L'APPRECIATION DU RISQUE PERI-OPERATOIRE PAR LES CHIRURGIENS

Grégory DALLAIN

sous la direction du
Professeur Jean-Luc HANOUZ

Pôle Anesthésie Réanimations
CHU de Caen, France

SFAR LE CONGRÈS
Société Française d'Anesthésie et de Réanimation

CHUCaen
UNICAEN

Pas de conflit d'intérêt

Introduction

- Mise en cause de la sécurité péri-opératoire liée à la succession de décès médiatisés (Albertine Sarrazin, Farcat et l'affaire de Poitiers)

  ➡ **Décret du 5 décembre 1994** et **arrêté du 3 octobre 1995**

- L'étude « mortalité » de l'INSERM menée en 1999[1] : hiérarchisation et mise en évidence des causes de décès opératoires imputables à l'anesthésie

  ➡ **Sensibilisation de l'équipe anesthésique au risque péri-opératoire**

Les chirurgiens ont-ils conscience qu'il existe une morbi-mortalité imputable à l'anesthésie ?
Que connaissent-ils du risque péri-opératoire ?

(1)Yves Auroy, Mortalité en rapport avec l'anesthésie : approche épidémiologique et réflexions sur la maitrise des risques [Thèse de doctorat – Université de Paris-Sud, Faculté de Médecine (2008)]

Matériel et méthodes

- **Objectif principal**

  Mesurer l'appréciation du risque péri-opératoire par les chirurgiens à travers l'évaluation de leurs connaissances sur l'épidémiologie péri-opératoire et celles sur la pratique de l'anesthésie et son impact sur la morbimortalité.

- **Enquête monocentrique, observationnelle, transversale et anonyme**

  menée par questionnaire du 5 au 13/11/2015

- **Population cible**

  136 chirurgiens et gastroentérologues dont :

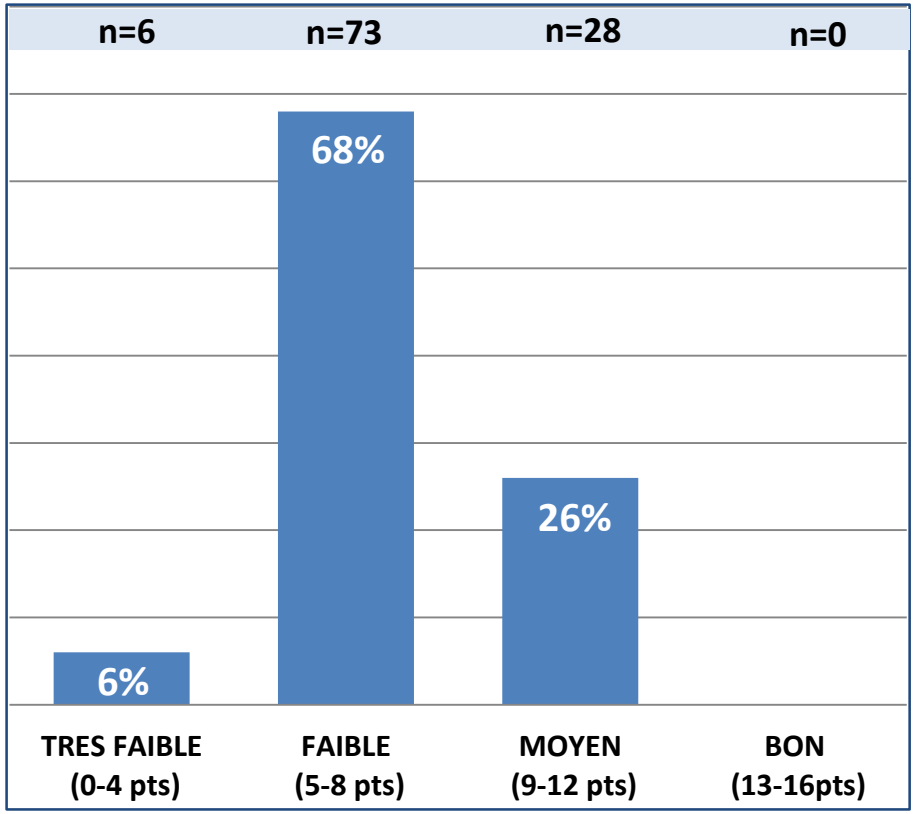
  - *102 seniors*
  - *34 internes > 5ème semestre*

