté. En dehors du choix de l'antibiotique, la brièveté de sa durée de prescription en prophylaxie devrait permettre de diminuer le risque de sélection.

- Pharmacocinétique : l'antibiotique doit être administré de façon à être présent au sein des tissus exposés, en concentration suffisante au moment de la colonisation par les bactéries potentiellement pathogènes. La demi-vie d'élimination de l'antibiotique est également à considérer : si elle est courte, des réinjections seront nécessaires pour maintenir une concentration tissulaire suffisante ; l'intervalle entre les réinjections est en général de l'ordre de 2 demi-vies.
- Coût : il doit être inférieur à celui de la morbidité infectieuse post-opératoire attendue en l'absence de prévention
- Toxicité : dans la mesure où il s'agit d'une mesure préventive, il faut éliminer tous les agents présentant un risque toxique imprévisible et grave. Le risque allergique doit être recherché du fait du risque potentiel de choc anaphylactique immédiat mortel. La plupart des antibiotiques peuvent être responsables d'une colite pseudo membraneuse et certains auteurs rapportent un allongement du temps de saignement avec certaines betalactamines.

Modalités de prescription :

La voie d'administration intra veineuse est la voie d'élection, en injection ou perfusion de courte durée assurant ainsi des concentrations plus élevées ; la voie IM, d'absorption lente et aléatoire donne des taux tissulaires efficaces plus tardifs

La dose doit donner un taux tissulaire élevé ; en pratique, on peut être amené à donner une dose unique élevée c'est à dire 2 à 3 fois la dose unitaire habituelle. Depuis les travaux de Burke, on sait que l'antibio-prophylaxie doit être débutée avant l'acte chirurgical pour avoir des concentrations tissulaires efficaces au moment de l'incision ; un délai de une demi-heure avant l'incision est conseillé. En pratique, on peut faire l'injection lors de l'induction anesthésique ; si l'antibiotique n'a pas une durée de vie trop courte par rapport à la durée de l'intervention, une seule injection est en ce cas suffisante.

La majorité des auteurs recommandent une durée de traitement ne dépassant pas 24 heures.

Au total cette antibiothérapie doit être active sur les germes susceptibles de se développer, être présente in situ, en concentration suffisante, au moment du risque de contamination, dès l'incision et pendant toute la durée d'intervention, être bien tolérée cliniquement, induire le moins de résistance dans la flore bactérienne du patient et diminuer la morbidité infectieuse post-opératoire.

Les protocoles d'antibio-prophylaxie doivent être établis localement en concertation entre chirurgiens, anesthésistes, infectiologues et pharmaciens. Ils font l'objet d'analyses économiques et leur efficacité doit être réévaluée par la surveillance des taux d'infections du site opératoire ainsi que l'identification des micro organismes responsables.

Acte chirurgical	Produit	Dose initiale	Réinjection et durée
Dérivation interne du LCR	Oxacilline ou cloxacilline	2 g IV lente	Dose unique (si durée > 2 h, réinjecter 1g)
	Allergie : vancomycine*	15 mg/kg/60 min	Dose unique
Dérivation externe du LCR	Pas d'ABP		
Crâniotomie	Céfazoline	2 g IV lente	Dose unique (si durée > 4 h, réinjecter 1g)
	Allergie : vancomycine*	15 mg/kg/60 min	Dose unique
Neurochirurgie par voies trans-sphénoïdale et trans-labyrinthique	Céfazoline	2 g IV lente	Dose unique (si durée > 4 h, réinjecter 1g)
	Allergie : vancomycine*	15 mg/kg/60 min	Dose unique
Chirurgie du rachis	Céfazoline	2 g IV lente	Dose unique (si durée > 4 h, réinjecter 1g)
	Allergie : vancomycine* ou clindamycine	15 mg/kg/60 min 600 mg IV lente	Dose unique
	+ gentamicine	5 mg/kg/j	Dose unique
Plaies cranio-cérébrales	Péni A + IB**	2 g IV lente	2 g toutes les 8h 48h maximum
	Allergie : vancomycine*	15 mg/kg/60 min	30 mg/kg/jour 48h maximum
Fracture de la base du crâne avec rhinorrhée	Pas d'ABP		

Antibio-prophylaxie en neurochirurgie

Bibliographie :

- Martin C. Principes du choix d'un antibiotique pour l'antibio-prophylaxie en chirurgie, Chirurgie 1994- 119 ; 40-49
- http://sfar.org/wp-content/uploads/2015/10/2_AFAR_Antibioprophylaxie-en-chirurgie-et-medecine-interventionnelle.pdf

4. SURVEILLANCE ET SOINS DE L'OPERE - PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR:

1. QUESTION: POURQUOI EST-IL IMPORTANT D'EVALUER L'INTENSITE D'UNE DOULEUR?

Réponse :

- dépister les patients requérant un traitement antalgique
- adapter le traitement à l'intensité douloureuse et éviter les conséquences de l'état douloureux (repli sur soi, refus de se mobiliser, augmentation du risque thromboembolique. .
- Evaluer l'efficacité d'un traitement
- établir des protocoles thérapeutiques en fonction des interventions chirurgicales.

Bibliographie

- Traitement de la Douleur, Louis BRASSEUR, collection Conduites. Ed DOIN
- <http://sfar.org/reactualisation-de-la-recommandation-sur-la-douleur-postoperatoire/>

2. QUESTION : DECRIRE LES METHODES D'EVALUATION DE L'INTENSITE DOULOUREUSE

Réponse :

On distingue l'hétéro évaluation de l'auto évaluation.

L'hétéro évaluation est réalisée par un observateur (soignant). On cote alors l'intensité douloureuse grâce à des échelles comportementales (ECD: échelle du comportement douloureux ou DOLOPLUS, échelle du comportement douloureux des personnes âgées...).

L'auto évaluation de l'intensité douloureuse est l'évaluation de la douleur réalisée par le malade lui-même. Plusieurs échelles - unidimensionnelles - sont utilisables.

- Echelle verbale simple (EVS): on propose 5 qualificatifs d'intensité douloureuse au patient.
- Echelle numérique (EN): On demande au malade de noter sa douleur entre 0 et 10, le zéro représentant l'absence de douleur et dix la douleur maximale imaginable.
- Echelle visuelle analogique (EVA): On utilise une règle horizontale sur laquelle le patient déplacera un curseur entre 2 extrémités symboliques « pas de douleur » et « douleur maximale imaginable » tandis que sur l'autre face de cette règle, l'observateur lira directement l'intensité douloureuse mesurée en millimètres. L'écueil principal rencontré avec les échelles EN et EVA est lié aux difficultés de compréhension et d'abstraction de certains patients.

Bibliographie

- Traitement de la Douleur, Louis BRASSEUR, collection Conduites. Ed DOIN
- <http://sfar.org/reactualisation-de-la-recommandation-sur-la-douleur-postoperatoire/>

3. QUESTION : DECRIRE LES 3 NIVEAUX DE L'OMS DES ANTALGIQUES CLASSIQUES, DONNER POUR CHAQUE NIVEAU DES EXEMPLES

Réponse :

Niveau I: les antalgiques non morphiniques (ou improprement appelés périphériques) Le Paracétamol
L'Acide salicylique et les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) Le Néfopam

Niveau II: les morphiniques mineurs

Niveau IIb: Codéine, Bruprénorphine, Tramadol

Niveau III: la morphine et les opiacés Chlorhydrate de morphine

Fentanyl, Hydromorphone, Méthadone, Oxycodone

Bibliographie :

- Traitement de la Douleur, Louis BRASSEUR, collection Conduites. Ed DOIN

4. QUESTION : DONNER LES PRINCIPES GENERAUX DE PRESCRIPTION D'UN TRAITEMENT ANTALGIQUE

Réponse :

Tenir compte du type évolutif de la douleur: aiguë ou chronique

Reconnaître le mécanisme algogène: dysfonctionnement ou excès de fonctionnement.

Evaluer l'intensité de la douleur pour choisir l'antalgique: (EN : Excès de nociception)

- $3 < EN \leq 5$: niveau I de la classification de l'OMS
- $5 < EN \leq 7$: niveau II
- $EN > 7$: niveau III

Tenir compte du terrain: sujet âgé, insuffisant rénal, insuffisant respiratoire, insuffisant hépatique, terrain atopique

Tenir compte des traitements associés: hypnotiques, dépresseurs respiratoires,...

Prescrire un traitement de fond.

Prévoir un traitement de la crise douloureuse aiguë.

Prévenir les effets secondaires des différents médicaments

Ne pas hésiter à associer les antalgiques entre eux afin de favoriser les effets synergiques (AINS + morphine ou Néfopam + morphine) et diminuer le risque d'apparition des effets secondaires.

De la même façon, associer antalgiques classiques et co-antalgiques.

5. QUELLES SONT LES BASES DE PRESCRIPTION D'UN TRAITEMENT PAR MORPHINE

Réponse :

- privilégier la voie orale si possible ~ confort maximal
- pas de prescription à la demande—doses systématiques
- absence de règle posologique ~ intérêt de la titration et de la prescription d'interdoses
- prévenir systématiquement l'apparition des effets secondaires ~ laxatifs et traitement anti-émétiques

○ tenir compte du terrain et des traitements en cours

○ surveillance de la morphinothérapie

connaître le score de Sédatation et le score de respiration

connaître l'organigramme de la conduite à tenir en fonction des scores observés Adaptation du traitement

Passage de la voie orale à la voie parentérale: PO → IV: diviser par 3

PO → SC: diviser par 2

Calcul de l'interdose: PO ou SC, l'interdose est égale à 1/6 de la dose totale journalière
 Passage des formes à libération immédiate (LI) aux formes à libération prolongée (LP): diviser la dose totale de morphine LI par 2 et répartir en 2 prises quotidiennes.

Bibliographie

- Traitement de la Douleur, Louis BRASSEUR, collection Conduites. Ed DOIN
- http://sfar.org/wp-content/uploads/2015/09/2a_AFAR_Prise-en-charge-de-la-douleur-postoperatoire-chez-ladulte-et-lenfant.pdf

6. QUESTION : EVALUATION DE LA DOULEUR CHEZ L'ENFANT

Réponse :

L'enfant est le mieux placé pour parler de sa douleur. Il n'existe aucun marqueur clinique ou biologique ou radiologique pour authentifier la douleur ; c'est une expérience subjective. L'évaluation doit être systématique chez les enfants à risque (services d'urgence et de chirurgie) ou suspects d'être douloureux (otites...).

L'évaluation de la douleur chez l'enfant est rendue délicate du fait des difficultés de communication liées à l'âge et en raison des spécificités du comportement. L'évaluation de la phase aiguë est assez facile car parlante du fait que l'enfant manifeste par des cris ou des pleurs. La phase subaiguë est plus difficile à évaluer, plus silencieuse, se manifestant par un changement d'attitude : refus de bouger, de parler, de manger ou de jouer. Les conditions d'une bonne évaluation sont:

- l'interrogatoire après mise en confiance ; la formulation « est-ce que tu as mal » est peu compréhensible chez le petit enfant ; mieux vaut dire « je pense que tu as mal ici...en montrant différentes parties du corps, l'enfant pourra alors répondre par oui ou non
- échelles d'évaluation : objectives, fiables et reproductibles, validées sur le plan statistique
 - o auto évaluation après 9-10 ans : utilisation de questionnaires type QSDA
 - o auto évaluation après 5 ans : EVA avec échelle des 5 visages de Bieri, échelle numériques, échelle des jetons et des algo cubes ; faire remplir un schéma de localisation de la douleur ; il faut déterminer l'échelle basse ou haute (pas mal du tout, ou très très mal) de l'EVA pour que l'enfant puisse situer l'intensité douloureuse.
 - o entre 3 et 5 ans : tenter l'auto évaluation avec deux échelles différentes ; en cas de discordance, utiliser l'hétéro évaluation
 - o avant 3 ans : hétéro évaluation basée sur l'association de comportements évocateurs (cf. recommandations de l'ANAES). En cas de douleurs aiguës les échelles proposées sont : le PIPP, le NFCS l'OPS, le CHEOPS ou l'échelle Amiel Tison ou encore l'EDIN et le DEGR. Il est important surtout de détecter une perte des activités spontanées très évocatrices.
- données physiologiques : modifications des fréquences respiratoires et cardiaques, de la PA, de la SaO2, de la sudation palmaire

Réévaluation nécessaire dans l'heure qui suit son administration

Hétéro évaluation	Douleur aiguë	Douleur prolongée
Nouveau-né	DAN (douleur aiguë du N-né) PIPP (premature infant pain profil) NFCS (neonate Facial coding system) Score d'Amiel-Tison	EDIN
Age > 1 an	CHEOPS OPS: > 8 mois POCIS (pain observe. scale for young children) PMPP (Post OP. Pain mesure for parents)	DEGR > 2 ans
Enfant poly handicapé		Echelle Douleurs enfant San Salvador
Enfant intubé	Comfort scale	

-	Essentiel de la prescription antalgique en pédiatrie
-	Paracétamol : per os : 15mg/kg toutes les 6 heures
-	Voie rectale : 40mg/kg dose initiale puis 20 toutes les 6h
-	Ibuprofène : per os : 30 à 40 mg/kg/j ou 10 mg / 8h
-	Les cp à 200mg peuvent être prescrits chez l'enfant de >20kg
-	Kétoprofène : profenid *IV 1mg/kg 2 à 3 fois par 24h
-	toprec* sirop : 1 mesure/kg x 3/j
-	Nalbuphine (ampoule de 2ml=20mg)
-	0,2mg/kg/4h en IV lent ou 0,4mg/kg par voie rectale
-	Tramadol : 4mg/kg/24h en 4 prises
-	Morphine IV : titration nécessaire : dose de charge de 0,1mg/kg puis injections répétées toutes les 5 min de 0,025mg/kg jusqu'à analgésie satisfaisante
-	Perfusion continue : 0,020mg/kg/h chez enfant > 6mois, augmentation par paliers de 25%
-	PCA à partir de 6-7 ans voir infos sur www.sparadrap.org
-	Débit continu souhaitable les 24-48 premières heures surtout chez les petits : 0,020µg/kg/h. Bolus initial 0,020-0,040µg/kg/h
-	Conversion des posologies des morphines IV en per os : multiplier par 3 ou 4 la quantité donnée IV
-	Morphine orale à libération immédiate : 0,2mg/kg /4h avec augmentation de 30 à 50% au bout de 12h si persistance de la douleur ; différer la prise si somnolence anormale
-	Morphine orale retard : skenan*, moscontin* : une prise /12h
-	Effets indésirables : somnolence, baisse de la fréquence respiratoire, nausées, vomissements, prurit, rétention d'urines, constipation

Prémédication par MEOPA : mélange équimolaire O2/PROTOXYDE d'AZOTE : il entraîne une analgésie de surface avec anxiolyse, sédation consciente et modifications des perceptions sensorielles. Les effets indésirables sont les nausées, vomissements, sédation plus profonde, malaise qui sont réversibles spontanément en quelques minutes. Indications : gestes courts (PL, myélogramme, voie veineuse, ablation de corps étranger, petite chirurgie pansement, sondage...) Les contre indications sont rares : HTIC, PNO et emphysème, fracture des os de la face, distension gazeuse abdominale. Technique rapide, sûre, réversible et simple chez un enfant non à jeûn
En dehors du MEOPA : nalbuphine rectale 0,4mg/kg 20 mn avant acte douloureux

Bibliographie

- Thérapeutique 2001 - 59, 3-11
- Cahiers d'ORL 2002 - 37 ; 3 ; 159-170
- La douleur de l'enfant - Abrégés de Pédiatrie - Ed. Masson Paris 2002
- <http://sfar.org/prise-en-charge-de-la-douleur-postoperatoire-chez-ladulte-et-lenfant-2/>

7. QUESTION : CITER LES PRINCIPAUX EFFETS SECONDAIRES ET LES CONTRE- INDICATIONS DES PRINCIPAUX ANTALGIQUES

Réponse

Médicaments	Effets secondaires	Contre-indications
Paracétamol	Hépatite médicamenteuse Allergie	Insuffisance hépatocellulaire
Acide salicylique	Allergie Syndrome de Widal	Hémorragie Ulcère digestif en poussée 3ème trimestre de grossesse

AINS	Ulcère gastroduodéal, épigastralgies, nausées, troubles du transit, Perturbations de l'hémostase primaire, Réaction hématologique immuno-allergique, Hépatite de tout type, Asthme, Néphropathie, Syndrome de Reye, Allergie	Ulcère digestif en poussée Allergie Insuffisance hépatoulaire Troubles de l'hémostase Grossesse
Néfopam	Vomissements, somnolence, effets atropiniques	Antécédents convulsifs, Adénome de prostate, Glaucome, Grossesse, Allaitement
Dextropropoxyphène	Réaction allergique cutanée, hypoglycémie, hépatite cholestatique	Antécédents ranulocytose
Codéine	Constipation, nausées, somnolence. Rarement allergie et dépression respiratoire	Insuffisance rénale, Insuffisance hépatique, Antécédents d'épilepsie, Atopie
Tramadol	Cytolyse	Insuffisance rénale (clairance < 20ml/min)
Morphine	Constipation Nausées, vomissements Sédation Confusion mentale	

