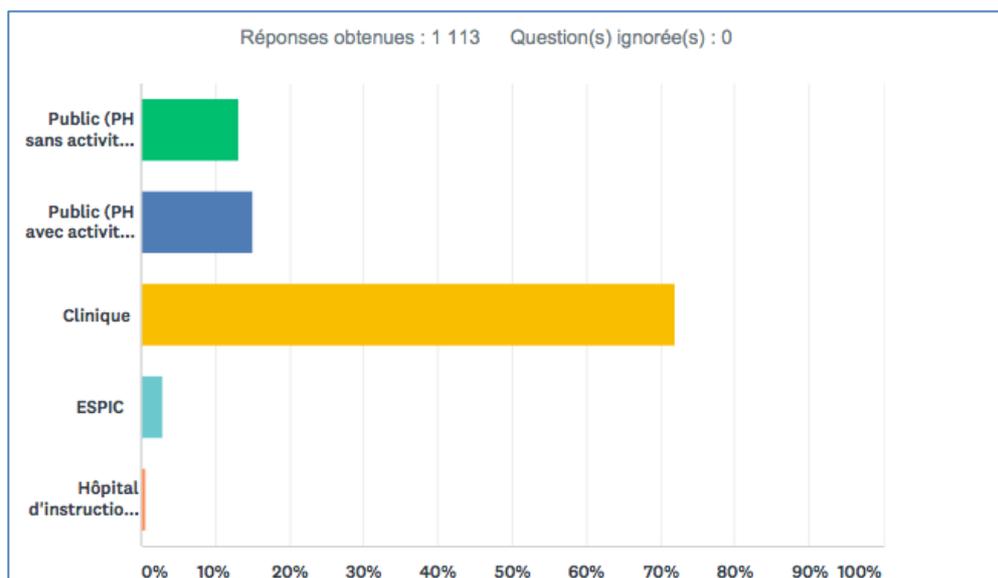


Devant de plus en plus de doléances des chirurgiens quant à la prise en charge anesthésique (pré-per et post-opératoire) de leurs patients, et devant la tendance jurisprudentielle de coresponsabilités, le SNCO a souhaité faire un « état des lieux » du ressenti chirurgical au travers d'une enquête.

Un questionnaire « internet » (*SurveyMonkey*) a été adressé fin 2017 à tous les orthopédistes français, des secteurs public et libéral. Soit près de 3000 questionnaires (2836). Avec un excellent taux de retour : 1158, soit 41% de répondants, ce qui reflète la préoccupation certaine de nos membres.

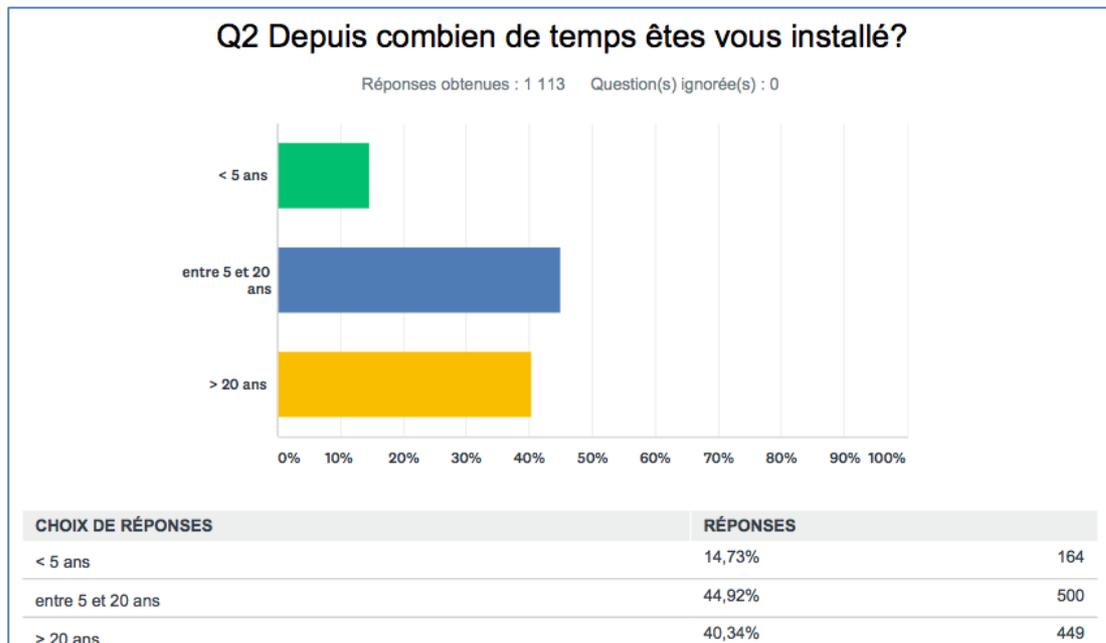
Lieu d'exercice et âge :

Le secteur privé (clinique) est sur-représenté (72%, pour 50% des chirurgiens Orthopédistes exerçant en clinique, chiffres 2016). Le secteur public ne représente que 28% des répondants, à part égale entre ceux ayant ou non un secteur privé à l'hôpital.