- **Analyse statistique**

  - *Logiciel Microsoft Excel 2013*
  - Variables qualitatives : effectif et proportion [n(%)]
  - Variables quantitatives : moyenne (+/- écart type) ou médiane [1er- 3ème quartile]
  - Comparaison de pourcentages : Test du Chi2 / Seuil de significativité : $p<0,05$

Résultats et discussion (1)

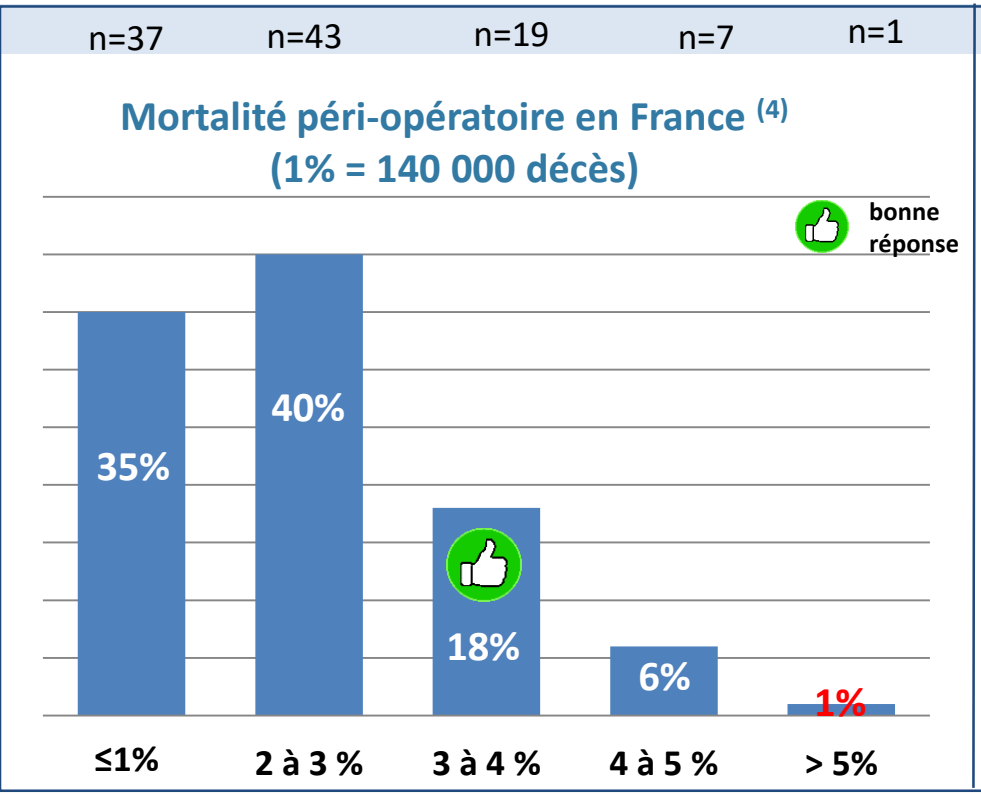
- **Taux de participation à 78% : 107 questionnaires** (90 séniors et 17 internes)
- **Objectif principal** : **Appréciation du risque péri-opératoire par la population étudiée [fig.1]**