Bibliographie

- Traitement de la Douleur, Louis BRASSEUR, collection Conduites. Ed DOIN
- <http://sfar.org/prise-en-charge-de-la-douleur-postoperatoire-chez-ladulte-et-lenfant-2/>

5. ACCIDENTS THROMBO-EMBOLIQUES

1. QUESTION : COMMENT CALCULER LE RISQUE THROMBO EMBOLIQUE ET DONNER LE SCHEMA THERAPEUTIQUE ADAPTE

Réponse

Risque lié à la chirurgie	Risque lié au patient	Risque thrombo embolique	Schéma thérapeutique
1	1	Faible	Aucun traitement médicamenteux
	2	Modéré	Mi-bas de contention - Lovenox 20mg/J SC
	3	Modéré	
2	1	Modéré	Mi-bas de contention - Lovenox 20mg/J SC
	2	Modéré	
	3	Elevé	
	1	Elevé	Bas de contention -

3	2	Elevé	Lovenox 40 mg/j SC
	3	Elevé	

Bibliographie

- GEERTS WH. Et al. Sixth ACCP Consensus Conference on Antithrombotic Therapy, Chest (Supplément) 2001 - 119 ; 132-175
- <http://sfar.org/prevention-de-la-maladie-thromboembolique-veineuse-perioperatoire-et-obstetricale/>

2. QUESTION : DONNER LES SITUATIONS A RISQUE THROMBO EMBOLIQUES EN FONCTION DU TERRAIN

Réponse

Selon le niveau :

- niveau 1 (faible) : absence de facteur thrombo embolique autre que l'âge
- niveau 2 (modéré) :
 - o âge
 - o contraception orale par oestroprogestatifs
 - o cardiopathie décompensée
 - o alitement péri-opératoire supérieur à 4 jours
 - o varices
 - o infection pré opératoire généralisée ou localisée aiguë
 - o post-partum (1 mois)
 - o obésité
- niveau 3 (élevé)
 - o cancer actuel évolutif
 - o antécédent thrombo-embolique
 - o paralysie des membres inférieurs
 - o syndrome myéloprolifératif
 - o hypercoagulabilité : déficit en protéine S et C, AT III, résistance à la protéine C activée, anticoagulant circulant, anticorps antiphospholipides

Le risque augmente si plusieurs facteurs de risque s'ajoutent

Bibliographie :

GEERTS WH. Et al. Sixth ACCP Consensus Conference on Antithrombotic Therapy Chest (Supplément) 2001 - 119 ; 132-175

3. QUESTION : ENUMERER LES FACTEURS DE RISQUE THROMBO EMBOLIQUES EN FONCTION DE L'INTERVENTION EN NEUROCHIRURGIE

Réponse :

Facteurs de risque de thrombose propres au patient

- Immobilité, alitement, paralysie des membres
- Cancer et traitement du cancer (hormonal, chimiothérapie, ou radio-thérapie)
- Antécédents d'événement thromboembolique veineux
- Age > 40ans
- Contraception orale contenant des estrogènes ou hormonothérapie substitutive
- Traitements modulateurs des récepteurs aux estrogènes
- Pathologie médicale aiguë
- Insuffisance cardiaque, insuffisance respiratoire
- Maladies inflammatoires de l'intestin
- Syndrome néphrotique

- Syndrome myéloprolifératif
- Hémoglobinurie paroxystique nocturne
- Obésité (IMC > 30)
- Tabagisme
- Varices
- Cathéter veineux central
- Thrombophilie congénitale ou acquise

Le risque de TVP est élevé en neurochirurgie intracrânienne. La fréquence des TVP est comprise entre 20 et 35 % sur la phlébographie avec une fréquence de 2,3 à 6 % de TVP symptomatiques en l'absence de prophylaxie. Les facteurs de risque spécifiques à cette chirurgie sont l'existence d'un déficit moteur, une tumeur maligne ou un méningiome, une tumeur de volume important, l'âge supérieur à 60 ans, lachimiothérapie, une chirurgie de plus de quatre heures. Le risque de TVP chez le traumatisé crânien isolé est moins bien connu mais cette population est également à risque élevé (environ 5 %).

En Chirurgie du rachis et traumatologie rachidienne, le risque thromboembolique dans la chirurgie du rachis en dehors d'un contexte traumatique dépend du type de chirurgie. Dans la chirurgie « mineure » (hernie discale, laminectomie sur un ou deux niveaux), le risque d'ETE clinique est inférieur à 1%. Dans la chirurgie rachidienne « majeure » (ostéosynthèses, laminectomies étendues), le risque d'ETE clinique est compris entre 0,3 et 2,2 %. L'incidence des TVP sur la phlébographie est de 15 %. Le risque est plus élevé pour la chirurgie du rachis lombaire que pour la chirurgie du rachis cervical. Le traumatisme médullaire représente un facteur de risque élevé d'ETE. Le risque de TVP diagnostiqué par la phlébographie est de 81 % et celui de TVP symptomatique entre 12 et 23 %. Dans les études publiées avant 1990, le risque d'EP chez les patients para- ou tétraplégiques était d'environ 4,6 %. L'importance du déficit moteur (paraplégie ou tétraplégie vs déficit partiel) est un facteur de risque important de TVP. En revanche, le niveau lésionnel semble avoir une influence faible sur le risque

Bibliographie

- GEERTS WH. Et al. Sixth ACCP Consensus Conference on Antithrombotic Therapy, Chest (Supplément) 2001 - 119 ; 132-175
- http://sfar.org/wp-content/uploads/2015/09/2_AFAR_Prevention-de-la-maladie-thromboembolique-veineuse-perioperatoire-et-obstetricale.pdf

6. TRANSFUSIONS

1. QUESTION : INFORMATIONS A DONNER A UN PATIENT EN CAS DE TRANSFUSION (OU PSL) BILAN PRE TRANSFUSIONNEL OBLIGATOIRE

Réponse :

L'information pré transfusionnelle est obligatoire ; elle doit être orale et écrite (documents à remettre au patient).

Le consentement éclairé du patient doit être notifié dans le dossier médical

Les examens obligatoires sont :

- Groupe sanguin avec deux déterminations à deux moments différents
- Recherche des agglutinines irrégulières (RAI) datant de moins de 3 jours
- Dépistage des hépatites B et C et du SIDA sur le malade ne sont plus obligatoires (Il est à l'appréciation du médecin consultant et un consentement du patient est obligatoire si piqûre accidentelle du personnel lors de l'hospitalisation)
- dosage des transaminases ALAT
- Sérothèque

Ces examens seront réalisés une seule fois si les transfusions sont répétées au cours de la même hospitalisation ; réalisées tous les 6 mois en cas de transfusions itératives dans le temps (en onco hématologie par exemple)

Les résultats des examens pré transfusionnels seront remis au patient. En cas de positivité

des sérologies, il faut prescrire un second prélèvement afin de confirmer le résultat. Il faut informer le patient et assurer alors sa prise en charge.

Bibliographie

- Compte rendu du 4^e congrès d'hémovigilance 2001, Consensus ANAES (1997)
- <http://sfar.org/espace-professionnel/outils-professionnels/fiches-patients/information-des-patients-avant-une-transfusion-sanguine/>

2. QUESTION : DONNER LES REGLES DE PRESCRIPTION, DE DELIVRANCE ET DE TRAÇABILITE EN CAS DE TRANSFUSION (OU PSL)

Réponse

- information orale et écrite du patient et obtention d'un consentement éclairé,
- prescription médicale remplie et signée par le prescripteur
- examens pré transfusionnels obligatoires (cf. supra)
- les PSL sont délivrés dans des boîtes isothermes ; il n'y a aucun dépôt dans les frigidaires des services ou blocs opératoires. Ils sont livrés avec une fiche de distribution mentionnant leur nature (CGR, PFC, CP), la date et heure de la distribution et l'identité du receveur.
- Une dernière vérification de concordance entre l'identité du patient et celle inscrite sur la fiche de distribution, la nature des PSL délivrés, le groupe ABO du CGR et celui du patient ; cette vérification doit être réalisée par la personne qui va transfuser, au lit du patient, juste avant la transfusion, unité par unité.
- La transfusion doit être effectuée dans un délai maximum de 6 heures après la distribution par la banque de sang
- La transfusion doit être réalisée en présence d'un médecin y compris en urgence ou en garde
- Les PSL non utilisés doivent être retournés à la banque
- Remplir la 2^e partie de la fiche de distribution et le dossier transfusionnel contenant les informations des PSL utilisés, le nom du médecin prescripteur et de l'infirmière
- Tout incident transfusionnel doit être déclaré dans les 8 heures en remplissant la fiche d'incident transfusionnel simplifiée ; cette fiche sera adressée au site transfusionnel de l'hôpital et au médecin responsable d'hémovigilance
- S'assurer que le patient a bien été informé oralement et par écrit des examens à réaliser dans les 3 mois après transfusion
- Vérifier que le dossier transfusionnel est correctement rempli
- Mentionner à la fin du CR d'hospitalisation que le patient a été transfusé (nature, autotransfusion)
- Vérifier lors de la ré-hospitalisation de ce patient que les tests post- transfusionnels ont bien été réalisés
- Pour tout patient hospitalisé, rechercher à l'interrogatoire les antécédents transfusionnels et la réalisation des tests post-transfusionnels
- Remettre au patient à sa sortie la fiche d'information de transfusion, l'ordonnance des examens à réaliser dans les 3 mois le double de sa carte de groupe et les résultats des examens pré transfusionnels

Bibliographie :

- Compte rendu du 4^e congrès d'hémovigilance 2001 Consensus ANAES (1997)
- <http://sfar.org/espace-professionnel/outils-professionnels/fiches-patients/information-des-patients-avant-une-transfusion-sanguine/>

7. COMPLICATIONS PER ET PERI-OPERATOIRES

1. QUESTION : ENUMERER LES CAUSES GENERALES DE DETRESSE RESPIRATOIRE AIGUË POST-OPERATOIRE

Réponse :

Causes locales :

- o hématome cervical compressif
- o complications de l'intubation

- déplacement, obstruction de la canule de trachéotomie

Autres causes :

- embolie pulmonaire
- surinfection broncho pulmonaire
- pneumothorax
- atélectasie
- OAP
- Décompensation respiratoire d'une BPCO
- surdosage en analgésique

Association éventuelle avec :

- Delirium tremens
- Décompensation d'un diabète
- Hyperosmolarité

Bibliographie :

SAMII K. Anesthésie-Réanimation Chirurgicale - 2^e édition 1995, Ed Med . Sc. Flammarion

2. QUESTION : CHOC HEMORRAGIQUE : DEFINITION, ETIOLOGIES, PRINCIPES THERAPEUTIQUES EN URGENCE

Réponse:

Définition : Il s'agit d'une hypovolémie aiguë absolue secondaire à une perte brutale et importante de la masse sanguine également responsable d'une anémie aiguë, les deux mécanismes participant à l'hypoxémie tissulaire.

Etiologies :

- hémorragies extériorisées
- hémorragies internes traumatiques ou non
- hémorragie post-opératoire : rupture vasculaire ou hématome

Examen clinique = insuffisance circulatoire aiguë + vasoconstriction cutanée. Rechercher une pâleur, des conjonctives décolorées, une tachycardie, une hypotension (TAS < 80 mm), une oligoanurie (30ml/heure, polypnée, cyanose, trouble de conscience, marbrures, temps recoloration > 3 secondes, extrémités froides).

En urgence :

- Hospitalisation en réanimation
 - poser des voies veineuses efficaces et sûres - 2 voies veineuses profondes + 1 voie centrale
 - remplissage avec des macromolécules en attendant la transfusion sanguine
 - groupage, transfusion de CGR
 - oxygénothérapie nasal
 - position déclive pour limiter le risque cérébral d'anoxie
 - réaliser en urgence NFS, Hématocrite et numération plaquettaire ainsi qu'un bilan d'hémostase
 - Ionogramme (insuffisance rénale aiguë fonctionnelle)

Bibliographie

- SAMII K. Anesthésie-Réanimation Chirurgicale - 2^e édition 1995 , Ed Med . Sc. Flammarion

8. CHIRURGIE AMBULATOIRE

1. QUESTION : INTERET DE LA CHIRURGIE AMBULATOIRE :

Reponse

https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-04/synthese_-_socle_de_connaissances.pdf

https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-04/la_chirurgie_ambulatoire_en_12_questions.pdf

9. RADIOPROTECTION

1. QUESTION : LA RADIOPROTECTION AU BLOC OPERATOIRE, OBLIGATION DU CHIRURGIEN.

https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1360764/fr/radioprotection-du-patient-et-analyse-des-pratiques-dpc-et-certification-des-etablissements-de-sante

Principes et règles de chirurgie générale

1. CICATRISATION ET REPARATION

1. QUESTION : QUELLES SONT LES DIFFERENCES ENTRE UNE CICATRISATION DE PREMIERE INTENTION ET CELLE DE SECONDE INTENTION ? DECRIRE LES 3 PHASES DE LA CICATRISATION ET SON EVOLUTION

Réponse

La cicatrisation de première intention est celle qui se produit, perte de substance ou non, lorsque l'accolement des berges d'une plaie est réalisé ; la prolifération du tissu conjonctif en est la caractéristique principale. Elle est rapide et ne nécessite aucun soin particulier ; sa rançon cicatricielle est minimale

La cicatrisation de seconde intention est celle qui a lieu, perte de substance ou non, lorsque l'accolement des berges de la plaie n'est pas réalisé (absence de suture, traction) ou du fait d'une désunion secondaire (en cas d'infection par exemple). Sa caractéristique principale est la formation d'un tissu de granulation. La cicatrisation est retardée par la formation du bourgeon charnu. Elle est prolongée, responsable de rétraction et nécessite des soins locaux appropriés pour contrôler le bourgeonnement et accélérer l'épithélialisation.

Les trois phases de la cicatrisation sont :

- la phase exsudative avec détersion de la plaie
- la phase proliférative avec développement du tissu de granulation
- la phase de différenciation avec maturation du tissu collagène, le développement épithélial
- la cicatrisation proprement dite.

L'évolution ultérieure est marquée par l'inflammation et la régression scléreuse qui s'étalent sur plusieurs

mois et doivent faire éviter au maximum toute ré intervention sur le site cicatriciel.

Bibliographie :

Cahiers d'ORL 2002 - 20 ; 37 ; n°1 et 2 Cicatrisation cutanée - EMC - Techniques chirurgicales - CPRE 45010

2. QUESTION : ENUMERER LES ASPECTS MICROSCOPIQUES DES PROCESSUS DE CICATRISATION

Réponse

- vasoconstriction, puis vasodilatation
- augmentation de la perméabilité capillaire
- migration des leucocytes
- accumulation de macrophages et granulocytes au niveau de la plaie
- ré épithélialisation à partir des berges de la plaie
- pénétration des fibroblastes qui organisent la matrice cicatricielle
- néoangiogénèse sous l'influence de la baisse de la pO₂
- augmentation de la pO₂ et synthèse du collagène
- apparition du tissu de granulation
- accélération de la migration épithéliale
- rétraction sous l'influence des protéines contractiles des myofibroblastes
- phase de remodelage, décoloration, relâchement des tractions, assouplissement

Bibliographie :

- Cicatrisation cutanée - EMC - Techniques chirurgicales - CPRE 45010

3. QUESTION : CITER LES PRINCIPAUX FACTEURS GÉNÉRAUX ET LOCAUX NUISANT À LA CICATRISATION

Réponse :

Facteurs généraux :

- malnutrition
- obésité
- diabète
- tabagisme actif
- âge
- stress
- médicaments de l'immunité et de l'inflammation

Facteurs locaux :

- irradiation antérieure du site
- déficit sensitif loco-régional
- déficit de vascularisation par nécrose, infection, hématome
- lésions ostéo-périostées, musculaires ou cartilagineuses sous-jacentes

Bibliographie :

- Cicatrisation cutanée - EMC - Techniques chirurgicales - CPRE 45010

2. CANCEROLOGIE

1. QUESTION : DONNER LES PRINCIPES DE LA CLASSIFICATION T N M (1998)

Réponse :

La classification TNM tient compte de trois éléments pour définir l'extension de la pathologie :

- la tumeur primitive T
- la présence ou non d'adénopathies régionales N, et leur taille
- la présence ou non de métastases viscérales à distance M

Chaque site tumoral est décrit selon les données suivantes :

- anatomiques pour la localisation tumorale
- schémas des aires ganglionnaires
- classification anatomo clinique de la tumeur primitive
- classification anatomo clinique des ganglions
- classification anatomo clinique des métastases

Bibliographie

- TNM Atlas 4^e édition HERMANEK P. et al, Ed SPRINGER VERLAG France 1998

2. QUESTION : DECRIRE LE DISPOSITIF D'ANNONCE EN CANCEROLOGIE

Réponse :

Le troisième plan cancer 2014-2019 poursuit l'organisation du dispositif d'annonce et du programme personnalisé de soins (PPS) en cancérologie mis en place lors du 1^{er} plan cancer (2003-2007). Il est devenu une des priorités dans la prise en charge des cancers depuis les Etats Généraux organisés en 1998 par la Ligue Nationale contre le cancer. Lors de ces états généraux, les patients ont rapporté des situations d'annonce de leur maladie réalisée dans des conditions traumatisantes et dénuées d'humanité. Sa mise en place dans les différents établissements de santé est cependant souvent incomplète et variable, demandant une amélioration dans ses champs d'application.