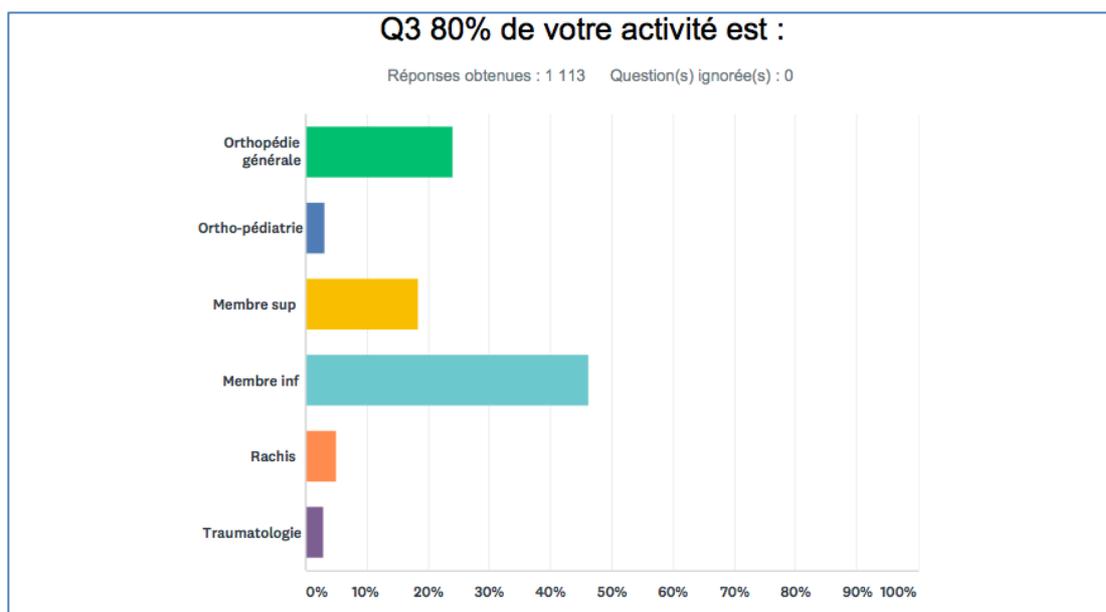


Caractéristiques des chirurgiens répondants :

La tranche d'âge des répondants reflète parfaitement celle des chirurgiens en exercice :



Le type d'activité orthopédique est là aussi représentatif de celui de la population chirurgicale en exercice :

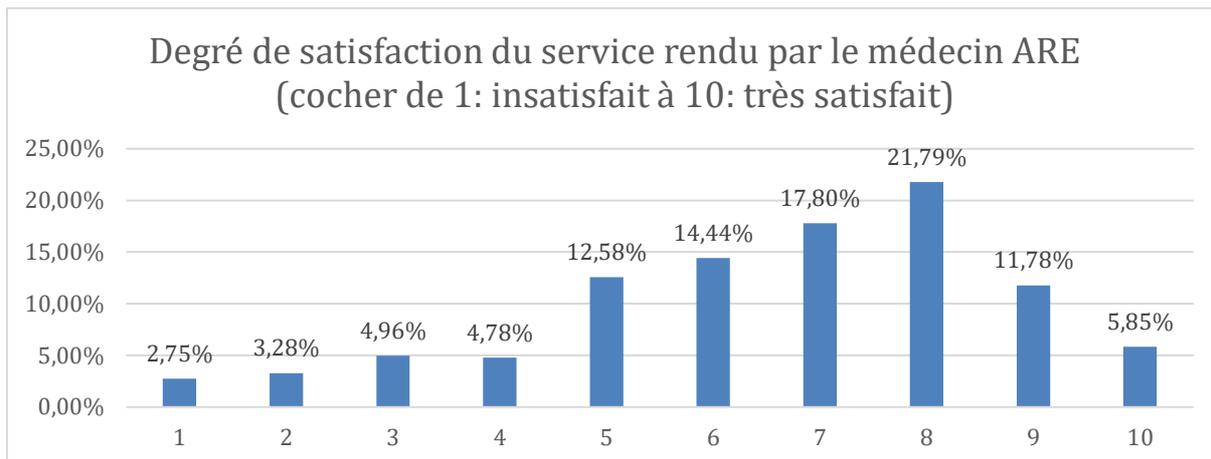


L'équipe MARE (médecin anesthésiste réanimateur)/Chirurgien est exclusivement ortho-traumatologique dans moins de 40% des cas ; plus de 60% sont donc des anesthésistes partagés avec d'autres activités chirurgicales.