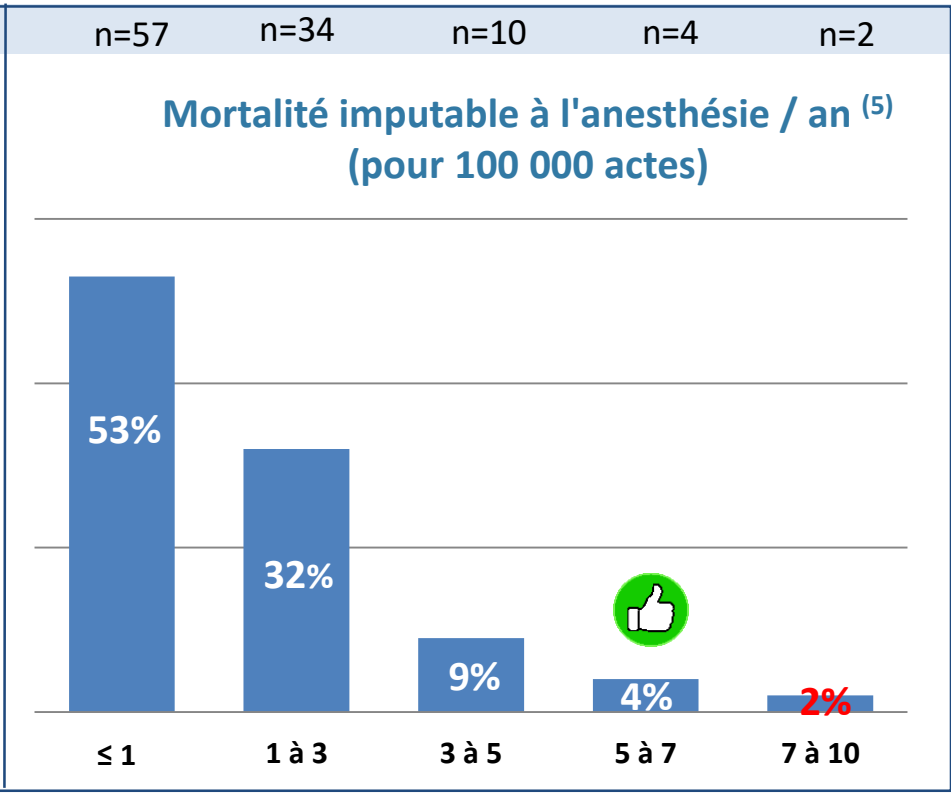
- 74 % des chirurgiens ont une connaissance faible à très faible du risque péri-opératoire.
- Pas de différence significative entre les réponses des seniors et celles des internes (**p=0.52**)

Résultats et discussion (2)

- **Réponses concernant la mortalité péri-opératoire [fig.2] et imputable à l'anesthésie [fig.3]**



[fig.2]