Ce dispositif prévoit que le patient bénéficie d'une prise en charge de qualité lors de l'annonce de son cancer et implique des temps de discussion et d'explication des traitements en respectant une information loyale, progressive, adaptée à chaque cas. Un des objectifs du dispositif est d'améliorer la communication entre les professionnels prenant en charge le patient du spécialiste responsable jusqu'au médecin traitant en intégrant l'équipe soignante.

Ce dispositif d'annonce s'organise autour de 4 temps :

1. le temps médical : l'annonce du diagnostic et la proposition du traitement est un temps fort de ce dispositif. Il est fait par le médecin à l'issue de la décision en réunion de concertation pluridisciplinaire. Il s'agit d'un temps réservé pour cette situation d'un temps minimal de 20 minutes. Le médecin doit s'enquérir du niveau de compréhension du patient. Il peut être accompagné du soignant participant au dispositif et le présenter comme tel au patient. L'annonce est réalisée dans une pièce fermée avec les proches autorisés au préalable par le patient. Le médecin doit rédiger un rapport dans le dossier du patient relatant ce qui lui a été annoncé et ce que le médecin pense que le patient a intégré de façon à communiquer avec le soignant et l'équipe médicale. A l'issue de cet entretien, le médecin doit remettre le programme personnalisé de soins (PPS) détaillant le ou les traitements, leur date et leur durée de même pour les examens nécessaires.
2. Le temps d'accompagnement soignant est le temps d'articulation des soins. Le soignant qui peut être une infirmière, une aide soignante, une manipulatrice en radiothérapie prendra connaissance du rapport rédigé par le médecin et recueillera ce qu'a retenu le patient de l'entretien avec le médecin. Le premier temps est un temps d'écoute. Il ou elle reprendra les différents éléments du diagnostic et du traitement en répondant au patient et ses proches. Elle va s'inquiéter des difficultés sociales, d'alimentation, du niveau de douleur, de la souffrance psychologique pour diriger le patient vers les professionnels que sont l'assistant social, le nutritionniste, le kinésithérapeute, le psychologue et peut demander au médecin responsable de réviser le traitement en cours. Il ou elle vérifie que le patient a tous les éléments lui permettant de consulter son médecin traitant afin qu'il soit informé et puisse lui donner avis et soutien.
3. Le temps de soutien comprend un accompagnement social et l'accès aux soins de support (assistant social, psychologue, kinésithérapeute, prise en charge de la douleur, prise en charge nutritionnelle...) suivant les orientations décelées pendant le temps soignant de l'annonce.

4. un temps d'articulation avec le médecin de ville pour établir une coordination entre l'établissement de soins et le médecin traitant

Le plan cancer 2014-2019 adapte et renforce ce dispositif d'annonce. Ce dispositif doit être proposé à tous les patients dans les établissements de santé autorisés pour le traitement du cancer et doit évoluer pour:

- être adapté à la diversité des prises en charge,
- redéfinir le contenu du dispositif d'annonce entre les différentes parties prenantes,
- aborder, lorsque cela est nécessaire, le problème de la préservation de la fertilité,
- sensibiliser et former le personnel de santé à l'annonce du diagnostic tout au long de leurs parcours professionnels,
- amplifier le suivi des populations fragiles, qui peut faire intervenir d'autres personnels (infirmiers de liaison ou de coordination),
- adapter l'annonce pour les cancers pédiatriques,
- adapter l'annonce aux enfants et aux adultes porteurs d'une déficience intellectuelle, pour favoriser leur compréhension et leur consentement face aux propositions thérapeutiques.

3. QUESTION : LE PROGRAMME PERSONNALISE DE SOINS (PPS)

Réponse

Le Programme Personnalisé de Soins (PPS) et de l'après cancer est renforcé dans le troisième Plan Cancer, prenant en compte l'ensemble des besoins des patients et ses proches. Ce parcours de soins en cancérologie doit évoluer en un parcours de santé. Le PPS doit prendre en compte les besoins du patient sur le plan physique, mais aussi social et psychologique et demande :

- une généralisation à toutes les personnes atteintes de cancer,
- à associer davantage le patient et son entourage à la prise en charge proposée,
- à mettre en place une détection des besoins en soins de support et d'accompagnement, impliquant une sensibilisation/formation des soignants,
- à faire évoluer le contenu du PPS et de l'après cancer, pour intégrer les soins de support et l'accompagnement médico-social et psychologique,
- à inscrire la remise du PPS de l'après cancer, comme une mesure transversale de la qualité pour les établissements autorisés à traiter le cancer.

Le dernier Plan Cancer demande de garantir au patient l'articulation entre l'Hôpital et la ville lors de la consultation de fin du traitement. L'équipe hospitalière doit s'assurer de ce relais avec le médecin de ville et l'entourage du patient, et formaliser cette étape par la remise d'un programme personnalisé de suivi et de surveillance pour l'après-cancer (avec un support d'information de référence sur sa pathologie et son traitement). Ce relais est particulièrement important pour les patients en difficultés sociales et pour les personnes fragiles. Le dossier personnalisé de l'après-cancer sera intégré à terme dans le dossier communicant de cancérologie.

Bibliographie :

- <http://www.e-cancer.fr/Plan-cancer/Plan-cancer-2014-2019-priorites-et-objectifs>

3. ANATOMIE PATHOLOGIQUE

1. QUESTION: PRINCIPES, INDICATIONS ET LIMITES DE L'EXAMEN ANATOMO- PATHOLOGIQUE EXTEMPORANE PER OPERATOIRE.

Réponse :

C'est un examen indispensable en chirurgie oncologique. Il est pratiqué au cours de l'intervention chirurgicale. C'est un examen d'orientation diagnostique proposant un diagnostic de présomption. Il est obligatoirement complété par un examen définitif avec inclusion en paraffine.

L'examen anatomo-pathologique extemporané est indiqué lorsque la réponse du pathologiste conditionne

un choix immédiat entre deux gestes thérapeutiques chirurgicaux.

Ses limites : certaines tumeurs sont de diagnostic difficile en extemporané (tumeurs du tissu lymphoïde et tumeurs osseuses).

Les tumeurs de petite taille (< 1 cm) sont d'interprétation difficile

L'étude des limites d'exérèse donne parfois une fausse sécurité car elle peut ignorer des foyers de carcinome ou de dysplasie et l'étude extemporanée ne peut être exhaustive.

Bibliographie

- AUDOUIN J. de MAUBLANC MA. MOLINA T. Anatomie et cytologie pathologiques. Apports des nouvelles méthodes et leur développement.
- Cancers, guide pratique d'évaluation de traitement et de surveillance, Ed ESTEM PARIS 1997 pp292-323

2. QUESTION: PRINCIPES DE L'ENVOI D'UN PRELEVEMENT TISSULAIRE AU LABORATOIRE D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Réponse

Le chirurgien doit toujours rédiger un rappel de la pathologie, préciser l'acte réalisé et souligner les éléments spécifiques qu'il souhaite voir précisés.

La valeur des biopsies à visée diagnostique repose sur :

- la taille du prélèvement,
- le nombre de fragments,
- la bonne qualité du matériel biopsié (non écrasé),
- la validité des zones biopsiées.

Les biopsies multiples intéressant un même territoire doivent être adressées dans des flacons séparés et répertoriés

Bibliographie

- AUDOUIN J. de MAUBLANC MA. MOLINA T. Anatomie et cytologie pathologiques. Apports des nouvelles méthodes et leur développement.
- Cancers, guide pratique d'évaluation de traitement et de surveillance, Ed ESTEM PARIS 1997 pp292-323

4. LE POLYTRAUMATISE

1. QUESTION : UN POLYTRAUMATISE ARRIVE A L'HOPITAL AVEC LES LESIONS SUIVANTES : TRAUMATISME CRANIO ENCEPHALIQUE AVEC EMBARRURE PLAIE LARYNGO-TRACHEALE SOUFFLANTE, FRACTURE OUVERTE DE JAMBE, TRAUMATISME THORACIQUE GAUCHE NON COMPLIQUE AVEC FRACTURE COSTALE SIMPLE. DANS QUEL ORDRE DOIT ETRE EFFECTUEE LA PRISE EN CHARGE ET POURQUOI ?

Réponse

La prise en charge d'un polytraumatisé est multidisciplinaire mais nécessite la coordination des différents

intervenants. dans le cas ci-dessus, l'urgentiste, le chirurgien ORL, le réanimateur, le neurochirurgien, le chirurgien orthopédiste sont concernés.

Ordre de prise en charge

1. Plaie laryngo-trachéale soufflante
2. Traumatisme crânio-encéphalique avec embarrure.
3. Fracture ouverte de jambe.
4. Traumatisme thoracique gauche non compliqué avec fracture costale simple.

1. La plaie laryngo-trachéale soufflante est une urgence vitale, nécessitant la restauration immédiate de la ventilation.

Les modalités dépendront du siège de la plaie (laryngée, trachéale ou laryngo-trachéale)

Intubation trachéale Trachéotomie

Crico-thyroïdotomie

éventuellement l'urgence commandera d'utiliser la plaie pour la ventilation.

Dans le même temps la fracture de jambe aura été immobilisée dans une attelle et couverte d'un pansement stérile, on se sera assuré de l'absence de complication vasculaire. Le traitement osseux étant remis à plus tard. Les prélèvements sanguins pré-opératoires sont faits.

2. Le scanner crânien est réalisé sitôt la ventilation assurée, le neuro chirurgien prend le patient en charge.

3. le traitement définitif de la fracture de jambe est ensuite fait par le chirurgien orthopédiste.

4. Le traitement du trauma costal comporte celui de la douleur puis la surveillance pour dépister des complications secondaires pleuro-pulmonaires :

- pneumothorax hémithorax
- infection broncho-pulmonaire
- si la fracture costale gauche est basse, il faudra s'assurer par une échographie de l'absence de lésion
- splénique.

Bibliographie:

- Les urgences : reconnaître, comprendre, traiter. M.GOULON Edisem Maloie 1994
- Les urgences : diagnostic et traitement. John Mills,MD, Mary T.Ho,MD PICCIN 1992
- OXFORD TEXTBOOK OF SURGERY Volume 1 PETER J.MORRIS and RONALD A. MALT. OXFORD UNIVERSITY PRESS 1994.
- LENFANT F. HONNART D. COUDERT M. FREYSZ M. Stratégie des examens du polytraumatisé. Conférences d'actualisation SFAR 1998 - ed. ELSEVIER PARIS

2. QUESTION : DIAGNOSTIC ET PRISE EN CHARGE D'UNE RETENTION AIGUË D'URINE POST-OPERATOIRE.

Réponse

Epidémiologie -Physiopathologie

Les rétentions post-opératoires ne constituent qu'environ 2% des étiologies des rétentions aiguës d'urine chez l'homme. Les types d'intervention impliqués sont plus particulièrement la chirurgie pelvienne, anorectale, aortique, mais tous les types d'interventions sous anesthésie générale peuvent être en cause.

Facteurs généraux

En cas d'anesthésie (en particulier péridurale), les drogues utilisées peuvent inhiber l'activité vésicale par effet para sympathicomimétique, pendant plusieurs heures. L'hyper diurèse liée aux perfusions per et post- opératoire immédiates, peut, en l'absence de sondage, distendre la vessie et entraîner une inhibition réflexe, voire un claquage du détrusor. Un défaut temporaire d'oxygénation, la survenue d'accès algique peuvent être la source d'épisode de rétention vésicale.

Les facteurs mécaniques préexistant avant l'intervention.

Ils se surajoutent aux facteurs généraux liés à l'anesthésie. Il s'agit essentiellement de pathologies obstructives du bas appareil urinaire : hypertrophie bénigne de prostate (HBP), maladie du col vésical. Ces pathologies préexistantes peuvent se décompenser sur le mode rétentionnel en post-opératoire dans 30 à 50% des cas. S'il existe un obstacle vésico-sphinctérien (connu ou non), la difficulté à uriner en position allongée, l'existence de signes fonctionnels urinaires (nycturie, dysurie, pollakiurie), une débitmétrie anormale sont de facteurs prédictifs potentiels de la décompensation de l'obstacle en post-opératoire. Ils peuvent justifier une exploration urologique pré-opératoire.

L'HBP ne constitue pas la seule étiologie obstructive à prendre en compte. Les rétrécissements iatrogènes de l'urètre (sondage traumatique) sont en fréquence croissante.

Stratégie de prise en charge initiale

- Des mesures hygiéno- diététiques simples sont efficaces chez bon nombre de patients : revalidation rapide, régularisation du transit intestinal (évacuation de fécalome++), allègement dès que possible, des thérapeutiques sédatives / antalgiques majeures (Morphine)
 - Alpha bloquant per os: Alfuzosine (2,5 mg, 3cp/jour ou 10 mg, 1cp/jour), Doxazosine, 1cp/jour), Tamsulozine(0,4 mg, 1cp/jour), Térazosine (1cp, 2 à 3/jour). Les alpha-bloquants agissent en relâchant le col vésical, le muscle lisse et la capsule prostatique. Ils agissent sur la composante fonctionnelle de l'obstruction prostatique, pas sur l'HBP. Leur effet clinique est très rapide et s'installe en 2 à 3 jours, avec un maximum d'efficacité atteint dès le 15^e jour
 - le drainage vésical est obligatoire en présence d'un globe vésical.
 - Sondage urétral aseptique et atraumatique. avec une sonde urétrale siliconée de calibre suffisant (Charrière 16 ou 18).Le dispositif de recueil des urines doit être en système clos.
 - cathéter sus-pubien si fausse route urétrale lors du sondage, rétention fébrile, suspicion de sténose urétrale, de pyélonéphrite, de dilatation rénale (distendu à urine claire)
 - Dans les cas habituels, l'ablation de sonde peut-être tentée après quelques jours de traitement par alpha-bloquants. Les lavages de vessie systématiques sont déconseillés, voire dangereux (hyper pression vésicale, reflux d'urines septiques vers le haut-appareil). Le clampage vésical avant ablation de la sonde pour "rééducation vésicale" n'est jamais justifié. Le détrusor est un muscle lisse, un muscle lisse ne se "réduque" pas.
 - La reprise des mictions est documentée au mieux par l'établissement d'un catalogue mictionnel : fréquence et quantité des mictions, si possible mesure du résidu post-mictionnel par échographie sus-pubienne (bladder-scan) ou par le cathéter sus-pubien. Si le résidu est inférieur (ou au maximum identique) au volume uriné, le patient peut sortir sans sonde.
 - Le bilan urologique en urgence est surtout clinique et doit comporter la vérification d'absence de complications et de retentissement sur le haut appareil, l'existence d'un obstacle ou d'un facteur local aggravant : palpation des fosses lombaires, toucher rectal, ECBU, contrôle de la créatininémie, dosage de PSA (antigène spécifique de prostate)
- Chez la femme, bien que la rétention aiguë par obstacle soit rare, une anomalie organique source d'obstruction doit être recherchée cliniquement : fibrome utérin, pathologie urétrale, fécalome.

En l'absence de reprise des mictions, il faut :

- Assurer un drainage vésical prolongé (déclampage du cathéter sus-pubien qui peut être laissé 6 à 8 semaines, ou à nouveau sondage urétral) environ 6 à 8 semaines. Si la rétention persiste passé ce délai, une pathologie vésico-sphinctérienne est très probablement la cause de la rétention post-opératoire.
- Le bilan urologique spécialisé est réalisé à distance et à pour but de confirmer l'obstacle : échographie prostatique, échographie rénale. S'il n'y a pas d'obstacle prostatique net, des explorations rétrogrades peuvent être indiquées: fibroscopie, uréthro-cystographie, bilan urodynamique pour confirmer l'obstacle (et l'indication thérapeutique d'ablation de cet obstacle source de rétention est 3 mois après l'acte chirurgical)

Un avis urologique à distance est conseillé devant toute rétention post-opératoire, même résolutive.

Bibliographie

- Grise P., Sibert L. Rétentions aiguës d'urine complètes. *Encycl. Med. Chir.* (Elsevier, Paris), Néphrologie-Urologie, 18- 207-D-10, 1996, 7p.
- Guide pratique de l'hypertrophie bénigne de la prostate, monographie de l'AFU, 1993, MSD Ed.
- Lanson Y., Teillac P., Fourcade R. Les résultats du traitement chirurgical de l'hypertrophie bénigne de la prostate. Rapport du 87^e congrès de l'Association Française d'Urologie (AFU). *Progrès en Urologie*, 1993, 5, 823-906.
- Parcours du Praticien en Urologie, AFU, 1997, Ed Synthélabo
- ANDEM : Traitement de l'hypertrophie bénigne de la prostate, recommandations et références médicales. ANDEM, tome 1, Paris 1997.
- La prostate, Dossier FMC, Impact Médecin Hebdo, 1998, 409 : 17-21.

Obligations légales éthiques et scientifiques

1. LE BLOC OPERATOIRE

1. QUESTION : QUELLES SONT LES REGLES DE FONCTIONNEMENT DES BLOCS OPERATOIRES ? QUEL EST LE ROLE DU CONSEIL DE BLOC OPERATOIRE.

Réponse

Règles de fonctionnement des blocs opératoires.