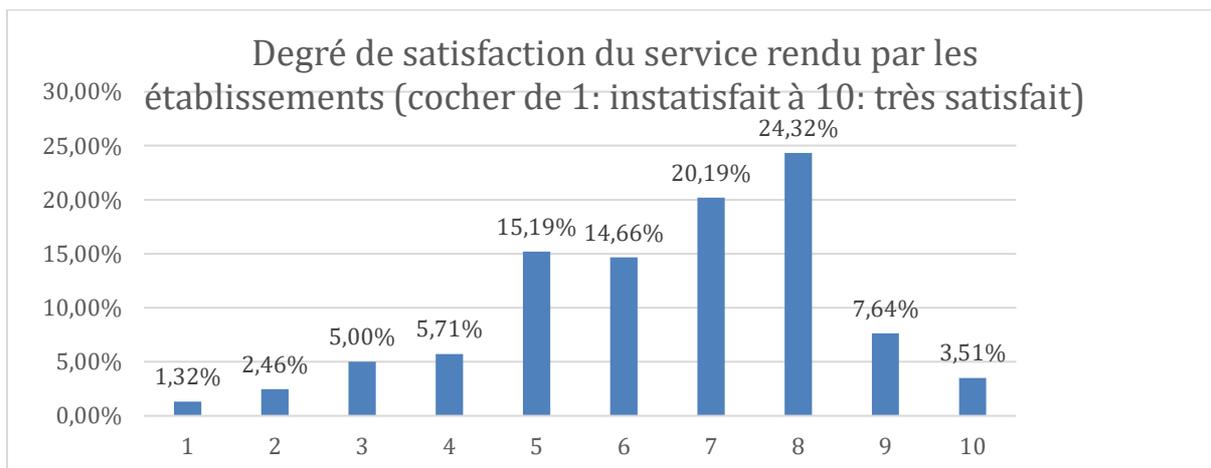
Cependant, le bloc est dédié à l'orthopédie dans 56% des cas.

L'anesthésiste qui voit le patient en consultation de pré-anesthésie n'est que dans 22% des cas celui qui prendra en charge ledit patient.

Le degré de satisfaction, donnée de plus en plus utilisée par les tutelles envers les « services aux usagers », est variable mais globalement « satisfaisant »; les « insatisfaits » seraient-ils plus bruyants que la majorité, plus silencieuse?...



Le degré de satisfaction semble corrélé au degré de satisfaction envers l'établissement qui est, lui, déclaré comme très satisfaisant au vu de cette enquête déclarative ; la situation contractuelle et « l'insatisfaction » de certains chirurgiens semblent pour autant bien réelles et l'inquiétude justifiée (même si cette enquête est plus basée sur un sentiment rétrospectif que sur les difficultés pressenties par nombre de chirurgiens, particulièrement hospitaliers et libéraux dans les « grands groupes de Cliniques »...).



Les commentaires, sans valeur statistique, sont cependant fort intéressants, et au nombre de 555 sur 786 réponses. Ainsi, certains des plus négatifs :

-Equipe anesthésique peu soudée et peu investie dans la gestion du post-opératoire.
Etablissement réalisant des coupes budgétaires et des réorganisations à but mercantile sans tenir compte de l'avis des professionnels médicaux et paramédicaux (notamment en raison de la baisse de 2% des GHS). On peut noter une dégradation des conditions de travail progressives d'année en année et notamment de la qualité de travail.

-Nette dégradation au cours de ces 10 dernières années, l'avis des opérateurs est de moins en moins pris en compte pour les décisions d'équipement, les achats de fournitures. Notre capacité à nous adapter, à faire sans et avec nous dessert et permet aux dirigeants des cliniques de prendre des décisions avec la conviction que "ça ira ils feront avec". Dégradation des rapports avec les anesthésistes qui limitent leur prise en charge à la période opératoire, se

désintéressant du patient dans sa globalité, et rechignant à la prise en charge des patients lourds et/ou complexes.

-De façon générale, on peut considérer que les anesthésistes et les IADE (qui sont compétents par ailleurs) n'ont pas le souci de faire avancer le programme : ils sont dans une "partie de foot" et les chirurgiens dans une "partie de tennis". La partie de foot s'arrête au bout de 90 mn et la partie de tennis quand tous les sets sont terminés.

-Désinvestissement croissant des MARE, dont l'activité se limite de plus en plus au péri-opératoire immédiat : plus de visite pré op dans les services, plus de visite post op, pas de gestion de l'épargne sanguine, pas de protocoles communs aux MARE. Conclusion : dégradation SEVERE en 20 ans.

-Grosse clinique (400 lits). Bloc important (25 salles), 15 MARE en équipe de formation, d'investissement et de compétence très variée. Impossible depuis plus de 20 ans de savoir avec qui on travaille le... lendemain... découverte en salle d'op. Communication pas toujours facile, plus simple dans la pratique d'avoir affaire aux IADE, et de checker les prescriptions par les Mare, mais même alors, il arrive qu'il faille refaire les prescriptions le soir en CV. Difficile cette collaboration, l'idéal pour moi serait une VRAIE collaboration avec un SEUL interlocuteur.

-Pénurie d'anesthésiste, français en particulier.

-Manque d'implication des MARE. Peu de suivi des patients.

-Le service rendu par le MARE est très personne dépendant, avec une tendance à la dégradation

-Dégradation heureusement qu'existent les infirmiers anesthésistes.

-On peut faire un programme complet sans savoir qui est l'anesthésiste.

Quant aux autres, plus positifs, ils rappellent qu'il s'agit de relations entre personnes, et donc soumises au facteur humain !

