

## JARCA 2026 - OBJECTIFS PEDAGOGIQUES

### SESSIONS MEDICALES

#### **I. PRISE EN CHARGE PERIOPERATOIRE DU PATIENT « TRIPLE A »**

**"Triple A", sur les agents récréatifs, cannabis/cocaine/N2O.** François BANNIER

- Agents récréatifs : connaître les différents agents actuellement utilisés par les consommateurs, les habitudes de consommation, les risques liés à la consommation.
- Quelles sont les conséquences de la prise d'agents récréatifs dans la prise en charge Péri-opératoire de mon patient ?

-----

**Alcool : dépister, prévenir, sécuriser, intervention.** Amélie LASSERRE

- Dépistage des troubles de l'usage de l'alcool en péri opératoire : interrogatoire, audit C, examens biologiques
- Prévenir le syndrome de sevrage en péri opératoire (hospitalisation de courte durée/hospitalisation de plusieurs jours)
- Prise en charge du DT
- Intérêt de la prise en compte du trouble de l'usage de l'alcool dans la sécurisation des soins pour les patients comme pour les soignants

-----

**Douleur chronique : sortir du piège « opioïdes ».** Philippe RICHEBE

Chez le douloureux chronique mieux adapter les opioïdes en :

- 1) évitant tout sevrage,
- 2) utiliser ALR et analgésie multimodale,
- 3) anti-sensibilisants et adjuvants
- 4) monitoring pour mieux adapter nos drogues dans cette population tolérante et difficile

-----

**Gestion de l'agitation de l'enfant avant une anesthésie et conséquences post-opératoires majeures.**

Meyrieux Valérie - Peters Eric

- Comprendre les mécanismes de l'agitation préopératoire  
Identifier l'agitation comme un mécanisme de défense face à l'anxiété, reconnaître ses facteurs de risque (âge, tempérament, anxiété parentale, troubles du neurodéveloppement) et ses conséquences postopératoires majeures : délirium au réveil, majoration de la douleur, troubles du comportement postopératoires (TCPO) pouvant persister jusqu'à trois mois.
- Évaluer et anticiper le risque anxieux en consultation de pré-anesthésie  
Mettre en œuvre une démarche structurée d'évaluation de l'anxiété préopératoire à l'aide d'outils validés (mYPAS/mYPAS-SF, échelle d'Amsterdam, STAI), repérer les stimuli sensoriels spécifiques aux enfants TND/TSA, et construire une stratégie de prise en charge adaptée — médicamenteuse et environnementale — en lien avec les équipes pluridisciplinaires préexistantes.
- Choisir et adapter la stratégie de prémédication selon le profil de l'enfant  
Connaître les principales molécules disponibles pour la prémédication pédiatrique (midazolam, dexmédétomidine, clonidine, kétamine), leurs voies d'administration, délais d'action, durées et effets indésirables, afin de sélectionner l'agent le plus approprié en fonction de l'âge, du niveau d'anxiété et du profil neurodéveloppemental de l'enfant — en combinaison avec les approches non médicamenteuses.

## II. AMBULATOIRE ET PROTHESE TOTALE DE GENOU

### **Cas clinique sur la prise en charge ambulatoire et péri-opératoire d'une prothèse totale de genou total.**

Eloïse AYUSO – Juliette THIERRY

- Options d'Anesthésie locorégionale sur la chirurgie de la prothèse de genou
- Gestion des traitements en péri-opératoire et PBM (patient blood manager)
- Réhabilitation précoce en post-opératoire de chirurgie orthopédique, PTG.

-----

### **Pourquoi le genou est pourvoyeur de douleur neuropathique.** Matthias HERTELEER

- connaître l'incidence de la douleur chronique post-chirurgicale du genou (post-PTG)
- connaître les fondamentaux de l'innervation du genou
- connaître les principaux mécanismes expliquant les douleurs neuropathiques post-PTG
- connaître les techniques interventionnelles pour le traitement des douleurs neuropathiques après pose de prothèse totale de genou

-----

### **Thromboprophylaxie pour un parcours innovant.** Damien EDOUARD

- Adaptation de la prévention thromboembolique en fonction du parcours de soins d'une PTG
- Adaptation de la prévention thromboemboliques en fonction des facteurs de risque du patient dans le cadre d'une chirurgie prothétique du genou

-----

### **Quel bloc ALR pour le genou pour les 24 h postopératoires ?** Didier MICHEL

1/ connaître les principales techniques d'anesthésies loco-régionales (ALR) utilisées en 2026 pour la prise en charge de la douleur post-opératoire d'arthroplastie du genou en ambulatoire.

2/ connaître les avantages et les limites de ces différentes techniques d'ALR

-----

### **Ambulatoire et PTG.** Pierre LAHARY

- Connaissances des moyens kinésithérapeutiques qui participent à la prise en charge de la douleur chez un patient opéré d'une PTG
- Importance du pré opératoire pour guider et accompagner au mieux le patient sur l'apparition de ses douleurs

-----

### **Comment je gère la douleur de la PTG en MPO sur les 24 premières heures ?** François MEGRET

- Connaître les principes de l'analgésie multimodale.
- Principes de la Récupération Améliorée Après Chirurgie dans la Prothèse Totale de Genou.