Au sein d'un établissement hospitalier, le bloc opératoire représente un des secteurs majeurs et certainement l'un des plus emblématiques, en tant que pièce maîtresse du plateau technique. C'est un lieu où sont pratiqués des actes de haute technicité qui représentent souvent les « activités phare » de l'établissement, mais dont le coût et l'investissement financier qu'ils supposent impliquent nécessairement des notions de rentabilité auxquelles s'ajoutent d'incontournables impératifs de sécurité. La diversité des actes réalisés, le fait qu'ils soient pratiqués en activité réglée ou en urgence, la cohabitation entre différentes spécialités, la multiplicité des ressources humaines engagées, le nécessaire respect des réglementations et le souci permanent de la qualité sont autant d'éléments à prendre en compte dans la bonne gestion d'un bloc opératoire.

L'organisation des blocs opératoires doit concilier les impératifs médicaux et la satisfaction des patients avec des critères tels que la productivité et l'optimisation de l'occupation des salles. La lutte contre les infections du site opératoire (Infections du site opératoire) représente un des éléments majeurs dont il faut impérativement tenir compte dans l'organisation du bloc opératoire.

L'évolution permanente des techniques opératoires et des modes de prise en charge ont pour conséquence d'optimiser en permanence la gestion du bloc opératoire. Une bonne organisation repose essentiellement sur des règles de fonctionnement précises, telles qu'elles doivent être détaillées dans la charte ou règlement intérieur du bloc opératoire, et que le conseil de bloc opératoire a pour mission de faire évoluer et respecter.

La complexité du fonctionnement d'un bloc opératoire et la multiplicité des intervenants nécessitent une structure de coordination et des personnels qualifiés afin d'orchestrer l'ensemble des activités qui se déroulent au sein de cette structure. Leur rôle est de planifier, programmer et réguler ces activités, ce qui nécessite une compétence et une autorité reconnues par tous les acteurs du bloc opératoire.

Chef de bloc opératoire

Le rôle de chef du bloc opératoire revient la plupart du temps au cadre de santé du bloc opératoire, dont les capacités managériales sont affirmées, afin de pouvoir encadrer les équipes d'infirmiers de bloc opératoire diplômés d'État, d'infirmiers anesthésistes diplômés d'État, d'aides-soignants, d'agents de service hospitaliers et de brancardiers, tout en travaillant avec l'ensemble des chirurgiens et des médecins anesthésistes. Il est nommé par la direction de l'établissement. Il travaille en étroite collaboration avec le coordonnateur du bloc, son rôle étant d'encadrer l'ensemble des personnels paramédicaux de l'équipe et de faire appliquer les règles de fonctionnement de la charte du bloc opératoire.

Son pouvoir décisionnel et son rôle d'arbitre sont majeurs et doivent être reconnus et respectés de tous, ce qui nécessite une parfaite collaboration avec le coordonnateur du bloc opératoire.

Coordonnateur ou « manager » du bloc opératoire

De formation médicale, il peut être chirurgien ou anesthésiste. Cette fonction peut être déléguée à une personne de niveau « cadre » dans la mesure où le médecin ne peut travailler à plein temps dans cette fonction de programmation et de régulation de l'activité opératoire. Il doit être un véritable « manager » indépendant du pouvoir médical, chirurgical ou infirmier et son autorité doit être reconnue par tous les intervenants au bloc opératoire.

Le conseil de bloc

C'est l'instance qui doit faciliter le déroulement harmonieux de l'organisation et du fonctionnement du bloc opératoire. Son texte de référence est la Circulaire DH/FH/ n° 2000-264 du 19 mai 2000. Ses membres sont :

- Un chirurgien coordonnateur nommé par l'assemblée générale ;
- Un anesthésiste coordonnateur nommé par l'assemblée générale ;
- Le cadre supérieur IBODE nommé par la Direction ;
- Le cadre supérieur IADE nommé par la Direction.

Le chirurgien et l'anesthésiste sont les interlocuteurs des différents médecins pour l'adaptation de l'organisation aux impératifs médicaux, qui ne relèvent que de la responsabilité médicale.

Son rôle est de :

Faire appliquer les décisions prises par l'assemblée générale et d'être garant de l'application de la charte et du règlement intérieur.

- Tenter de résoudre les problèmes liés au fonctionnement du bloc opératoire (tous sites confondus).
- Décider par rapports aux facteurs limitants
- Déterminer le programme opératoire selon la répartition des vacances,
- Valider les programmes prévisionnels, J-8 et J-1
- Arbitrer les conflits dans la gestion du programme opératoire hebdomadaire ou quotidien
- Organiser des interventions dans le cadre de la gestion des risques (infectieux, physique, hémodynamique, ...)
- Analyser les indicateurs d'activité pour permettre à l'assemblée générale le choix des orientations.

Le conseil de bloc est représenté dans le fonctionnement quotidien par le chef de bloc, qui peut le solliciter en cas d'arbitrage, notamment pour validation médicale d'une décision.

Le bureau de la cellule de régulation, lui sert de lieu de réunion pour la validation des programmes. Ses mesures sont exécutoires. Il doit aussi élaborer les textes portant modification de la charte pour les soumettre à l'assemblée générale, pour acceptation par vote. Son rôle est de veiller au respect de la charte, et d'en promouvoir l'évolution en fonction des changements, si nécessaire. Les coordonnateurs sont élus pour une période de trois ans par l'assemblée générale.

Charte de fonctionnement

Dans le souci de garantir la sécurité des malades et en vue et d'organiser de manière la plus optimale possible un bloc opératoire ou un site interventionnel, la mise en place de règles claires, précises et transparentes est donc incontournable. L'ensemble des acteurs (médicaux, paramédicaux, administratifs) doivent respecter l'ensemble de ces règles.

Quelques principes régissent la rédaction d'une charte de fonctionnement d'un bloc opératoire :

Le règlement intérieur est régi par une charte. Le chef de bloc opératoire est chargé de la faire respecter par délégation d'un conseil de bloc.

- L'attribution des salles est fonction de l'activité opératoire de chaque spécialité (temps d'occupation des salles).
- Le nombre de salles ouvertes est fonction des facteurs limitants. Il est défini pour un an et révisable éventuellement tous les six mois.
- Les moyens et instruments de mesure pour la gestion du bloc sont précisés dans la Charte, ils sont

- gérés par le secrétariat du bloc.
- La programmation hebdomadaire est arrêtée au moins 3 jours avant le début de la semaine et peut être révisée et discutée au cas par cas de façon quotidienne.
- En conformité avec les obligations réglementaires, les instances décisionnelles sont le conseil de bloc et l'assemblée générale.
- Une fonction opérationnelle est mise en place : la cellule de régulation.

Le respect des règles d'hygiène, d'asepsie et de circulation est primordial et doit faire l'objet de procédures écrites. Des fiches de poste définissant les rôles et attributions de chacun font partie des documents indispensables, ainsi que les protocoles de prise en charge des patients et d'entretien de la structure et des matériels. Ces règles sont validées par l'assemblée générale. Les textes et règlements officiels sont appliqués en fonction de leur parution. C'est par l'utilisation conforme des circuits et la gestion du temps de chacun que s'appliquent les premières règles.

Ces règles doivent préciser les circuits des opérés, du personnel et du matériel, les horaires d'ouverture et l'attribution de vacations nominatives ou par spécialité, les absences prévisibles du personnel médical (congès, congrès, formations).

Le fonctionnement des salles de soins post-interventionnels (SSPI) doit aussi obéir à des règles concernant les horaires d'ouverture, la présence des personnels, les modalités d'accueil et de sortie des patients.

Bibliographie

- Circulaire mettant en place les conseils de bloc opératoire
<http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2000/00-23/a0231614.htm>
- <http://bloc-operatoire.anap.fr/publication/1336-elaborer-mettre-en-oeuvre-et-faire-appliquer-une-charte-de-bloc>
-

2. QUESTION : QUELLES SONT LES MESURES A ADOPTER EN CAS DE SUSPICION DE PRION ?

Réponse :

Objectif : limiter le risque de contamination par des procédures codifiées de pré-desinfection, nettoyage, désinfection et stérilisation

En pratique, l'évaluation du niveau de risque repose sur 2 notions :

- 1) le risque de transmission lors d'un acte invasif donné vis-à-vis des agents transmissibles non conventionnels (ATNC), risque lié aux tissus concernés par le geste,
- 2) le risque d'atteinte du patient.

Pour toutes les formes d'encéphalopathie spongiforme transmissible (EST), les tissus à haute infectiosité sont le système nerveux central (y compris l'hypophyse, la moelle épinière et la dure-mère), la rétine et le nerf optique, les ganglions spinal et trijumeau, et la muqueuse olfactive.

Uniquement pour la forme variante de la maladie de Creutzfeldt-Jakob, les tissus à haute infectiosité sont les formations lymphoïdes organisées, comme la rate, les ganglions lymphatiques, les amygdales, l'appendice, le thymus, et les formations lymphoïdes présentes dans le jéjunum, l'iléon, le côlon, le cæcum et le rectum.

On considère donc comme actes invasifs à risque vis-à-vis des ATNC, les actes invasifs réalisés dans les spécialités suivantes : neurochirurgie (à l'exclusion du rachis), ophtalmologie chirurgicale touchant la rétine ou le nerf optique, et la chirurgie ou l'endoscopie ORL touchant la muqueuse olfactive. Uniquement chez un patient atteint ou suspect de la forme variante de MCJ (vMJC), on considère comme actes invasifs à risque vis-à-vis des ATNC, les actes invasifs chirurgicaux avec 1) contact, biopsie ou curage d'un ganglion, ou 2) contact, biopsie ou exérèse d'une formation lymphoïde organisée,

3) les intubations ou utilisations de masque laryngé, 4) les endoscopies ou échographies passant par le carrefour aérodigestif, 5) les endoscopies par voie rectale.

On considère comme patients ni cliniquement suspects, ni atteints d'EST, les patients sans caractéristique particulière, et les patients ne présentant pas des facteurs de risque individuel d'EST appartenant à un des groupes suivants : antécédents de traitement par hormone de croissance d'origine humaine, antécédents de greffe de dure-mère d'origine humaine, antécédents dans la famille génétique d'un cas d'EST liée à une mutation codant la PrP.

On considère comme patients suspects ou atteints d'EST, les patients présentant d'au moins un signe clinique neurologique associé à des troubles intellectuels ou psychiatriques et après élimination de toute autre cause, d'apparition récente et d'évolution progressive sans rémission. Le classement des patients vis-à-vis des EST («suspect ou atteint» ou bien «ni suspect ni atteint ») nécessite une évaluation médicale, parfois spécialisée. Quand on ne peut pas déterminer le niveau de risque du patient (cas de l'urgence, notamment), il est nécessaire, pour les interventions sur les tissus à haute infectiosité d'appliquer les procédures de traitement des dispositifs médicaux (DM) permettant une inactivation « totale ».

On rajoute comme patients suspects de variant de la MCJ (vMJC) les personnes ayant reçu des produits sanguins labiles (PSL) provenant de donneurs rétrospectivement atteints de vMCJ.

Les méthodes de nettoyage sont l'inactivation ou l'élimination. L'inactivation est considérée comme « totale » lorsque l'infectiosité n'est plus détectable suivant les analyses réalisées. L'élimination correspond à un traitement entraînant uniquement une réduction de l'infectiosité sur le DM traité.

Les procédés assurant une inactivation totale sur les ATNC sont l'immersion dans l'hypochlorite de sodium à la concentration de 2 % de chlore actif, soit une quantité de chlore actif de 20,4 g/L (eau de Javel à 20000 ppm) pendant 60 minutes à température ambiante, ou l'immersion dans la soude molaire (1 N) pendant 60 minutes à température ambiante.

La stérilisation par autoclave à vapeur d'eau à 134 °C pendant 18 minutes est un procédé assurant une inactivation importante, mais pour lequel une infectiosité résiduelle reste détectable

	Acte invasif		Acte non invasif	
	DM stérilisables à la vapeur d'eau à 134°C pendant 18 minutes	DM non stérilisables à la vapeur d'eau à 134°C pendant 18 minutes	DM stérilisables à la vapeur d'eau à 134°C pendant 18 minutes	DM non stérilisables à la vapeur d'eau à 134°C pendant 18 minutes
Patient ni suspect ni atteint d'EST	Nettoyage Inactivation totale Et Stérilisation 134°C 18 mn	Double nettoyage Inactivation totale Et stérilisation à la vapeur d'eau à 121 °C ou stérilisation à basse température ou, à défaut, désinfection	Nettoyage Et Stérilisation 134°C 18 mn	Double nettoyage Stérilisation à la vapeur d'eau à 121 °C ou stérilisation à basse température ou à défaut désinfection
Patient suspect ou atteint d'EST	Double nettoyage manuel Inactivation totale Séquestration du matériel	Double nettoyage manuel Inactivation totale Séquestration du matériel	Nettoyage Inactivation totale Stérilisation 134°C 18 mn	Double nettoyage manuel Inactivation totale Stérilisation à la vapeur d'eau à 121°C ou stérilisation à basse température ou à défaut, désinfection

Le choix de traitement du matériel dépend de la nature de l'acte et du statut « infectieux » du patient.

Référence :

CIRCULAIRE N°DGS/SD5C/DHOS/2005/435 du 23 septembre 2005

Bibliographie

http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2012/12-01/ste_20120001_0100_0098.pdf

3. QUESTION : QUELLES SONT LES DIFFERENCES ENTRE DECONTAMINATION, DESINFECTION, STERILISATION ?

Réponse :

Décontamination : Selon la Société Française d'Hygiène hospitalière (SF HH), le terme de décontamination doit être supprimé dans le domaine de la lutte anti infectieuse. Il doit être réservé à des opérations de nature physico-chimique visant à diminuer un risque de contamination radioactive ou chimique. Il est préférable d'utiliser le terme de pré-désinfection pour désigner cette étape préalable à la désinfection. Elle est réalisée soit par immersion dans une solution désinfectante soit par implication ou pulvérisation. Trois paramètres interviennent : la concentration, le temps de contact et le spectre d'activité du produit désinfectant.

Pré désinfection : Opération utilisant un produit détergent contenant au moins un principe actif reconnu pour ses propriétés bactéricides, fongicides, sporicides ou virucides, c'est un produit détergent désinfectant. La pré-désinfection constitue une étape préalable à la désinfection ou à la stérilisation.

Désinfection : Opération au résultat momentané permettant d'éliminer ou de tuer les micro-organismes et/ou d'inactiver les virus indésirables portés par des milieux inertes contaminés, en fonction des objectifs fixés. Le résultat de cette opération est limité aux micro-organismes présents au moment de l'opération. L'usage du terme « désinfection » en synonyme de « décontamination » est prohibé. Terme générique désignant toute action à visée anti-microbienne quel que soit le niveau de résultat, utilisant un produit pouvant justifier in vitro des propriétés autorisant à le qualifier de désinfectant ou d'antiseptique. Il devrait logiquement toujours être accompagné d'un qualificatif et l'on devrait ainsi parler de :

- désinfection de dispositifs médicaux (du matériel médical),
- désinfections des sols
- désinfection des surfaces par voie aérienne,
- désinfection des mains

Stérilisation : Procédé qui rend un produit stérile et qui permet de conserver cet état pour une période de temps précisée. Opération permettant d'éliminer ou de tuer les micro-organismes portés par des milieux inertes contaminés, le résultat de cette opération étant l'état de stérilité.

Bibliographie:

Société Française d'Hygiène Hospitalière

4. QUESTION : DEVANT UNE PLAIE ACCIDENTELLE DU PERSONNEL MEDICAL ET PARAMEDICAL LORS D'UNE INTERVENTION CHIRURGICALE AVEC CONTAMINATION SANGUINE, QUELLES SONT LES MODALITES DE DECLARATION ?

Réponse :

L'accident d'exposition au sang (AES) est défini comme tout contact percutané (piqûre), muqueux ou sur peau lésée avec du sang ou un produit biologique contenant du sang. Trois infections sont prises en compte :

- l'hépatite B : risque de 20 à 40% après une piqûre contaminante chez un sujet non vacciné. Prévention par la vaccination
- l'hépatite C : risque de 1 à 10%. Pas de vaccination
- V.I.H. : risque de 0,3% de séroconversion après piqûre contaminante et de 0,03% après contact muqueux

Conduite à tenir :

- lavage immédiat, au moins 5 minutes, et abondant de la plaie par l'eau de javel ou du Dakin ou chlorhexidine à 70°, de Povidone iodé en solution dermique.
- Evaluation des risques infectieux si possible par un médecin référent VIH.
- recherche chez la personne source d'une infection par trois sérologies anticorps et antigènes HBs, anticorps et antigènes HBc et VIH
- sérologie de l'agent contaminé
- déclaration légale d'accident du travail auprès de la Médecine du travail dans les 24 heures.
- suivi sérologique de l'agent contaminé et des transaminases
- vis à vis d'une contamination par l'hépatite B
 - o si la vaccination est à jour ou le taux d'anticorps correct : abstention
 - o si absence de vaccination ou protection par un taux d'anticorps insuffisant, il convient de débiter une vaccination complète et une administration d'immunoglobuline anti HBs
- vis à vis d'une contamination par l'hépatite C
 - o pas de prophylaxie
- vis à vis d'une contamination par le VIH
 - o si la personne source est VIH + : tri thérapie
 - o si le statut sérologique VIH de la personne source est inconnu : réaliser une sérologie VIH en urgence par test rapide puis traitement par tri thérapie en urgence en fonction du résultat

Bibliographie :

<http://www.geres.org/que-faire-en-cas-daes/>

5. QUESTION : LE FEU AU BLOC OPERATOIRE – MESURES DE PREVENTION ET D’ACTION

Réponse :

Le feu au bloc opératoire n'est pas exceptionnel. Aux Etats-Unis l'incidence annuelle serait de 50 à 200 selon les sources. 20% de ces feux occasionnent des blessures graves et/ou mortelles.