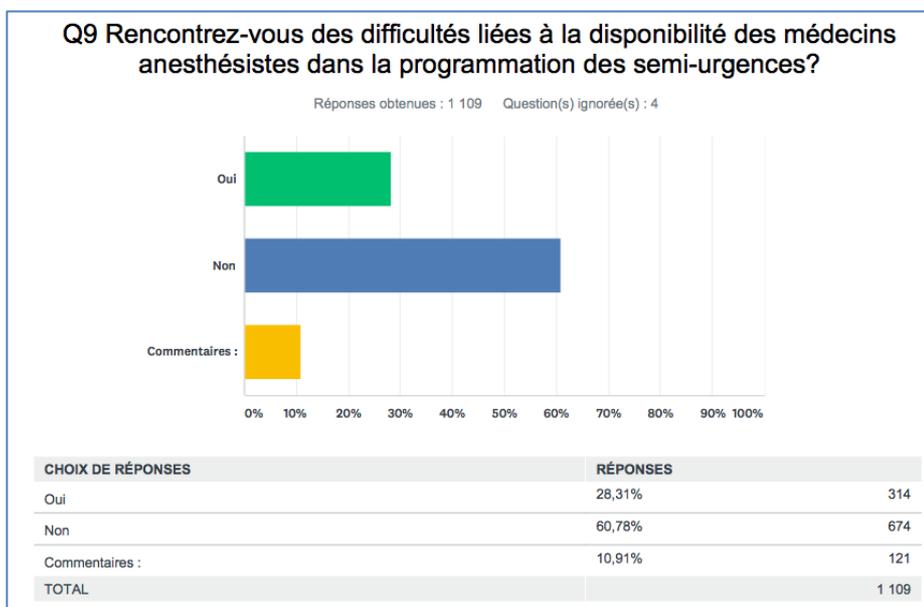
- Stabilité,
- Ancienneté du MARE = plus de fiabilité car plus d'anticipation des problèmes potentiels,
- 1 are pour la CS, 1 are pour le bloc, 13e pour le suivi au mieux : stabilité
- Stabilité et même amélioration communication avec le MARE, et surtout quand on connaît leur mode "différent" de fonctionnement et donc adaptation,
- Service rendu par l'établissement: la direction 5, le personnel paramédical 8, administratif 7, service rendu par MARE: de 0 à 10 selon le MARE,
- Très nette amélioration depuis l'arrivée d'une jeune équipe d'anesthésistes (trois praticiens) aussi bien au niveau du comportement que des techniques et surtout de la communication entre nous,
- Stabilité, je travaille en binôme toujours avec les mêmes anesthésistes, je veille à ce que l'anesthésiste qui va voir le patient en consultation soit celui qui va l'endormir, je connais les habitudes des anesthésistes et ils connaissent les miennes,
- Le service rendu par le MARE est très personne dépendant, avec une tendance à la dégradation,
- Stabilité, de plus en plus le sentiment que les MARES sont des prestataires de service
- Certains médecins anesthésistes sont très professionnels, d'autres sont des électrons libres,

- Dégradation, heureusement qu'existent les infirmiers anesthésistes,
- Bonne équipe, binôme stable

Si le chirurgien est en règle, celui qui prend en charge le patient, depuis la consultation préopératoire jusqu'à la guérison, suites opératoires terminées, cela n'est bien sur pas le cas de l'anesthésiste, qui n'intervient en somme que ponctuellement.

La consultation préopératoire est d'ailleurs rarement assurée par celui qui prend en charge le patient pendant l'intervention : dans près de 80% des prises en charge, il s'agit d'un autre anesthésiste que celui vu en consultation.

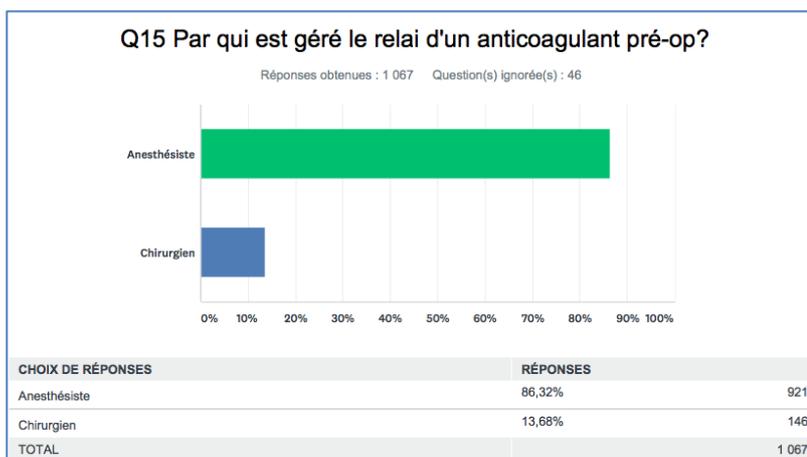
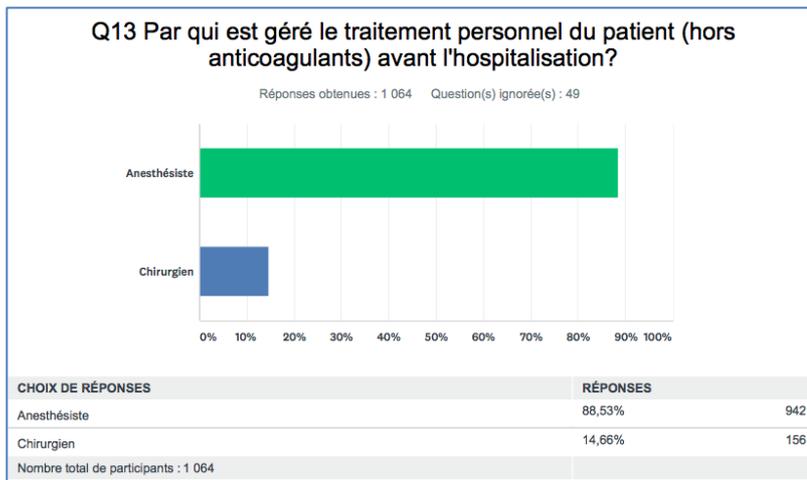
Si ce mode de prise en charge est mal considéré par le chirurgien, ce travail en équipe des médecins anesthésistes explique a contrario le peu de difficultés rencontrées par les chirurgiens face à « l'urgence » : moins de 30% de difficultés rencontrées (en termes de disponibilité des anesthésistes).