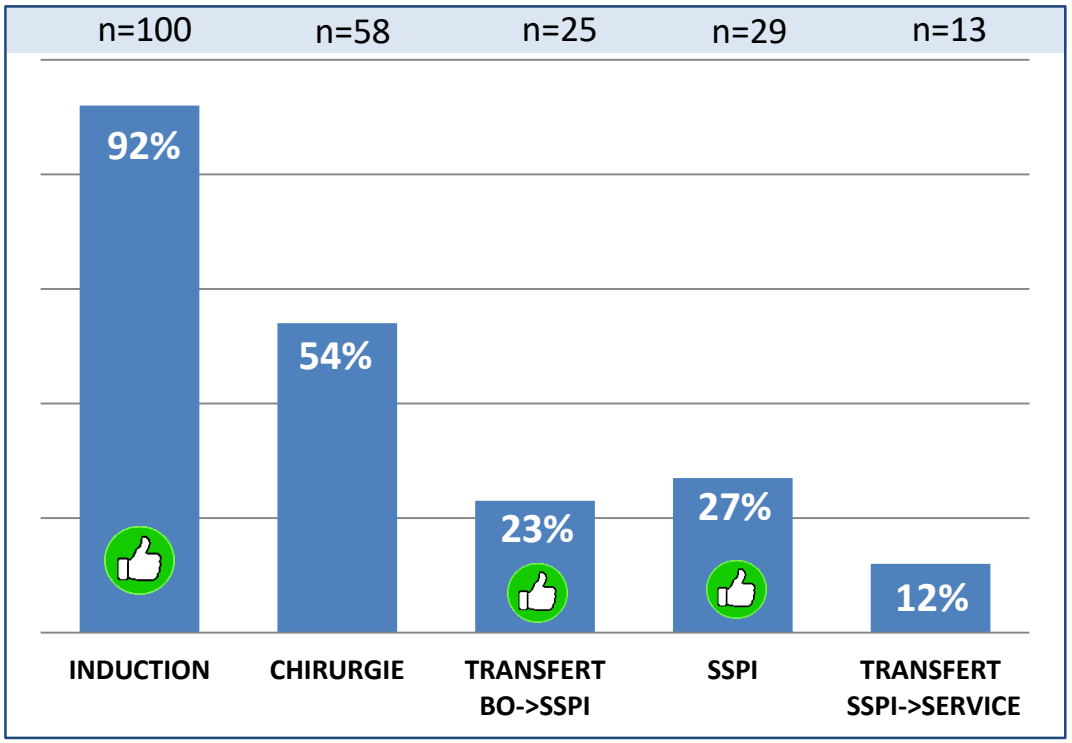
[fig.3]

75% et 94 % des chirurgiens interrogés sous-estiment respectivement les risques de mortalité péri-opératoire et les risques de mortalité imputables à l'anesthésie.

(4) Pearse RM, Moreno RP, Bauer P, Pelosi P, Metnitz P, Spies C, et al. Mortality after surgery in Europe: a 7 day cohort study. The Lancet. 2012;380(9847):1059-65
(5) Lienhart A, Auroy Y, Pequignot F, Benhamou D, et al. Survey of anesthesia-related mortality in France. Anesthesiol-Phila THEN HAGERSTOWN-. 2006;105(6):1087.

Résultats et discussion (3)

- **Réponse concernant les évènements indésirables graves (EIG) les plus fréquents en anesthésie [5] [fig.4]**



Seuls 3% connaissaient l'ensemble des EIG liés à la pratique anesthésique.

Légende
BO : Bloc Opératoire
SSPI : Salle de Surveillance post-interventionnelle

➡ **92%** des chirurgiens interrogés considèrent l'induction comme EIG fréquent.

➡ Seuls **23% et 27 %** considèrent respectivement le transfert du BO à la SSPI et le passage en SSPI comme EIG fréquents.

(5) Lienhart A, Auroy Y, Pequignot F, Benhamou D et al. Survey of anesthesia-related mortality in France. Anesthesiol-Phila THEN HAGERSTOWN-. 2006;105(6):1087.

Résultats et discussion (4)

Les forces

- Enquête bien perçue par les chirurgiens
- Rapidité de l'enquête et concision du questionnaire
- Pas de phénomène d'influence mutuelle possible
- Taux de participation (78%)

Les limites

- Enquête monocentrique
- Timing de l'enquête
- Hétérogénéité des personnes interrogées

Conclusion

- Connaissances insuffisantes en matière de risques péri-opératoires pour la majorité des chirurgiens interrogés, et ce quelle que soit leur ancienneté d'exercice.

- Le manque de formations et d'informations partagées au cours de leur spécialisation en chirurgie pourrait expliquer ces résultats.

- La connaissance de ces risques fait partie de la formation anesthésique : nécessité que chirurgiens et MAR soient ensemble en période péri-opératoire pour gérer ces risques dans l'intérêt du patient.

- Ce partage de connaissances permettrait d'améliorer la collaboration entre les équipes anesthésique et chirurgicale.

MERCI DE VOTRE ATTENTION