Un feu ne survient pas par hasard. La conjonction de trois éléments, « la triade du feu » ou « le triangle du feu », constituée d'un combustible, un comburant et une source d'ignition, est toujours retrouvée.

Les combustibles possibles sont entre autres : sondes d'intubation trachéale, champs papiers, compresses, solutions alcooliques, gants, masques à oxygène, solutions contenant des composés volatiles comme l'éther ou l'acétone, couvertures chauffantes, pyjamas de bloc (patients et personnel), cheveux et poils du patient, gaz gastro-intestinaux, housses de caméras et de câbles optiques.

Un comburant est un produit riche en oxygène qui augmente le risque de feu, et son intensité. Dans les voies aériennes du patient, qui respire un mélange enrichi en oxygène, ceci est fréquent. Le protoxyde d'azote constitue aussi un comburant potentiel.

Une source d'ignition est une source de chaleur : Bistouris électriques monopolaires et bipolaires, lasers, moteurs et fraises, câbles optiques à lumière « froide », plaques de défibrillateurs cardiaques.

Quelle prévention ?

Les situations à risques doivent être identifiées, et figurer dans la check list.

Contrôle du comburant: Toute coagulation électrique proche des voies respiratoires sera à risque. Il est recommandé d'utiliser des sondes d'intubation trachéale à ballonnets lors de l'amygdalectomie pour éviter une fuite de gaz inhalé vers l'oropharynx lors des manœuvres de coagulation. De même le protoxyde d'azote est évité autant que possible. Lors de manœuvres chirurgicales utilisant une source d'ignition sur les voies aériennes (laser ou bistouri électrique) le chirurgien DOIT prévenir l'anesthésiste. L'utilisation de sondes d'intubation trachéale protégées (recouvrement métallique) est une bonne prévention de la mise à feu accidentelle de sondes trachéales, notamment par laser lorsque le geste chirurgical le permet. Lors de l'ouverture laryngée ou trachéale (trachéotomie, laryngectomie...), il est préconisé d'utiliser un bistouri froid et de bannir le bistouri électrique. Les « tentes à oxygènes » doivent être évitées au maximum. Si elles sont utilisées volontairement dans un but de sédation, la Fi O2 la plus basse possible sera choisie par l'anesthésiste.

Contrôle des sources d'ignition : Les sources d'ignition doivent être parfaitement contrôlées : commandes manuelles pour les bistouris électriques, embouts lumineux d'endoscopes et câbles optiques toujours éloignés des combustibles, préférer l'utilisation de pinces à cautérisation bipolaires, tirs laser commandés par l'opérateur lui-même et non par un aide.

Contrôle des combustibles : Les combustibles doivent être régulièrement mouillés au sérum physiologique afin de les refroidir. En particulier ceux qui sont proches des comburants et sources d'ignition (packing pharyngé par exemple). Les cheveux et poils du patient sont susceptibles de retenir plus longtemps une solution alcoolique d'antisepsie par exemple. Il faut attendre suffisamment pour qu'ils soient secs, si l'on doit utiliser une source d'ignition à leur contact.

Quelle est la CAT en cas de feu au bloc ?

Cinq mesures doivent être rapidement mises en œuvre successivement :

1. Reconnaître les signes précoces du feu (flamme, éclair inopiné, odeur de fumée, bruit inhabituel (explosion), fumée, chaleur inhabituelle)
2. Arrêter immédiatement l'intervention chirurgicale,
3. Faire ce qui est nécessaire pour arrêter le feu et prendre les premières mesures médicales urgentes pour le patient,
4. Evacuer la salle opératoire dès que cela est médicalement possible pour le patient,
5. S'occuper des blessures du patient induites par le feu

Les mesures nécessaires pour combattre le feu et premières mesures médicales urgentes à prendre pour le patient sont :

- Dans le cas d'un feu des voies respiratoires : Retirer immédiatement la sonde d'intubation trachéale, couper l'arrivée de tous les gaz, retirer tous les matériaux en feu et tous les combustibles potentiels des voies respiratoires, éteindre le feu des voies respiratoires en aspergeant du sérum physiologique ou de l'eau dans les voies respiratoires.
- Lorsque le feu des voies respiratoires et du circuit de ventilation est éteint : ventiler le patient au masque en évitant tout mélange gazeux enrichi en oxygène et protoxyde d'azote, éteindre le feu de la sonde d'intubation qui a été retirée et l'examiner pour être certain de n'avoir pas laissé un fragment dans les voies aériennes du patient. S'il y a un doute, faire immédiatement une bronchoscopie au tube rigide, à la fois pour extraire le fragment manquant et faire le bilan lésionnel. Evaluer le statut médical du patient et établir un plan de prise en charge rapide. Dans le cas d'un feu au contact ou au sein du patient hors des voies respiratoires : couper l'arrivée de tous les gaz, retirer rapidement tous les champs opératoires, éteindre immédiatement tout ce qui brûle à l'aide de sérum physiologique, d'eau ou de couvertures. Lorsque le feu au contact ou au sein du patient est éteint : ventiler le patient au masque en évitant tout mélange gazeux enrichi en oxygène et protoxyde d'azote, évaluer le statut médical du patient et établir un plan de prise en charge rapide, évaluer le risque d'inhalation de fumée si le patient n'était pas intubé.
- Si le feu n'est pas éteint malgré les premières mesures, ne pas hésiter à utiliser un extincteur extérieur à gaz carbonique, même au contact du patient.
- Si malgré tout le feu continue, activer l'alarme incendie, évacuer le patient et le personnel, fermer la porte de la salle de bloc, couper toute arrivée de gaz dans la salle.

Bibliographie

- The American Society of Anesthesiologists : Practice advisory for the prevention and management of operating room fires. A report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Operating Room Fires. *Anesthesiology*, 2008 ;108:786-801.
- Bouaziz Hervé : La prévention des feux de patient au bloc opératoire. *Revue* 2012 ;45:17-19.

6. QUESTION : POURQUOI LA CHECK LIST? QUE DOIT-ON VERIFIER POUR UNE MEILLEURE SECURITE DU PATIENT AU BLOC OPERATOIRE?

Réponse :

La check list a été rendue obligatoire dans tous les blocs opératoires le 1^{er} janvier 2011. Fortement inspirée des pratiques de sécurité imposées au personnel navigant de l'aviation civile, elle vise à limiter les accidents pouvant être induit par un défaut d'ordre organisationnel. Elle pose des questions logiques

appelant des réponses a priori évidentes. Pourtant nombre de problèmes médico-légaux, qui auraient pu être évités par simple vérification, ont conduit à son établissement. Par exemple, grâce à cette check-list, il ne devrait plus y avoir d'erreur de côté opéré, ce qui arrive non exceptionnellement. Son but est de s'assurer que tous les acteurs présents en salle interventionnelle sont d'accord sur les modalités de déroulement de l'intervention.

La check-list comporte trois temps de vérification : le premier avant l'induction anesthésique, le second avant l'incision chirurgicale, le dernier à la fin de l'intervention chirurgicale avant la sortie de salle du malade (cf figure ci-dessous).

Avant l'induction anesthésique, on doit vérifier 6 points :

- 1- l'identité du malade,
- 2- le type d'intervention chirurgicale et son site, idéalement avec le malade lui-même,
- 3- que le mode d'installation du patient est connu et non dangereux pour le patient,
- 4- que la préparation cutanée est documentée dans la fiche de liaison avec le service (ou accueil du patient en cas de chirurgie ambulatoire),
- 5- que le matériel nécessaire à l'intervention chirurgicale est disponible,
- 6- les points critiques pouvant être rencontrés : allergies, difficultés d'intubation des voies respiratoires, de ventilation, d'hémorragie, et s'ils existent prendre les mesures adéquates pour y parer le cas échéant.

Avant l'incision chirurgicale :

- 1- confirmation de l'identité du patient, de l'intervention chirurgicale et du site opératoire, du côté opéré, de la bonne installation sur la table opératoire, et la disponibilité des documents d'information (iconographie).
- 2- Partage oral des informations essentielles :
Énoncé de la carte de route chirurgicale avec ses temps spécifiques et /ou à risque et vérification, de la disponibilité du matériel nécessaire, par l'équipe chirurgicale, risques spécifiques anesthésiques énoncés par l'équipe d'anesthésie
- 3- Vérification du respect des recommandations et mise en route d'une antibioprofylaxie quand elle est indiquée.

A la fin de l'intervention chirurgicale :

Confirmations d'ordre technique

- 1- confirmation de l'enregistrement de l'intervention
- 2- le comptage doit être concordant (compresses, aiguilles...)
- 3- vérification du bon étiquetage des prélèvements, de la pièce opératoire...
- 4- vérification en cas d'événements indésirables de leur signalement

et prescriptions postopératoires établies conjointement entre médecin anesthésiste et chirurgien.

La check-list doit être remplie par le coordonnateur de bloc, uniquement si la vérification a été effective, orale, et en présence des acteurs du bloc opératoire. Il s'agit d'un outil de communication entre tous les professionnels impliqués dans l'intervention chirurgicale.

Bibliographie

https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_896108/fr/qu-est-ce-que-la-check-list

2. LA RESPONSABILITE MEDICALE

1. QUESTION : QUELLES SONT LES BASES JURIDIQUES DE L'INFORMATION DU MEDECIN A L'EGARD DE SON MALADE ? QUELLES INFORMATIONS DOIT-IL DONNER? COMMENT EN APPORTER LA PREUVE ?

Réponse

Les bases juridiques de l'information du malade sont :

- Obligation déontologique fondée sur l'article 35 du code de déontologie médicale (et 64, 102, 107)
- Article 16-3 du code civil
- Loi du 04/03/2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.
- Code de Santé Publique (article L 1111-2)
- Arrêt Cousin sur l'inversion de la preuve de l'information
- Arrêt du Conseil d'Etat appliquant la jurisprudence en milieu hospitalier

Les informations sont données par le médecin ou l'équipe pluridisciplinaire :

- Au patient
- Au représentant légal (mineur ou incapable)
- Au mineur si il est en état de comprendre et de supporter l'information.
- A une personne de confiance désignée par le patient si il y a hospitalisation et que le patient est en incapacité d'être informé et de participer à une décision (loi 04/03/2002).

L'information concerne l'état de santé, l'objectif du traitement, sa nature, sa durée, ses risques graves même exceptionnels, les alternatives thérapeutiques, la conduite à tenir en cas de complications. L'information est « loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il propose » (code déontologie). L'information doit être rétrospective si apparition de nouveaux risques (loi 04/03/2002).

Le médecin peut apporter la preuve de l'information par tout moyen

- testimonial
- par présomption
- la preuve écrite avec fiche d'information compréhensible et validée par les Sociétés savantes ; complétée d'une attestation signée
- information mentionnée dans le dossier
- lettre au médecin traitant (photocopie dans le dossier)

Le consentement est indissociable de l'information, il est « libre et éclairé » (article 36 - Code déontologie). Il concerne tous les patients et tous les soins et traitements proposés, y compris les explorations diagnostiques.

Quels risques ?

La responsabilité civile est engagée en cas de défaut d'information (= perte de chance pour le patient). La charge de la preuve de l'information incombe au médecin ou à l'établissement par tous moyens qu'il juge nécessaire et approprié.

Bibliographie

- Droit et dommage corporel, Y. Lambert Favre - Dalloz - 1996
- Guide juridique - Information et consentement en médecine générale, Laboratoires Rhône Poulenc
- La responsabilité médicale en France, Le Sou Médical. N. Gombault - Ch. Sicot
- La déontologie médicale, J.P. Almeras - H. Pequignot - Edition Litec - février 1996
- Obligation et responsabilité de l'O.R.L., Y. Chémama - Edition EM Inter 2000
- Rapport du Congrès Français d'O.R.L. 2003 (L'expertise en ORL et Chirurgie Cervico-Faciale)
- https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-06/recommandations_-_delivrance_de_linformation_a_la_personne_sur_son_etat_de_sante.pdf

2. QUESTION : DEFINIR LE SECRET PROFESSIONNEL (ARTICLE 4 DU CODE DE DEONTOLOGIE) - CONNAITRE LES REGLES DE LEVEE DU SECRET MEDICAL.

Réponse

« Tout ce qui est venu à la connaissance du médecin dans l'exercice de sa profession, c'est-à-dire non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'il a vu, entendu ou compris... »

Le secret lie le médecin à son patient, il peut être opposé aux proches et à la famille du patient. Le secret ne s'éteint jamais même si le patient a donné son accord ; la mort du patient ne délie en aucun cas le médecin du secret.

Le secret professionnel est défini dans l'article 4 du code de déontologie, le droit à l'information dans l'article 35 du code de déontologie, les sanctions pour manquement dans l'article 226.13 du code pénal (Violation du secret).

Toutefois, un certain nombre de dérogations existent :

- dérogation lors de la communication du dossier médical :
 - au patient (J.O. du 05 03 2002)
 - aux compagnies d'assurances
 - aux experts (saisie judiciaire du dossier)
- application des dérogations légales : obligation de déclaration dans les cas suivants :
 - des naissances
 - des décès
 - des maladies contagieuses
 - des maladies vénériennes
 - Maladies à déclaration obligatoire (SIDA...)
 - certificat d'internement
 - alcooliques dangereux
 - incapables majeurs
 - accidents du travail et maladies professionnelles
 - Réquisition (dans le cadre de la mission vis à vis de l'autorité demandeuse exclusivement).
 - Evaluation d'activité des établissements de santé
 - Pensions militaires d'invalidité
 - Pensions civiles et militaires de retraite
 - Permissions de levée du secret par la loi en cas de :
 - Mauvais traitements infligés à un mineur de 15 ans ou à une personne incapable de se protéger
 - Sévices permettant de présumer des violences sexuelles
 - Dénonciation de crimes compromettant la sécurité de l'Etat.
 - Dérogations dans le cadre de l'obligation d'établir des certificats
 - Certificats médicaux en matière de coups et blessures involontaires de violence et voies de faits volontaires
 - Certificats de vaccination obligatoires, certificats de santé, IVG pour motif thérapeutique

Bibliographie

- <https://www.conseil-national.medecin.fr/article/article-4-secret-professionnel-913>
- Droit et dommage corporel, Y. Lambert Faivre - Dalloz - 1996
- Commentaires du code de déontologie médicale - Ordre National des médecins Edition 1996

3. QUESTION : QUELLES SONT LES PRINCIPALES FAUTES SUSCEPTIBLES DE METTRE EN CAUSE LA RESPONSABILITE DES MEDECINS ?

Réponse

- 1/-Au pénal : Peines encourues : emprisonnement, amendes
- atteinte involontaire à la vie et à l'intégrité physique (homicide ou blessures involontaires)

- nécessité d'une faute médicale caractérisée...
- autres catégories de délits :
 - Non-assistance à personne en danger
 - violation du secret professionnel
 - faux certificats
 - expérimentation sur une personne humaine dans le cadre de recherche biomédicale en l'absence de consentement libre et éclairé
 - interruption illégale de grossesse
 - exercice illégal de la médecine
 - atteinte à l'intégrité corporelle (volontaire ou non) / Loi sur l'éthique 29/07/92 révisée le 05/08/04
 - refus d'obtempérer à réquisition
 - Non respect de la réglementation concernant les stupéfiants.

2/-Responsabilité disciplinaire :

- plainte au Conseil de l'Ordre liée à un manquement aux règles déontologique;
- sanctions : avertissement, blâme, interdiction temporaire ou permanente d'exercer, radiation de l'Ordre.

3/-Responsabilité civile : peines : compensation financière : dommages et intérêts

- délai de prescription de 30 ans
- manquement à l'obligation de moyens (obligation contractuelle ; arrêt Mercier)
- obligation de sécurité résultat en matière d'infection nosocomiale / Défaut de précaution
- manquement à l'obligation d'informer / Défaut de consentement du patient
- perte de chance
- Erreur diagnostique

4/- Responsabilité administrative : usagers et hôpital

- faute médicale
- faute de soins
- défaut d'organisation du service

Bibliographie

- La responsabilité médicale en France, Le Sou Médical - N. Gombault et Ch. Sicot
- <http://sante-medecine.journaldesfemmes.com/contents/180-responsabilite-du-medecin-et-faute-medicale-cnom#responsabilite-morale-responsabilite-deontologique>

4. QUESTION : LA RESPONSABILITE DE L'INTERNE DANS LE CADRE DE SES ACTIVITES HOSPITALIERES

Réponse :

La responsabilité de l'interne peut être engagée sous trois plans :

1° - en responsabilité civile : la victime visant à l'obtention de dommages et intérêts.

Cependant pour tout praticien hospitalier y compris l'interne, les fautes de service dans l'exercice de la fonction, engagent la responsabilité de l'administration hospitalière.

Le praticien ne peut pas être personnellement condamné à indemniser les conséquences de ses fautes (sauf en cas de faute détachable de la fonction où l'interne peut être condamné sur ses deniers personnels à indemniser le préjudice subi par son patient). Aussi est-il conseillé à l'interne, pendant ses fonctions, de contracter une assurance professionnelle.