Le bilan biologique préopératoire est majoritairement demandé par l'anesthésiste (63%, mais 50% aussi par le chirurgien, doublons ?) en règle dès la consultation préopératoire, sur support papier dans 65% des demandes, mais 40% d'ores et déjà par un logiciel établissement.

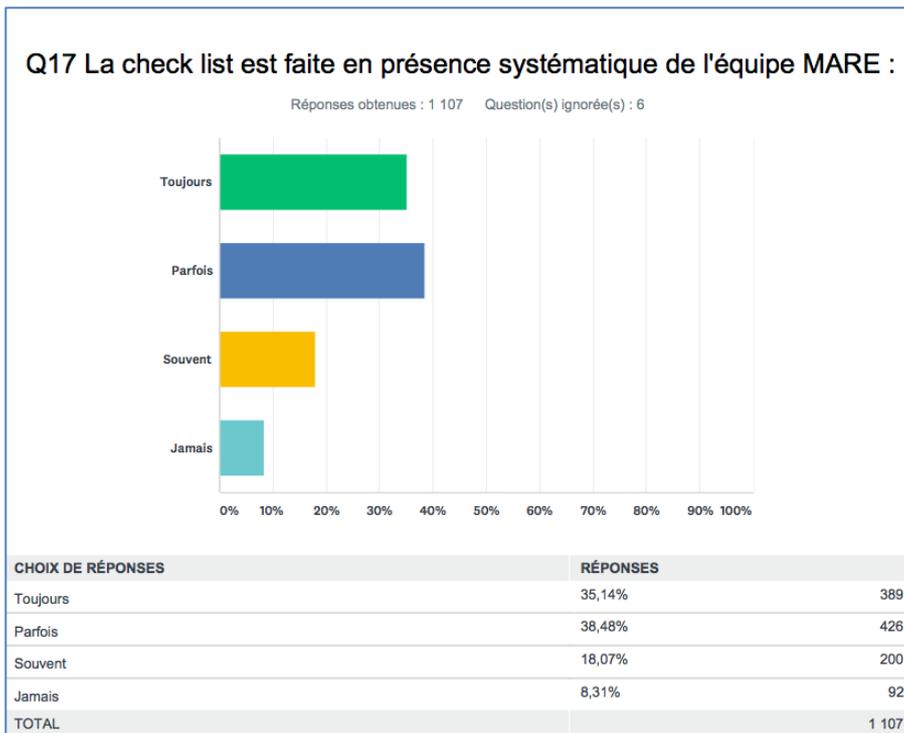
Les examens complémentaires, la veille de l'intervention, le sont par les anesthésistes dans les ¾ des cas.

Le traitement personnel du patient, source de nombreuses polémiques par le passé, mal tranchés par la HAS dans sa « SSP de 2015 », semble définitivement géré par les anesthésistes, dès en amont de l'hospitalisation : dans près de 90% des cas ; y compris dans la gestion préopératoire d'un éventuel anticoagulant.

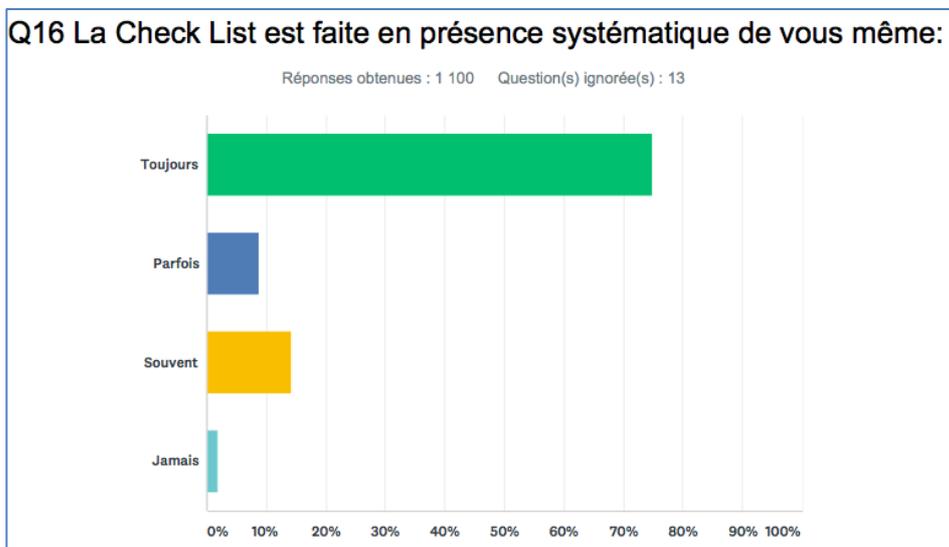


Néanmoins, et lors de l'hospitalisation, les chirurgiens interviennent dans un peu plus d'1/4 des cas pour compléter/modifier ce traitement personnel.