2° - en responsabilité pénale : la faute reprochée constitue une infraction. Le but du plaignant est l'obtention d'une condamnation du praticien à une peine d'amende ou de prison. La responsabilité pénale constitue un risque beaucoup plus important avec des procédures pour homicide involontaire, atteinte à l'intégrité physique, non-assistance à personne en danger, mise en danger d'autrui, faux certificats et violation du secret professionnel. L'interne peut être directement concerné par une procédure pénale et ne peut être protégé par l'Article 3 du décret du 02 09 1983 modifié, qui précise qu'un interne agit par délégation et sous la responsabilité du praticien dont il relève. Les condamnations au pénal vont de

l'amende à la prison voire à l'interdiction d'exercer la profession.

3° - responsabilité disciplinaire et poursuites ne peuvent s'effectuer qu'au sein de l'hôpital ou de l'université. En effet, le code de déontologie médicale ne s'applique qu'aux médecins inscrits au tableau de l'Ordre. Les fautes des internes ne concernent pas le Conseil de l'Ordre sauf en cas de remplacement.

Les règles de compétence des internes sont fixées par le décret n° 99-930 du 10 11 1999.

Selon son statut, l'interne exerce des fonctions de prévention, de diagnostic et de soins par délégation et sous la responsabilité du praticien dont il relève.

Ainsi, l'interne ne peut intervenir que :

- pour des interventions courantes
- dans la mesure où au préalable le senior s'est livré à une appréciation de ses capacités
- sous la surveillance directe et effective du chef de service ou de l'un des praticiens du service apte à « reprendre la main en cas de besoin ».

Cependant, l'interne peut être amené à agir en cas d'urgence sous peine de se voir reprocher une omission de porter assistance à personne en danger.

Notons cependant qu'une circulaire du 22 11 1974 enjoint l'interne à mettre tout moyen en oeuvre pour joindre le chef de service ou son assistant et de les décider à intervenir ; ce n'est que dans le cas où ni l'un ni l'autre ne peuvent être joints ou tarderaient à arriver, l'état du malade ne permettant pas d'attendre, que l'interne est autorisé à intervenir.

Quels sont les actes que l'interne peut pratiquer ?

Selon une circulaire du 08 12 1988, l'interne peut signer les prescriptions de médicaments, de traitements, et d'appareillage pour les patients hospitalisés ou consultants, sans autorisation expresse du praticien dont il relève.

La possibilité de rédiger des certificats est subordonnée à l'obtention du diplôme de Docteur en Médecine. Les internes sont soumis au règlement des établissements dans lesquels ils exercent leurs activités. Ils doivent déférer aux réquisitions dont ils peuvent faire l'objet.

En cas de faute dans l'exercice de son activité professionnelle, l'interne peut être soumis à la procédure disciplinaire des établissements publics (article 29 de la loi du 26/01/1984).

Après avis du Conseil de discipline, la faute peut être sanctionnée d'un avertissement, d'un blâme, d'une exclusion n'excluant pas 5 ans.

Bibliographie :

1- La responsabilité de l'étudiant en médecine, du résident et de l'interne.
M. GOMBAULT, Ch SICOT, Le Sou Médical - Edition du Roule 1999

2 http://sihp.fr/usrfile/331/GUIDE%20DE%20L_INTERNE%20-%20Version%20Finale%20-%202003%202014.pdf

5. QUESTION PEUT-ON OPPOSER LE SECRET MEDICAL AUX DROITS DU MALADE A L'INFORMATION ? COMMENT S'ORGANISE L'ACCES DU MALADE A SON DOSSIER MEDICAL POUR SATISFAIRE AUX DROITS DU MALADE A L'INFORMATION ?

Réponse

Les articles cadres sont :

- article 4 du code de déontologie sur le secret médical
- article 35 du code de déontologie sur l'information du patient
- et la loi Kouchner (cf infra - J.O. du 05 03 2002)

Depuis la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, dite loi Kouchner, toute personne a le droit d'accéder à l'ensemble des informations concernant

sa santé, détenues par des professionnels et des établissements de santé. Tenir un dossier médical est une obligation légale, tant en établissement de soins qu'en pratique libérale. Le dossier est conservé dans les archives de l'Etablissement selon des délais définis réglementairement.

Quel que soit le support choisi, il doit permettre de respecter le secret professionnel. Tout support informatique doit être déclaré à la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL). Il a une valeur juridique identique au support papier, ce qui rend inutile la constitution d'un dossier papier « parallèle ». Le matériel ou logiciel utilisé doit être sécurisé et certifié.

Les dossiers sur support papier doivent être conservés dans un lieu et dans des fichiers fermant à clé, et être rédigés lisiblement pour faciliter la consultation par d'autres professionnels.

En dehors du patient lui-même, plusieurs personnes bénéficient d'un droit d'accès à son dossier médical. Il s'agit de son représentant légal si le patient est mineur ou majeur sous tutelle, du médecin choisi par le patient comme intermédiaire et de l'ayant droit du patient après son décès.

Pour les mineurs, seuls les titulaires de l'autorité parentale peuvent demander l'accès au dossier de leur enfant sous réserve que le mineur n'ait pas souhaité garder le secret à l'égard de ses parents sur un traitement ou une intervention dont il a fait l'objet. La loi ne prévoit pas que le mineur puisse accéder à son propre dossier.

La demande, pour laquelle la loi n'impose aucune forme particulière, est adressée au professionnel de santé et, dans le cas d'un établissement de santé, au responsable de cet établissement. La communication doit intervenir au plus tard dans les 8 jours suivant la demande, et au plus tôt après qu'un délai de réflexion de 48 heures aura été observé (délai porté à 2 mois lorsque les informations médicales datent de plus de 5 ans. Selon le choix du demandeur, la communication se fait :

- par consultation sur place, avec un entretien médical qui ne peut être facturé,
- par l'envoi de photocopies au domicile, de préférence en recommandé avec AR : le coût des photocopies est alors à la charge du demandeur (le professionnel doit alors l'informer des coûts de reproduction),
- par voie électronique dans les établissements qui le permettent.

La présence d'une tierce personne lors de la consultation de certaines informations peut être recommandée, pour des motifs tenant aux risques que leur connaissance sans accompagnement ferait courir à la personne concernée.

Bibliographie

- Droit et dommage corporel, Y. Lambert Faivre - Dalloz - 1996
- <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT00000227015&categorieLien=id>

6. QUEL EST LE ROLE DES COMMISSIONS REGIONALES DE CONCILIATION ET D'INDEMNISATION (CRCI)

Réponse

Les commissions régionales de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (CRCI) ont été créées par un décret du 3 mai 2002 en application des articles L. 1142-6 et L. 1143-1 du code de la santé publique

Ces commissions sont présidées par un magistrat de l'ordre administratif ou de l'ordre judiciaire. Les commissions sont composées de 20 membres (outre le président - ramené à 12 membres lors du renouvellement) représentant les usagers, les professionnels de santé, les établissements de santé, les assureurs, l'ONIAM (Office National d'Indemnisation des Accidents Médicaux), ainsi que de personnalités qualifiées.

Les missions des CRCI sont

- Favoriser la résolution des conflits par la conciliation : les commissions, directement ou en désignant un médiateur, peuvent organiser des conciliations destinées à résoudre les conflits entre usagers et professionnels de santé.

- Permettre l'indemnisation des victimes d'accidents médicaux dont le préjudice présente un degré de gravité supérieur à un seuil fixé par le décret du 4 avril 2003.

Qu'il y ait faute ou absence de faute, toutes les victimes d'un accident médical grave, qu'il ait pour origine un acte de prévention, un acte de diagnostic ou un acte thérapeutique, peuvent bénéficier de ce dispositif.

La commission, qui reçoit une demande, a pour mission d'instruire cette demande, sur le plan administratif mais aussi médical. La durée légale de l'instruction est fixée à 6 mois, à partir du moment où le dossier est complet. Au décours de l'instruction, la commission émettra un avis qui, s'il aboutit à une proposition d'indemnisation, sera transmis soit à l'assureur, soit à l'ONIAM, en fonction des situations. Cet avis est un acte préparatoire facilitant la procédure d'indemnisation. La décision d'indemnisation incombe aux payeurs.

Si ces derniers ne font pas d'offre, leur décision peut être contestée devant le juge dans des conditions précisées par les textes.

Bibliographie

<http://www.oniam.fr/procedure-indemnisation>

7. QUESTION : QUELS SONT LES PRINCIPES GENERAUX DU CODE DE DEONTOLOGIE MEDICALE (ENSEMBLE DES DEVOIRS QUI INCOMBENT AU MEDECIN DANS L'EXERCICE DE SA PROFESSION VIS A VIS DE SES MALADES, CONFRERES ET AUXILIAIRES) ?

Réponse

1/- respect de la primauté de la personne (médecin au service de l'individu)

- respect de la vie humaine, de la personne et de sa dignité
- secret médical
- principe de la liberté, de l'information du patient
- principe du consentement éclairé
- liberté du médecin
- contrat de soins

2/- indépendance professionnelle du médecin responsable de ses actes, compétent, disponible sans discrimination

3/- confraternité : rapports des médecins entre eux et avec les membres des autres professions de santé.

Bibliographie

<https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/codedeont.pdf>

8. QUESTION : QUELS ELEMENTS DOIVENT FIGURER IMPERATIVEMENT SUR UNE ORDONNANCE REDIGEE POUR UN PATIENT ADULTE ET ENFANT ?

Réponse

Article 34 (article R.4127-34 du code de la santé publique)

Le médecin doit formuler ses prescriptions avec toute la clarté indispensable, veiller à leur compréhension par le patient et son entourage et s'efforcer d'en obtenir la bonne exécution.

Conformément à l'article R. 5132-3 du code de la santé publique, l'ordonnance doit indiquer lisiblement :

- le nom, la qualité et le cas échéant, la qualification ou le titre du prescripteur, son identifiant ADELI et/ou RPPS, son adresse, sa signature et la date à laquelle l'ordonnance a été rédigée ;
- la dénomination du médicament ou du produit prescrit (princeps, générique ou dénomination commune internationale (DCI), sa posologie et son mode d'emploi, et, s'il s'agit d'une préparation, la formule détaillée ; soit la durée du traitement, soit le nombre d'unités de conditionnement et, le cas échéant, le nombre de renouvellements de la prescription. Elle mentionne les nom et prénoms, le sexe et l'âge

du patient et si nécessaire sa taille et son poids (indispensable chez le nourrisson et le petit enfant). Elle doit être datée du jour de sa rédaction et écrite de façon lisible afin d'éviter toute méprise sur le nom du médicament, sur les doses, sur le mode d'administration, sur la durée du traitement.

Si la prise de médicaments ne doit pas être interrompue brusquement ou sans avis médical, cela doit être bien précisé au patient et à son entourage et inscrit sur l'ordonnance.

Par ailleurs, le prescripteur doit apposer sa signature immédiatement sous la dernière ligne de la prescription ou rendre inutilisable l'espace laissé libre entre cette dernière ligne et sa signature par tout moyen approprié afin d'éviter les ajouts et les fraudes.

Le médecin peut recourir à un logiciel d'aide à la prescription, certifié conformément à l'article L.161-38 du code de la sécurité sociale, par la HAS.

Bibliographie

<https://www.conseil-national.medecin.fr/article/article-34-prescription-258>

9. QUESTION : REDACTION D'UN CERTIFICAT MEDICAL – SON CONTENU

Réponse

La rédaction d'un certificat médical est un acte grave de l'activité médicale. (faux certificat = faute pénale)

Il doit être écrit en langue française lisiblement et clairement et doit comporter les éléments suivants :

- nom, qualité et adresse du médecin
- nom prénom éventuellement sexe, date de naissance, éventuellement profession, domicile de l'intéressé « selon ses dires »
- la date de l'examen
- l'énoncé en lui attribuant les déclarations du demandeur ou de son entourage (« le demandeur a déclaré »)
- la description des symptômes et des lésions constatées au cours de l'examen,
- objective plus ou moins les schémas, dates et signés plus ou moins les photos.
- la conclusion s'il y a lieu par exemple en ce qui concerne l'incapacité de travail
- la date sans abréviation
- la signature du médecin ainsi que les résultats si il y a lieu des examens complémentaires réalisés (nom + date + heure de l'examen, résultats, valeurs, duplicata des interprétations).
- tampon.

Le certificat doit être remis en main propre. Il est recommandé de faire mention sur le certificat « certificat délivré sur la demande de... et remis en mains propres le... » Sauf mineur ou s' il y a réquisition.

Ne mentionner un diagnostic que sur la demande expresse du patient

Le certificat peut être remis à des tiers :

Certificats d'accidents du travail, d'internement, d'hospitalisation ou destinés à l'administration des pensions militaires d'invalidité.

Si sujet mineur, il sera remis au tuteur légal.

Aucune clause de contrat d'assurance ne peut délier le médecin du secret médical

Bibliographie

https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1245544/fr/comment-etablir-un-certificat-medical-initial-cmi

10. QUESTION : QUE DOIT COMPORTER UN CERTIFICAT MEDICAL INITIAL EN CAS D'ACCIDENT DE LA CIRCULATION ?

Réponse

Certificat initial :

Pour être correctement rédigé un certificat doit comporter les rubriques suivantes :

- nom, qualité, éventuellement spécialité, adresse du médecin signataire s'ils ne figurent pas sur le papier à en-tête
- « Je, soussigné, ... » sur papier à en-tête du médecin ou N° du médecin.
- l'énoncé, en lui attribuant des déclarations du blessé
- « Je soussigné(e) certifie avoir examiné une personne déclarant s'appeler Nom + Prénom + date de naissance + Adresse... (si pas de pièce d'identité) ... »
- les circonstances dans lesquelles le blessé a été examiné, lieux de l'accident, cabinet, clinique, hôpital avec la date et heure de l'examen
- préciser son état général : obnubilé, agité, choc, inconscience...
- description des symptômes et des lésions constatées au cours de l'examen sans oublier les lésions minimales ou notées les jours suivants : topographie des ecchymoses et des plaies (taille, siège avec rapports anatomiques, couleur) + photos si possible.
- localisation des douleurs et gêne fonctionnelle
- description clinique et radiologique détaillée des fractures
- interventions subies
- évaluation de la durée probable de l'incapacité totale temporaire
- date en toutes lettres
- signature lisible + « remis en main propre et établi à la demande de l'intéressé
- pour faire valoir ce que de droit ».

Il faut toujours garder un double de ce certificat qui doit demeurer dans le dossier et conseiller au patient de faire des duplicata en conservant l'original

Certificat de prolongation

Il doit mentionner les éléments d'ordre médical qui justifient la prolongation de la période d'I T T ; ceci doit être fait avec la plus grande objectivité car il ne faut pas oublier que le patient n'est pas seul en cause

Certificat de consolidation

Ce certificat doit

- apporter tous les éléments de justification permettant à l'expert d'entériner la date proposée par le signataire
- mentionner la nature et l'importance des séquelles physiques
- indiquer les troubles fonctionnels allégués par le blessé en les situant de façon précise dans le temps

Il n'est pas souhaitable de faire état d'un taux d'incapacité permanente, en règle partielle, tâche dévolue à l'expert.

Bibliographie

https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1245544/fr/comment-etablir-un-certificat-medical-initial-cmi

11. QUESTION : QUELLES SONT LES REGLES DE REDACTION D'UN COMPTE RENDU OPERATOIRE ?

Réponse

- Le compte rendu opératoire (CRO) a une place toute particulière dans le dossier médical. Dans

les suites d'une intervention chirurgicale, le CRO constitue la pierre angulaire d'un bon suivi post opératoire. Le CRO doit être considéré comme un temps opératoire et ne doit pas être vu comme une corvée administrative ou une simple formalité. Il doit au contraire être objectif, concis, clair, exhaustif et retracer fidèlement les gestes réalisés et les techniques utilisées.