La check-list préopératoire, élément essentiel du dossier médical en expertise, n'est pas toujours conforme aux recommandations de la HAS, l'équipe n'étant pas « toujours » réunie au temps essentiel... Ainsi, l'anesthésiste n'est-il présent systématiquement que dans 35% des interventions :



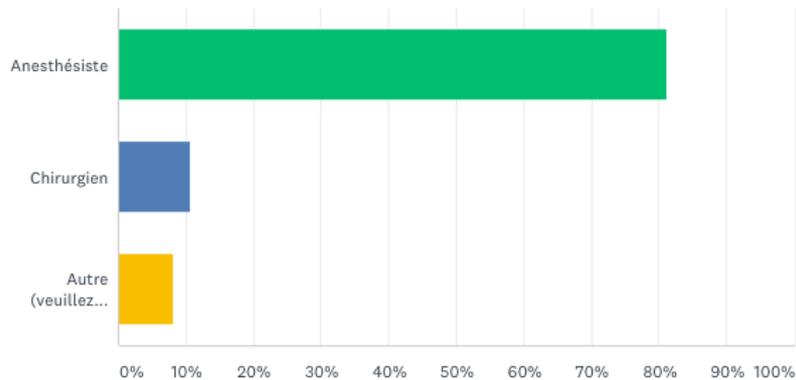
On peut d'ailleurs être surpris que cette check-list ne soit pas faite systématiquement en présence du chirurgien !...



L'antibioprophylaxie, elle aussi fortement visée lors de toute expertise médico-légale, ou certification d'établissement, est en grande majorité prescrite par l'anesthésiste (81%); rappelons qu'elle se doit d'être protocolisée par le CLIN de tout établissement, où les chirurgiens interviennent, en règle, dans leur rédaction, même si cette dernière ne fait que suivre les recommandations anesthésiques de la SFAR.

L'antibioprohylaxie est prescrite par:

Réponses obtenues : 1 154 Question(s) ignorée(s) : 4



CHOIX DE RÉPONSES	RÉPONSES
▼ Anesthésiste	81,11% 936
▼ Chirurgien	10,75% 124
▼ Autre (veuillez préciser)	Réponses 8,15% 94

La présence en salle n'est pas constante :

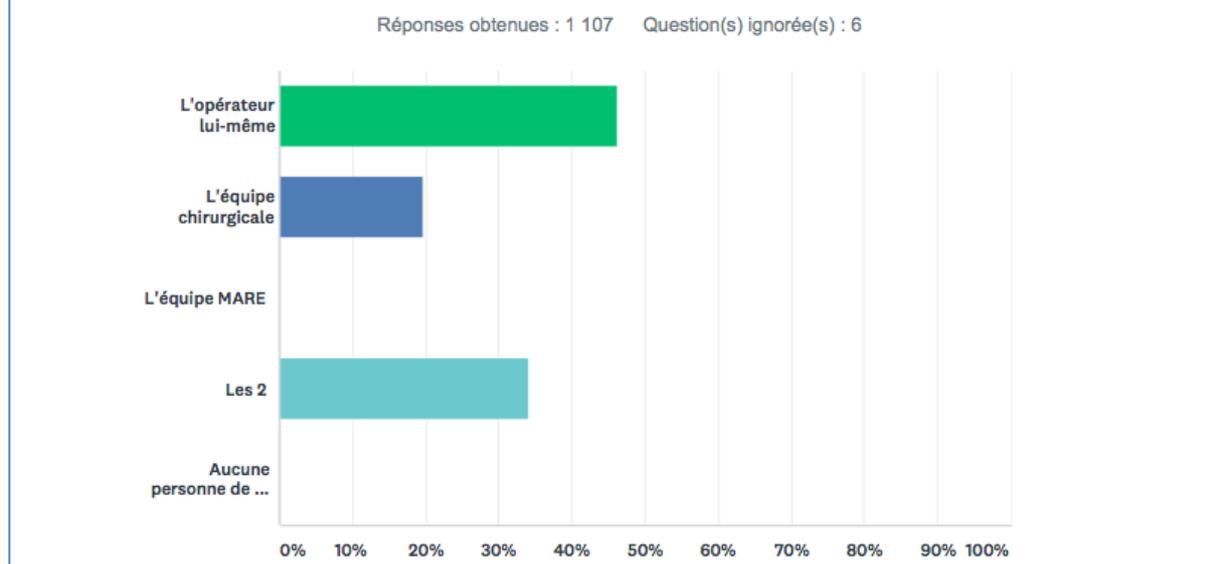
- Lors d'AG ou d'ALR rachidiennes moins de 20% pour le MARE, et moins de 70% pour le IADE;
- Lors blocs MS/MI : chiffres comparables, ce qui surprend: 20% pour le MARE, 54% pour le IADE.

La présence en début et fin d'intervention est plus régulière : 80% pour le MARE, 30 à 45% pour l'IADE selon AG ou bloc.

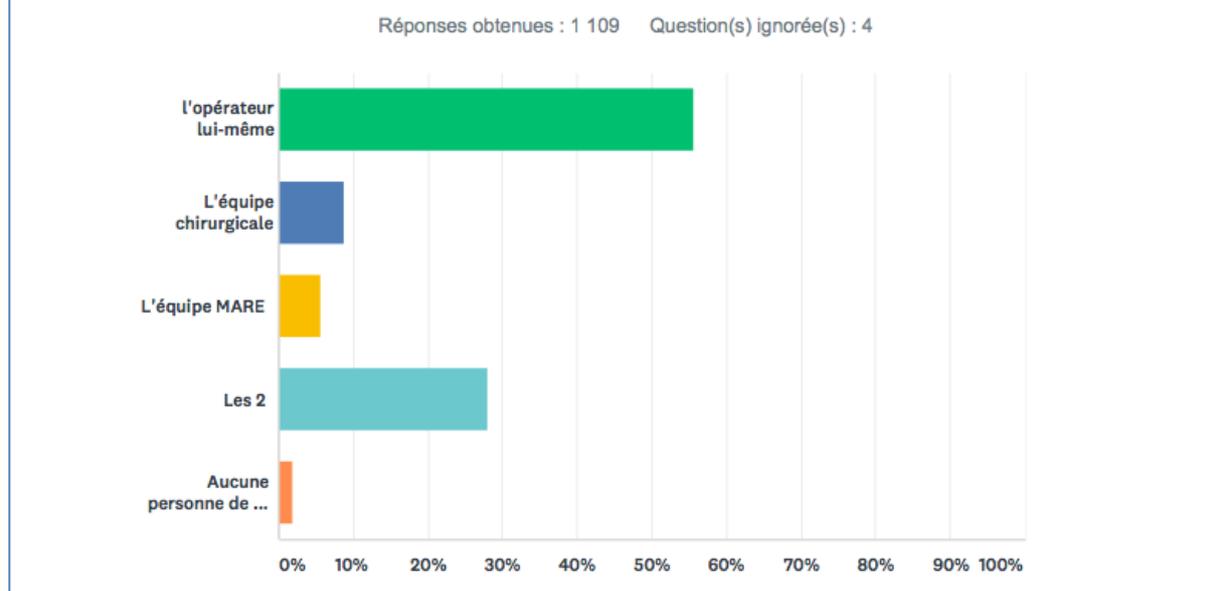
Les visites post-opératoires sont diversement assurées, étonnamment avec des taux comparables que ce soit en hospitalisation complète ou en ambulatoire.

Plus étrange, le suivi post-opératoire ne semble pas systématique, soit 100%, pour l'opérateur ?... mais peut-être est-ce une visite commune avec les chirurgiens de l'équipe, voire avec les anesthésistes : 35% ensemble, ce qui semble un taux élevé que ne laissent pas envisager les « doléances chirurgicales de couloirs » !...

Q21 En hospitalisation complète, qui assure les visites post-op, jusqu'à la sortie?



Q22 En ambulatoire, qui assure les visites post-op (signature document mise à la rue)?



Le traitement antalgique est prescrit de façon égale par les anesthésistes et les chirurgiens ; vraisemblablement dans le cadre de « protocolisation », type « chemin clinique HAS ».

Sa durée varie bien sûr selon la phase douloureuse, mais le questionnaire n'a pas permis de différencier le rôle des acteurs ; seuls certains commentaires notent que les anesthésistes ne gèrent la douleur que de façon très limitée (24 ou 48h), ce qui n'est pas conforme à la notion « d'acte global » (codage CCAM, qui impose et intègre le suivi des 15 jours post-opératoires à tout médecin, qu'il soit Chirurgien ou MARE), la prise en charge de cette douleur revenant alors au Chirurgien.