- Sa rédaction est obligatoire depuis la loi du 4 mars 2002 au même titre que la rédaction d'un compte-rendu d'hospitalisation. Cependant, la loi ne dicte pas de règles spécifiques à sa rédaction. Le décret publié le 9 avril 2002 précise qu'il doit être daté et inclure la date d'intervention, l'identité de l'opéré (nom, prénom, date de naissance, voire n° d'identification), ainsi que celle du médecin ayant réalisé l'intervention.
- Sur la forme, c'est un document médico-légal opposable pouvant être consulté par tout médecin, et par l'opéré lui-même, il peut aussi être saisi par la justice à toutes fins utiles. C'est aussi un document médico- technique au sein duquel tous les événements importants de l'intervention doivent être rapportés de façon précise et exhaustive. A ce titre, il doit pouvoir être analysé par tout médecin non spécialiste, en particulier par le médecin traitant.
- Il est important que le CRO soit informatif et détaillé. Il ne doit pas se contenter d'approximations et éviter absolument toute rédaction standard et lapidaire. Il doit être descriptif, synthétique et objectif. Il doit aussi être précis et concis suivant en cela les règles de rédaction d'une publication scientifique. Les phrases sont simples et courtes. Les verbes sont conjugués au présent. Il énumère des faits et le rédacteur doit éviter le moindre état d'âme (éviter les verbes déplorer, se féliciter, s'étonner, être déçu et tout adverbe relatant la subjectivité comme heureusement, malheureusement, malencontreusement). Il est recommandé d'utiliser le style télégraphique pour énumérer les différents éléments observés, résumés ou épargnés avec des séparations par des points virgule ou tirets avec retours à la ligne.
- La standardisation des CRO facilite la rédaction car elle guide le rédacteur sous forme de plan qui inclut en règle 3 à 4 temps :
 - o installation et voie d'abord
 - o constatations, exérèse, prélèvements
 - o reconstruction si il y en a une
 - o fermeture.
- Sur le fond, il est primordial de décrire tous les événements survenus lors de l'intervention et de ne surtout pas occulter les difficultés rencontrées ainsi que les techniques employées pour leur prise en charge.
- Le titre doit être court mais suffisamment informatif pour préciser la ou les interventions successives. Ce peut être un seul mot ou une à deux lignes mais il ne doit pas dépasser 2 lignes. Doivent être obligatoirement adjoints au début du CRO l'identité de l'opéré (nom, prénom, date de naissance, n° d'identification si connu) ainsi que l'identité du médecin ayant la responsabilité de l'acte. Il s'agit du médecin réalisant toute l'intervention ou qui la supervise. Ce médecin doit être l'interlocuteur du patient et s'être présenté à l'opéré avant l'acte opératoire. Les autres personnes participantes doivent être nommées comme chirurgien en second, aide opératoire, instrumentiste. Si l'intervention est réalisée à 2 équipes, il faut nommer la seconde équipe et décrire en une phrase minimum le ou les gestes que cette équipe réalise. Le nom du médecin anesthésiste doit être mentionné également. Le nom de l'infirmier (ère) anesthésiste n'est pas obligatoire.
- Un rappel de l'indication, du contexte dans lequel est décidé l'intervention (éléments pathologiques, symptomatologie, degré d'urgence) sont souvent très utiles bien que non obligatoires.
- L'installation doit être d'autant plus notée qu'elle est différente de l'installation habituelle au type d'intervention. Le mode de ventilation doit être mentionné
- Il n'est pas obligatoire de préciser l'équipement de l'opéré (sonde à demeure, sonde nasogastrique).
- Les produits injectés doivent être décrits quand ils le sont par un membre de l'équipe

chirurgicale (geste effectué sous anesthésie locale exclusive ou en complément de l'anesthésie générale). De même, les produits utilisés pour l'asepsie doivent être notés.

- Le lieu, l'heure de début et de fin de l'acte opératoire doivent être détaillés.

Le CRO est rédigé selon le plan énoncé plus haut sous forme de 3 ou 4 chapitres.

- 1°) La position de l'opéré et la voie d'abord sont énoncées mais ne sont détaillées que si elle diffèrent de l'intervention princeps. Si l'incision est particulière répondant à des critères spécifiques, elle est détaillée et explicitée (résection de cicatrice, extension d'incision).

- 2°) Constatations opératoires et exérèse chirurgicale.

Sont décrits les éléments pathologiques en terme de localisation, de forme, de taille mesurée en centimètre, de consistance en détaillant le nombre de lésions. La présence de liquide et son aspect sont précisés. Les éléments normaux et sains doivent être décrits sinon l'absence de description sera interprétée comme l'absence d'exploration.

Les gestes effectués doivent être énumérés de préférence en style télégraphique simple sans phrase et sans adverbe.

Toute partie d'organe enlevée doit être citée et les parties épargnées précisées. Ce paragraphe est important pour les suites opératoires, en particulier concernant la rééducation orthophonique et de kinésithérapie.

Toutes les difficultés rencontrées lors de l'intervention doivent être relatées surtout si le ou les gestes chirurgicaux ont été en conséquence incomplets ou difficiles. Ce peut être une difficulté d'exposition liée à l'installation et à l'anatomie particulière de l'opéré. Ainsi un défaut d'extension du cou, une limitation d'ouverture buccale, une cavité nasale étroite, une déviation de la cloison nasale. Une hémorragie peropératoire peuvent gêner la vision et le contrôle du geste et faire renoncer à réaliser la totalité des gestes chirurgicaux. Des lésions inflammatoires, des adhérences cicatricielles, un trajet nerveux ou vasculaire anormal doivent dans ce cas être détaillés. Les gestes entrepris pour surmonter ces difficultés doivent alors être précisés ainsi que les moyens mis en œuvre (tamponnement, application d'éponge hémostatique, protège dent, neurostimulation, navigation assistée par ordinateur).

Les différents prélèvements bactériologiques, parasitologiques, histologiques effectués sont énumérés en précisant le site et l'aspect des lésions liquidiennes ou tissulaires envoyées. Les conditions d'acheminement du prélèvement peuvent être indiquées. S'il s'agit d'une analyse anatomopathologique extemporanée, le nom du médecin anatomopathologiste, les différents sites de prélèvement et le résultat par site doivent être informés.

Tout incident peropératoire ou lésion d'un organe non prévus doivent être alertés et précisément notés en expliquant les difficultés anatomiques ou pathologiques rencontrées (lésion nerveuse ou vasculaire en particulier, perforation d'organe, brèche méningée). En cas de réparation, ses modalités doivent être détaillées.

- 3°) Reconstruction

Ce chapitre est optionnel et ne détaille que les éléments utilisés pour la reconstruction : site de prélèvement, fermeture du site de prélèvement, type de reconstruction (greffes, lambeaux) et modalités de vascularisation des tissus utilisés.

Si la reconstruction est effectuée par un autre chirurgien ou une autre équipe chirurgicale, il faut simplement mentionner en une ou 2 phrases le type de reconstruction et le nom du chirurgien.

En cas de réparation prothétique, le type de prothèse (marque, modèle, taille et forme de matériau), son lieu d'implantation et éventuellement la vérification de son fonctionnement sont détaillés, la fermeture d'une brèche méningée, doivent être détaillées (technique, types de fils, plastie locale)

- 4°) Fermeture

Il s'agit du dernier temps opératoire. Il faut mentionner la vérification du site opératoire (compte de compresses, absence de saignement) toilette hémostatique.

Le type et le nombre de drains ou de lames doivent être rapportés. En cas de méchage, il faut

préciser le nombre, la localisation et le type de mèches laissées en place.

La fermeture de l'incision est citée par plan en précisant les fils utilisés.

Il est utile de donner les consignes de soins postopératoires : type de pansement, date d'ablation des drains, type et durée de l'antibiothérapie, date de déméchage

- 5°) Validation et signature

La loi impose que le compte rendu opératoire soit signé par l'opérateur. Seul le chirurgien responsable de l'intervention est habilité à valider le CRO et le signer. Le document doit être signé le plus précocément possible après l'intervention. La relecture du document avant signature est obligatoire car la validation ainsi signifiée est un acte de valeur médico-légale, le CRO ne pouvant plus être modifié.

Le délai de rédaction et de validation doit être très court. Le jour même est recommandé. En effet un délai long peut modifier la nature et la validité du CRO. La signature informatique est admise et validée.

Bibliographie

- 1. Letard JC, Delvaux M, Gay G, Arpurt J-P, Boustiere C, Boyer J et al. Le compte rendu endoscopique. Recommandations de la Société française d'endoscopie digestive. Janvier 2004.
- 2. Pouliquen X. La rédaction du compte rendu opératoire. Une technique comme une autre. J Chir 2007;44:460-2.
- 3. [http://prevention.sham.fr/Prevention/Accueil/Risques-medicaux/Le-cas-commente-du-mois/Un-compte-rendu-operatoire-incomplet/\(chapitre\)/4/\(subpage\)/1](http://prevention.sham.fr/Prevention/Accueil/Risques-medicaux/Le-cas-commente-du-mois/Un-compte-rendu-operatoire-incomplet/(chapitre)/4/(subpage)/1)

12. QUESTION : QUELLES SONT LES SPECIFICITES DU COMPTE RENDU OPERATOIRE EN CANCEROLOGIE ?

Réponse :

Le compte-rendu opératoire constitue un des éléments essentiels du dossier cancérologique. Son étude attentive permet de juger de la qualité de l'acte opératoire. Il doit expliciter les difficultés rencontrées et la durée de l'intervention. Rédigé rapidement, dès la sortie de la salle d'opération, il doit comporter :

Une description détaillée des lésions observées

- o taille de la tumeur primitive,
- o localisation précise,
- o atteinte des structures voisines,
- o adhérences aux organes proches,
- o taille et localisation des ganglions pathologiques,

Une description des gestes chirurgicaux réalisés

- o comprenant les gestes réalisés,
- o mais aussi ceux qui n'ont pu l'être pour des raisons techniques ou non,
- o la localisation d'éventuels clips sur les résidus,
- o une description détaillée des éléments tumoraux laissés en place,
- o une description précise des pièces opératoires recueillies,
- o la description détaillée d'un éventuel recueil pour la biologie moléculaire.
- o Une description des lésions laissées éventuellement en place
- o Affirmation de l'exérèse complète,
- o Affirmation du caractère cancérologique de l'exérèse,
- o Description du caractère tangent de certaines exérèses,
- o Localisation et description des lésions laissées en place,

Préparation de l'étude anatomopathologique

- o Recueil dans des bocaliers séparés des différentes pièces opératoires,
- o Pièces bien orientées,
- o Pièces non fragmentées par une exploration postopératoire immédiate, inutile voire nuisible,
- o Pièces opératoires immergées dans le formol si délai de transmission important,
- o Prélèvements spéciaux pour la biologie moléculaire (transmission immédiate)

- Prélèvements spéciaux pour la culture cellulaire (liquides de culture spécifiques).

Une telle préparation permet à l'anatomopathologiste d'effectuer un examen de qualité pour répondre à la question des limites chirurgicales et à la complétude de l'exérèse, mais aussi pour lui permettre d'effectuer toutes les autres colorations et analyses nécessaires à une bonne classification. Des fiches spécifiques ont été élaborées, dans le cadre du plan cancer, avec l'INCa, permettant aux différents spécialistes d'être exhaustifs dans leur description et de bien se comprendre pour mieux traiter les malades.

Une bonne conservation permet également aux biologistes de faire progresser l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire dans la connaissance de la maladie de chaque patient.

Bibliographie

http://www.oncoprof.net/Generale2000/g07_Chirurgie/g07_ch03.php

13. QUESTION : SIGNALEMENT DES EVENEMENTS INDESIRABLES : POUR QUOI FAIRE ET A QUI ?

Réponse

Les événements indésirables sont des situations qui s'écartent de procédures ou de résultats escomptés dans une situation habituelle et qui sont ou qui seraient potentiellement sources de dommages.

Les événements porteurs de risque (EPR) sont des événements indésirables qui n'ont pas causé de dommage grave au patient.

Plusieurs systèmes de déclaration nationaux coexistent en France. Certains sont obligatoires. D'après l'article L.1413-14 du code de la santé publique, tout professionnel ou établissement de santé ayant constaté une infection nosocomiale ou tout autre événement indésirable grave (EIG) lié à des soins réalisés lors d'investigations, de traitements ou d'actions de prévention doit en faire la déclaration à l'autorité administrative compétente.

La déclaration d'EIG sentinelles se fait par un Extranet sécurisé, avec un classement en trois niveaux de gravité: niveau 1 décès ou mise en jeu du pronostic vital ; niveau 2 hospitalisation en réanimation, réintervention non programmée; niveau 3 séquelle ou préjudice psychologique, esthétique ou fonctionnel. Seuls les niveaux 1 et 2 sont déclarés. La liste d'EIG sentinelles «à déclarer» comporte des EIG «généraux», par exemple décès anticipé ou perte permanente d'une fonction ne résultant ni de l'évolution naturelle de la maladie, ni du terrain du patient, erreur de patient, de procédure ou de site opératoire ou de côté ; et des EIG « spécifiques » de certaines spécialités proposés par les Sociétés savantes.

En pratique, il est recommandé au professionnel de santé de signaler tout événement indésirable à l'instance médicale de gestion des risques, ou cellule équivalente chargée de la qualité et de la sécurité des soins. Cette instance transmet le cas échéant la déclaration à l'autorité compétente et organise les actions d'amélioration au sein de l'établissement de santé. Restent à définir les règles d'anonymisation et de confidentialité, en fonction de la gravité des conséquences pour le patient; elles sont garanties par exemple dans le dispositif d'accréditation. Enfin, la transparence est de mise envers le patient qui doit être le premier informé.

Bibliographie

<http://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/signalement-sante-gouv-fr/article/pourquoi-signaler-un-evenement-sanitaire-indesirable>

14. QUESTION : DECRIRE LE PRINCIPE DE L'ANNONCE D'UN DOMMAGE ASSOCIE AUX SOINS ; CONNAITRE LA PROCEDURE RECOMMANDEE.

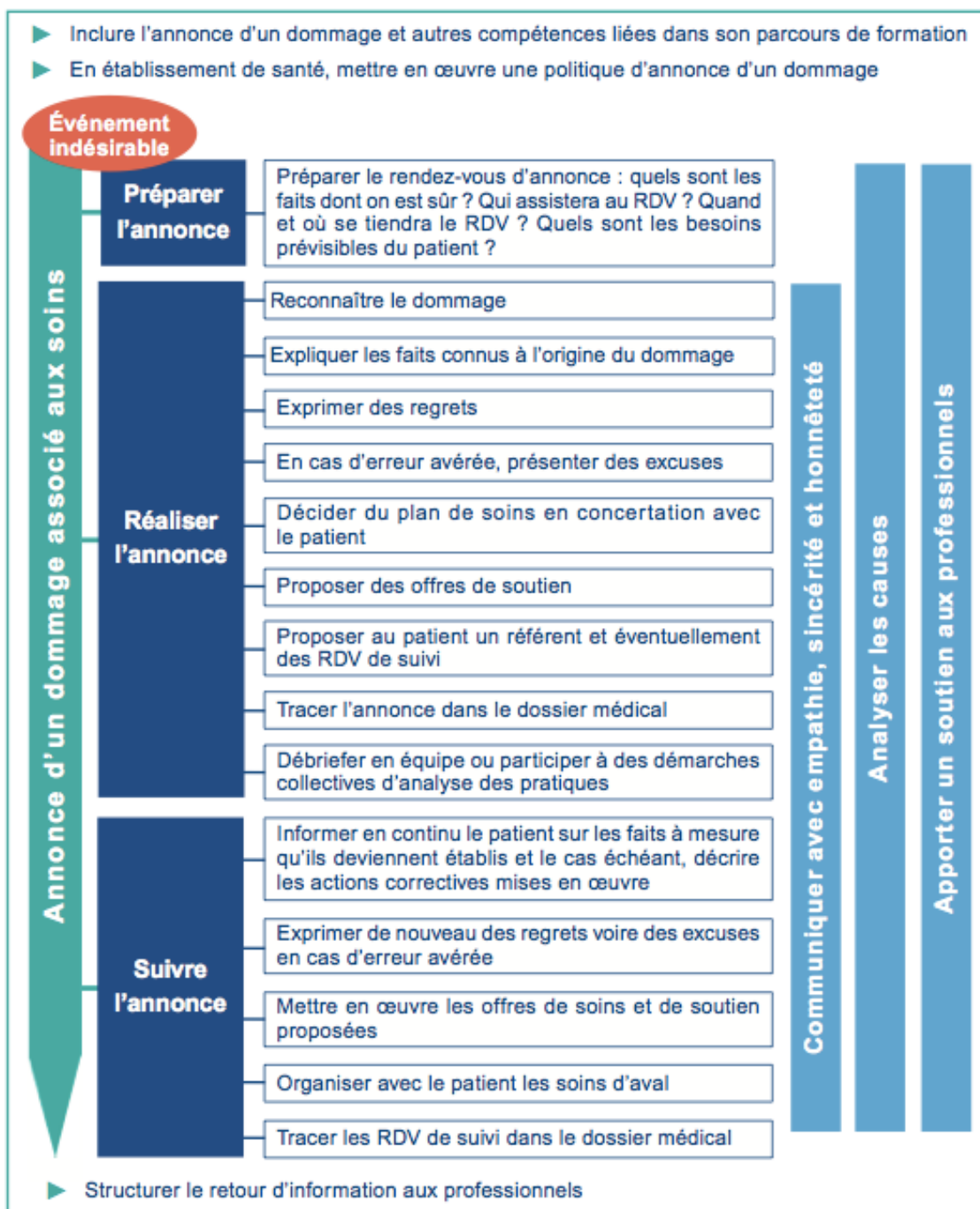
Réponse :

Un dommage est la conséquence d'un événement indésirable, qui peut avoir des répercussions physiques, psychologiques, voire sociales et matérielles. Annoncer un dommage consiste donc à prendre en considération le patient et à reconnaître sa souffrance, ce qui contribue à le soulager, à l'apaiser, et par voie de conséquence, à apaiser une relation soignant-patient parfois mise à mal.

Cette annonce correspond à une obligation éthique et légale.

Lorsqu'un patient a subi un dommage associé aux soins, il revient aux professionnels de l'informer au plus vite, de préférence dans les 24 heures, sans excéder 15 jours après sa détection ou la demande expresse du patient (en application de l'article L. 1142-4 du Code de la santé publique).

Le schéma suivant publié par la HAS présente les trois étapes de l'annonce.



Le tableau suivant publié par la HAS énonce les dix repères indispensables lors de l'annonce d'un dommage associé aux soins.