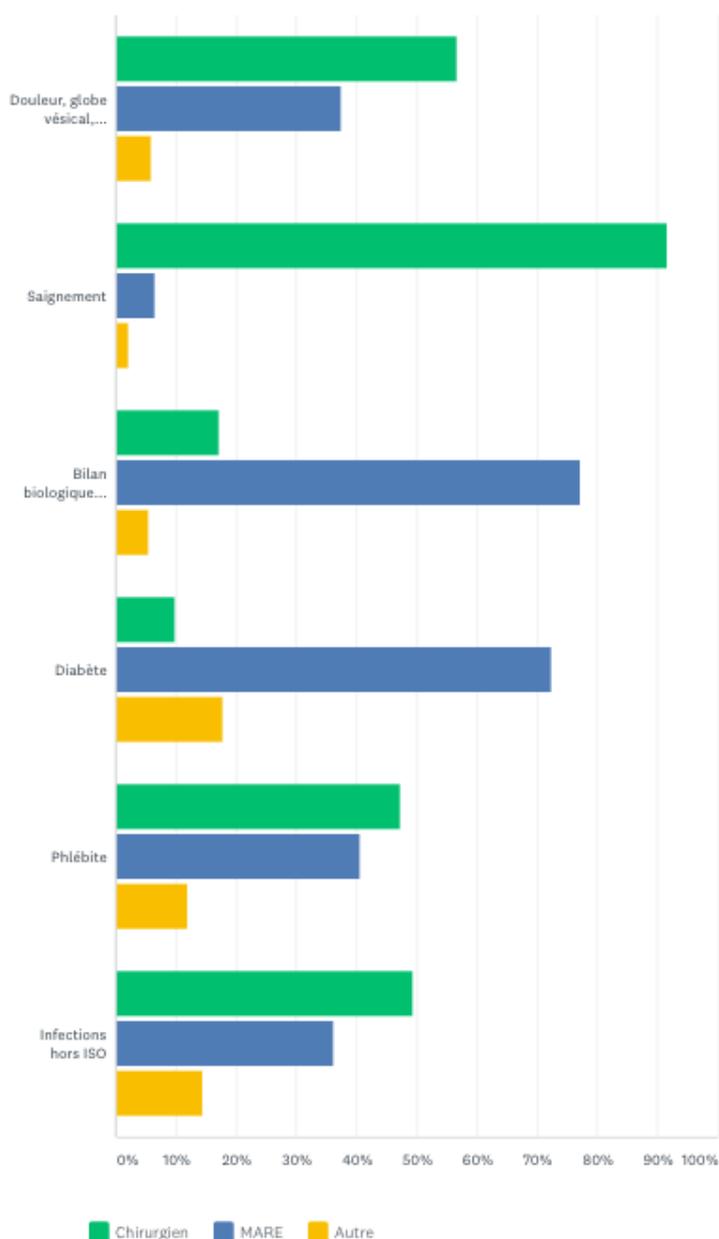
Le courrier de sortie d'hospitalisation émane TOUJOURS du chirurgien : 90% ou de l'équipe chirurgicale 10% ; (3 MARE seulement, sur 1110 réponses !).

Le codage CCAM est quasi exclusivement chirurgical (98%) ; seuls 30% d'anesthésistes le vérifient.

Le codage T2A quant à lui est plus variable : 50% chirurgical, 47% service DIM/PMSI ; et 3% anesthésiste.

La gestion des complications, diagnostiques et thérapeutiques, exemples pris, est variable :

Réponses obtenues : 1154 Question(s) ignorée(s) : 4



CONCLUSIONS :

Les relations anesthésiste-chirurgien ont réputation d'être comme celles d'un « vieux couple » : M6, Scènes de ménage, Huguette et Raymond...

Mais surtout et plus sérieusement, à l'heure des procédures de plus en plus fréquentes de mise en cause (1 tous les 18 mois pour un orthopédiste), le défaut relationnel au sein de l'équipe ne peut manquer de participer à la sinistralité des uns et des autres, ainsi que de l'établissement : la HAS au travers de la certification le pointe : c'est l'équipe qui est visée !... même si les juges considèrent encore trop souvent que le « chef d'équipe » reste le chirurgien qui pourtant ne choisit plus ses coéquipiers pas plus que ses conditions d'exercice...

Le fort taux de réponse (41%) prouve s'il en était besoin l'intérêt et la préoccupation des orthopédistes pour ces questions.

Les libéraux semblent plus intéressés à répondre (72% de répondants alors qu'ils ne sont que 50% de l'ensemble des Orthopédistes) :

- Inquiétude judiciaire ? seuls les libéraux assument *intuitu personae* la responsabilité civile ;
- Ou plus de difficultés relationnelles ? les commentaires ne semblent pas en attester, bien que sans valeur statistique. Notons tout de même leur extrême fréquence : plus de 70% de commentaires sur le degré de satisfaction, pourtant globalement bon !

Les reproches concernent parfois les compétences, mais plus souvent le désinvestissement, le manque d'implication dans le suivi post-opératoire, une collaboration difficile, des conduites mercantiles de prestataires de services...

Mais lorsque les avis sont positifs, ils tiennent à la stabilité, souvent liée à l'ancienneté, et au travail en binôme.

La prise en charge de la biologie (63%), du traitement personnel du patient (90%), des examens complémentaires (75%), de l'antibioprophylaxie (81%), reviennent au MARE ; mais ce dernier n'est que peu présent en peropératoire, une fois l'anesthésie lancée : 35% lors de la check-list, 20% en présence permanente (modificateur 7).

Par contre et de façon surprenante, la visite post-opératoire est faite en équipe chirurgien et anesthésiste dans 35% des cas !

La prise en charge de la douleur se fait à part égale entre les deux acteurs, mais cela est certainement lié à des protocolisations.

Cependant, de nombreux commentaires regrettent que la prise en charge de la part de nos collègues anesthésistes ne soit que limitée dans le temps, ce qui n'est pas conforme aux règles de l'acte global CCAM et de son suivi « médical » dans les 15 jours post-opératoires, tout « médecin » confondu.

Enfin les « tâches administratives » (codage, courriers, lettre de liaison,...) sont exclusivement chirurgicales.

Les complications sont fort judicieusement gérées selon les compétences des uns et des autres.

Au total donc, une impression générale plutôt bonne, puisque la satisfaction des orthopédistes envers leurs collègues anesthésistes est notée à 7 sur 10.

Mais de nombreux commentaires atténuent cette note globale, et prouvent s'il en était besoin que nos relations restent du domaine de l'Humain...