Acquérir/perfectionner des connaissances et compétences en communication
<ul style="list-style-type: none"> • Être formé à l'annonce d'un dommage (formation initiale et continue) • Participer à des démarches collectives d'amélioration des pratiques professionnelles • Apprendre à gérer ses émotions ainsi que celles du patient
Communiquer de manière respectueuse, claire, sincère et transparente avec le patient
<ul style="list-style-type: none"> • Informer le patient en continu • Éviter le « jargon » médical, être vigilant à son langage corporel • Écouter le patient, lui permettre d'exprimer ses émotions et de poser des questions
Communiquer sur des faits connus et sûrs
<ul style="list-style-type: none"> • Ancrer sa communication dans l'exactitude des faits, sans se culpabiliser
Reconnaître le dommage
<ul style="list-style-type: none"> • Informer le patient qu'il a subi un événement non souhaité • Ne pas nier le dommage ni culpabiliser le patient
Exprimer des regrets voire des excuses
<ul style="list-style-type: none"> • « Nous sommes désolés de ce qui vous arrive » résume par exemple l'empathie des professionnels face au dommage subi par le patient. En cas d'erreur avérée, les regrets doivent être accompagnés d'excuses ; excuses qui ne doivent ni jeter le blâme sur soi-même ou un tiers ni signifier la reconnaissance d'une responsabilité médico-légale
Répondre aux besoins du patient
<ul style="list-style-type: none"> • Prodiguer les soins adéquats pour atténuer les conséquences de l'événement • Organiser la continuité des soins • Proposer, en sus du soutien médical, un soutien psychologique, social ou spirituel selon le cas • Anticiper des besoins spécifiques, tels que la présence d'un interprète
Prendre en compte l'entourage du patient
<ul style="list-style-type: none"> • Avec l'accord explicite du patient, associer ses proches à l'annonce du dommage
Respecter la confidentialité
<ul style="list-style-type: none"> • Respecter le droit à la confidentialité et à l'intimité du patient • Organiser tous les échanges dans un lieu adapté, calme et confortable
Respecter l'individualité du patient
<ul style="list-style-type: none"> • Considérer la gravité du dommage selon le point de vue du patient • Ajuster la démarche d'annonce au cas par cas
Répondre aux besoins des professionnels
<ul style="list-style-type: none"> • En établissement de santé, organiser un circuit de soutien pour les professionnels • En ville, rechercher un soutien extérieur, ou auprès de ses pairs, pour ne pas être isolé le moment venu

Bibliographie

https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_953138/fr/annonce-d-un-dommage-associe-aux-soins

<http://web5.unilim.fr/colneuro-test/videos/JNE2016/JNE2016-vendredi-08.html>

3. METHODOLOGIE DE LECTURE ET DE REDACTION

1. QUESTION : DECRIRE BRIEVEMENT LA STRUCTURE D'UN ARTICLE ORIGINAL ET LES OBJECTIFS DE CHAQUE CHAPITRE

Réponse

- respecter scrupuleusement les instructions aux auteurs, les phrases doivent être courtes et claires
- page de titre : le titre doit être clair et bref sans abréviation, le mot le plus important doit être en premier. Il peut exister un sens si le titre est trop long.

- résumé : il doit respecter impérativement le nombre de mots autorisés ; le résumé doit être structuré. Souvent, matériel et méthode, résultats, discussion, plus ou moins conclusion (250 mots).
- l'introduction répond à la question : pourquoi le travail a été réalisé, et décrit l'objectif et les buts du travail. Elle fournit au lecteur les connaissances actuelles suffisantes sur le sujet pour suivre l'article. Chaque affirmation doit être référencée. Il faut employer le temps passé
- matériel et méthodes : ce chapitre décrit comment le travail a été réalisé ; il faut employer le temps passé ; la méthodologie statistique doit être explicitée
- résultats : ils sont exposés sans aucun commentaire
- discussion : il s'agit de l'interprétation des résultats, de la critique de la méthodologie, des limites de l'étude et la comparaison avec les données de la littérature. Chaque affirmation doit être référencée + Conclusion.
- Auteurs : personnes ayant participé de manière active à la conception du travail de recherche ; 6 au maximum (règle hiérarchique : initiateur et concepteur en dernier)
- Mots clés.
- références : toutes les références doivent être appelées dans le texte, le manuscrit doit être rédigé selon les règles de la « National Library of Medicine » et les normes de Vancouver, les références doivent être impérativement complètes et exactes
- tableaux et figures doivent être appelés dans le texte et comporter titre et légendes

Bibliographie :

HUGUIER M. MAISONNEUVE H. La rédaction médicale, de la thèse à l'article original
 La communication orale - Ed DOIN - PARIS 1992
 LACCOURREYE O. MANACH Y. BRASNU D. Comment rédiger un article scientifique et où le publier Ann. Otolaryngol Chir Cervico-Fac 1993 ; 110 : 423-428

2. EVOLUTION DES PRATIQUES ET RECHERCHE

1. QUESTION : CONNAITRE LES GRANDS PRINCIPES DE L'INVESTIGATION CHEZ L'HOMME ET LES DEMARCHES PRATIQUES QUE SA MISE EN ŒUVRE IMPOSE. PRÉCISER LES ACTEURS ET LES ACTIONS NECESSAIRES A LA MISE EN ŒUVRE DE TOUT PROTOCOLE DE RECHERCHE.

Réponse :

Connaître dans le cadre de la loi

- les actes
- les personnes se prêtant à la recherche
- les acteurs de la recherche
- les lieux de la recherche
- l'information aux personnes et le consentement
- Le comité de protection des personnes.
- la lettre d'intention
- l'assurance responsabilité civile

Auteurs : Promoteur (propose + finance)
 Investigateur (pratique actes de recherche)
 Sujet (consentement libre et éclairé)
 CPP (avis consultatif transmis aux autorités sanitaires)
 Autorités sanitaires (ANSM) = décision autorise ou non l'essai

Méthodologie

Phase préclinique

Phases cliniques : I- Tolérance (dose maximale effets indésirables) Pharmacocinétique

II- Effet thérapeutique (indication)

Pharmacodynamique (dose optimale) Effets indésirables

III- Essai clinique
Confirme résultat analyse sur grande population Essais randomisés
Contrôlés (Placebo, traitement de référence)
Double aveugle

IV - Pharmacovigilance
Pharmaco-épidémiologie (recensement effets indésirables) après commercialisation

Bibliographie :

http://www.chiva-chpo.fr/images/6-formation-recherche/formation-initiale-ifsifas/Guide_Bonnes_Pratiques_de_Recherche_Clinique_CHIVA_CHPO_.pdf

2. QUESTION : COMMENT SONT ELABOREES LES RECOMMANDATIONS ET REFERENCES PROFESSIONNELLES

Réponse :

Les recommandations professionnelles sont définies comme des propositions développées selon une méthode explicite pour aider le professionnel de santé et le patient à rechercher les soins les plus appropriés dans des circonstances cliniques données

Les Méthodes :

1. les conférences de consensus : Cette méthode repose sur une analyse bibliographique et une présentation publique de rapports d'experts faisant la synthèse des dernières connaissances acquises au terme de laquelle un jury multidisciplinaire et multiprofessionnel arrête les points d'accord et de divergence de la communauté scientifique. De ce consensus sont tirées les recommandations utiles aux professionnels
2. les recommandations pour la pratique clinique : Cette méthode repose sur la sélection, la synthèse et l'analyse objectives d'une littérature abondante par un groupe de travail multidisciplinaire et multiprofessionnel, chargé d'élaborer les recommandations au terme d'une prise en compte de l'avis d'experts. Cette démarche nécessite une excellente connaissance des méthodes de synthèse de l'information et l'intégration de données d'origines diverses. En réponse à la demande des partenaires conventionnels, l'HAS élabore, en utilisant la méthode RPC des références médicales. Ce travail se fait en amont et est à l'origine des références médicales opposables RMO. L'HAS poursuit cette activité ainsi que l'élaboration de référentiels concernant le suivi des affections longue durée
3. les recommandations professionnelles non médicales. L'HAS a développé une méthode comportant littérature scientifique, documents professionnels et pratique professionnelle. Cette démarche correspond à un besoin exprimé par des professionnels de santé tels que chirurgiens dentiste, masseurs kinésithérapeutes infirmières, orthophonistes qui s'engagent dans l'élaboration de référentiels professionnels concernant les pratiques de soins dans l'optique de rationaliser et d'améliorer la qualité de leurs pratiques.
4. les enquêtes de pratiques : elles permettent de connaître les pratiques professionnelles, d'orienter le choix des questions à aborder au cours de l'élaboration des recommandations et d'apprécier l'évaluation des pratiques sous l'influence notamment des recommandations. L'HAS incite les professionnels à s'approprier de manière opérationnelle les enquêtes de pratiques

Bibliographie :

http://www.orthorisq.fr/rc/fr/orthorisq/htm/Article/2012/20121201-160051-097/src/htm_fullText/fr/J_C_LUCET.pdf

3. QUESTION : QUELLES SONT LES MISSIONS DU CPP : ASSURER A TOUT PROJET DE RECHERCHE BIOMEDICALE SUR ETRE HUMAIN EN FRANCE, RESPECTER DIVERSES MESURES (MEDICALE, ETHIQUE ET JURIDIQUE) VISANT A PROTEGER LES PERSONNES PARTICIPANT A CETTE RECHERCHE.

Réponse

Les CCP sont chargés de donner leur accord sur une demande émanant d'un promoteur concernant des essais et expérimentations organisés et pratiqués sur l'être humain en vue du développement des connaissances biologiques et médicales. En bref, tout projet de recherche biomédicale doit avoir l'avis favorable d'un CCP. Celui-ci rend un avis à partir d'un dossier qui comporte en particulier les éléments suivants :

- rationnel scientifique
- méthodologie décrite et résultats attendus
- critères d'inclusion et d'exclusion des personnes susceptibles de participer à l'étude
- promoteur identifié (e.g. CNRS, INSERM, Hôpital, Laboratoire Pharmaceutique industriel..)
- investigateur principal
- attestation d'assurance
- formulaires d'informations et de consentement éclairé

Le CPP doit être saisi obligatoirement avant tout projet de recherche :

- Avis favorable ou défavorable
- Conforme, c'est à dire qu'il n'est pas uniquement consultatif mais qu'un avis favorable est OBLIGATOIRE (faire appel est possible)
- Les CPP ont été créés par la loi 09/08/04 et se substituant aux CCPPRB mis en place par la loi Huriet- Sérusclat de 1988.

=> Conditions nécessaires à la recherche :

- Connaissances médicales
- Personnes compétentes (méthodologie + formation)
- Prendre toutes les mesures de protection des personnes
- Avoir accompli toutes les obligations légales et réglementaires nécessaires.
- Le sujet : Informé, volontaire et consentement écrit.

Bibliographie:

<https://www.auvergne-rhone-alpes.ars.sante.fr/le-comite-de-protection-des-personnes-cpp>

3. LES RAPPORTS AVEC L'INDUSTRIE : GESTION DES LIENS D'INTERETS

<http://www.leem.org/article/comment-est-organisee-transparence-des-liens-d-interet-entre-les-industriels-du-medicament-1>

<https://www.transparence.sante.gouv.fr/flow/main;jsessionid=4D44C984F0DC2D5B7DF4154E62170326.sunshine-public?execution=e1s1>

Compétences transversales

LES COMPETENCES GENERIQUES

Les compétences dont l'acquisition est nécessaire sont celles de :

A) Clinicien :

L'étudiant utilise son savoir médical et ses habiletés pour analyser, à partir du contexte de soins et de la plainte du patient, une situation clinique et pour dispenser des soins dans une approche centrée sur les patients. Il :

- démontre sa capacité d'explorer les antécédents du patient et de les consigner de façon exacte, concise et organisée dans divers contextes cliniques ;
- réalise l'examen somatique adapté à la situation clinique et au projet de soins de patients de tout âge, et les principaux gestes techniques associés ;
- démontre sa capacité à mener un raisonnement hypothético-déductif en mobilisant ses connaissances des processus anatomo-physio-pathologiques ;
- développe les procédures diagnostiques des pathologies et urgences les plus fréquentes et sait amorcer le traitement approprié ;
- tient compte dans sa démarche décisionnelle des souhaits, des représentations et des compréhensions du patient et de son environnement éthique et culturel ;
- repère, dans une optique de prévention, les personnes exposées à des problèmes de santé courants qui mettent leur santé ou leur vie en danger ;
- développe une capacité d'observation globale de la situation ;
- est en mesure de présenter oralement de manière claire et concise sa démarche clinique auprès de l'ensemble de ses interlocuteurs.

B) Communicateur :

Echangeant de façon dynamique avec le patient et son entourage, collaborant avec les différents professionnels du système de santé, l'étudiant a conscience des enjeux de la relation et de la communication verbale et non verbale sur la qualité des soins. Il

- établit une communication axée sur le patient, par le biais de la prise de décisions partagées et d'interactions efficaces fondées sur l'éthique et l'empathie ;
- obtient les renseignements pertinents et les points de vue du patient, de son entourage, des collègues et des soignants, et sait en faire la synthèse ;
- apprend à gérer son stress et celui des autres acteurs ;
- discerne quelle information doit être délivrée au patient, à son entourage, aux collègues et aux soignants, de manière claire, loyale et appropriée à leur niveau de compréhension et à leur culture, en s'appuyant sur les recommandations de bonne pratique ;
- s'appuie sur les nouvelles technologies de l'information.

C) Coopérateur, membre d'une équipe soignante pluriprofessionnelle:

L'étudiant travaille en partenariat avec d'autres intervenants qui participent de manière appropriée au soin du patient. Il

- connaît les rôles, les compétences et les responsabilités de tous les membres de l'équipe soignante et en tient compte dans la pratique ;
- participe avec application aux activités d'une équipe interprofessionnelle ainsi qu'aux prises de décisions ;
- démontre sa capacité à faire appel aux ressources du système de santé ;
- participe, avec les différents acteurs de santé, à l'éducation thérapeutique du patient et de son entourage ;
- participe à l'acquisition des savoirs par les plus jeunes au sein de l'équipe soignante pluriprofessionnelle.

D) Acteur de santé publique

L'étudiant participe à la vie des structures de soins et à la bonne gestion des ressources. Il contribue à l'efficacité et à l'efficience du système de soins pour améliorer l'état de santé global des patients et des populations. Il

- utilise le système de santé aux échelons local, régional et national et connaît les principaux systèmes de santé dans le monde ;
- intègre autant que possible les besoins individuels et collectifs à son exercice ;
- tient compte des déterminants de la santé et de la maladie, y compris les aspects physiques, psychosociaux, culturels et spirituels, dans sa démarche clinique ;
- promeut la santé, la prévention et le dépistage des maladies ;
- participe à l'élaboration d'un parcours de soins adapté à la situation du patient.

E) Réflexif

L'étudiant doit développer tout au long de son parcours d'apprentissage sa capacité d'autoévaluation et celle de se poser des questions pertinentes en situation réelle de soins et de prévention, en tenant compte du contexte clinique, institutionnel, légal et sociétal. Il doit démontrer sa capacité à se remettre en question et à argumenter ses décisions. Il

- est capable d'établir des priorités dans ses activités et de les justifier ;
- prend conscience de ses limites personnelles et matérielles et tend à les repousser ;
- est capable de solliciter autrui si nécessaire
- est dans une démarche constante d'auto-évaluation de ses pratiques dans le but de les améliorer ;
- intègre, en tant que futur professionnel, les notions d'erreur médicale et de sécurité du patient.

F) Scientifique

L'étudiant comprend que pendant toute sa vie professionnelle il devra remettre en question et chercher à réactualiser ses connaissances afin de garantir son domaine d'expertise. Il comprend l'intérêt de la démarche scientifique pour élaborer de nouveaux savoirs. Il

- situe la place de la recherche dans l'apport des connaissances nouvelles et dans l'évolution de la pratique professionnelle ;
- démontre sa connaissance des différents aspects de la recherche biomédicale ;
- explique les différents niveaux de preuve et les limites de ses connaissances scientifiques ;
- accède aux informations (gestion internet et anglais médical) et sait les évaluer de manière critique ;
- démontre sa capacité d'acquérir des concepts relatifs à la médecine factuelle et à les utiliser dans diverses situations cliniques ;
- participe à la formulation d'une problématique de recherche face à une situation non résolue et envisage les pistes susceptibles de résoudre cette problématique.

G) Responsable aux plans éthique et déontologique.

L'étudiant a une attitude guidée par l'éthique, le code de déontologie et adopte un comportement responsable, approprié, intègre, altruiste visant au bien-être personnel et à la promotion du bien public se préparant ainsi au professionnalisme. Il

- connaît et respecte les principes de la déontologie médicale ;
- respecte la confidentialité des patients et fait preuve de sensibilité et de respect par rapport aux droits, aux opinions et à la diversité des patients ;
- prend en compte et agit en faveur d'une plus grande sécurité des soins au patient ;
- connaît le cadre médico-légal qui régit la pratique médicale, notamment en matière de dignité de la personne, des problématiques de fin de vie, de consentement éclairé aux soins et de respect des éléments et produits du corps humains ;
- est sensibilisé à l'éthique de la santé et de la recherche en matière de divulgation, conflits d'intérêts, protection des personnes et relation avec l'industrie ;
- est responsable de ses interventions auprès des patients.