## III. MEDECINE PERIOPERATOIRE EN NOUVELLE AQUITAINE

### **Médecine périopératoire en Nouvelle-Aquitaine » Parcours urgences : SOS lumbago.** Cédric CARRIE

- Rationaliser l'utilisation du bloc des érecteurs du rachis pour la prise en charge de la poussée aiguë de lombalgie non spécifique (contre-indications à respecter, bénéfices attendus, risques encourus)
- Décrire les modalités d'une filière de prise en charge des poussées aiguës de lombalgie non spécifique (parcours patient « SOS Lumbago »)

-----

### **Douleur interventionnelle : de la pratique clinique au réseau d'experts.** Claude Charles BALICK WEBER

- L'anesthésiste a un rôle important à jouer dans l'algologie interventionnelle du fait de ses connaissances en anesthésie loco-régionale en anatomie et en échographie nerveuse.

- L'échographie permet en algologie interventionnelle de cibler directement les nerfs responsables de la douleur et de positionner les techniques interventionnelles au plus proche de la cause.
- La connaissance de la sono anatomie permet de faire un diagnostic dans certains cas de l'étiologie de la douleur. Cela permet ainsi de proposer directement une prise en charge qui recherche à être adaptée cette étiologie.

-----

**RAAC & PBM : Généraliser le PBM, comment faire ?** Olivier RONTES

- Pourquoi généraliser le PBM
- Savoir lire le bilan biologique
- Maitriser les indications des différents traitements
- Aspects organisationnels

-----

**Oncologie : Coordonner un parcours sous contraintes.** Yves ASECIO

- Connaître le délai et les contraintes entre chimiothérapie néoadjuvante et chirurgie oncologique
- Connaître les éléments de préhabilitation chirurgicales fondamentaux en chirurgie oncologique (nutrition – épargne sanguine – activité physique)

-----

**Atelier Médecine périopératoire en Nouvelle-Aquitaine.** Jean-Pierre GEKIERE / Malaurie PENE

- intégrer une approche multimodale dans le parcours chirurgical du patient d'oncologie
- favoriser des partenariats avec des structures extérieures
- partager des objectifs communs
- permettre la fluidité du parcours

**IV. PARCOURS DU PATIENT PORTEUR D'UN RAC SERRE EN CHIRURGIE NON CARDIAQUE**

**Quel bilan cardiologique à initier ?** Marie HEBERT

- Savoir quels sont les outils à notre disposition pour évaluer un rétrécissement aortique en préopératoire d'une chirurgie non cardiaque.
- Comprendre le langage du cardiologue dans l'évaluation d'un RA.
- Savoir rechercher les critères contre indiquant une anesthésie chez un patient porteur d'un rétrécissement aortique.

-----

**Quelles considérations physiopathologiques et anesthésiques pour une prise en charge peropératoire ?**

Marc-Olivier FISCHER

- Comprendre les conséquences physiopathologiques du RAC
- Anticiper les complications de l'anesthésie pour les patients porteurs de RAC
- Comprendre l'importance du travail pluridisciplinaire périopératoire (heart team) pour les patients porteurs de RAC

-----

**Période postopératoire : quelle unité de soins, pour quels risques ?** Antoine BEURTON

- Comprendre les enjeux de la période postopératoire
- Repérer les signes d'alertes de décompensation cardiaque
- Choisir l'unité de surveillance postopératoire

## **V. PARCOURS DU PATIENT AVEC ETAT RESPIRATOIRE DESEQUILIBRE**

**Cas clinique parcours du patient avec état respiratoire déséquilibré.** Maxime SARAH-LAGARDE  
Présentation des différents topos du module « Parcours du patient avec état respiratoire déséquilibré »  
sous forme de QCMs

-----

**L'induction de la BPCO décompensée, drogues et réveil : ce qu'on évite.** Hugues De COURSON

- Savoir quand induire un patient atteint d'une BPCO décompensée
- Choisir les drogues nécessaires à l'induction
- Savoir quand et comment réévaluer ces patients

-----

**Maîtrise du risque périopératoire chez le patient en insuffisance respiratoire décompensée » : REA ventilation.** Hadrien ROZE

- 1) Savoir analyser les courbes des ventilateurs en cas d'alarme de surpression
- 2) Connaître le protocole de ventilation du bronchospasme sévère
- 3) Comprendre l'interaction PEEP du ventilateur et PEEP intrinsèque.

-----

**Parcours du patient avec état respiratoire déséquilibré : Place de la kiné péri-opératoire.** Anne FREYNET

- Optimiser l'état préopératoire (préhabilitation)
- Présenter les techniques de kinésithérapie respiratoire, d'oxygénation et de ventilation post-opératoires

-----

**Parcours du patient avec état respiratoire déséquilibré : Gestion de la douleur post opératoire.** Clément BOISSELIER

- intégrer une approche multimodale pour la gestion analgésique post-opératoire
- rationaliser l'utilisation post-opératoire des opioïdes chez les patients à risque respiratoire
- adapter la surveillance à cette typologie de patient

## **VI. LES NOUVEAUX STANDARDS DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT DIABETIQUE**

**Modalités d'arrêt, du relais et de la reprise des traitements anti-diabétiques pour chirurgie mineure.**  
Gaëlle CHEISSON

- Connaître les modalités d'arrêt des différents traitements anti-diabétiques
- Savoir prendre en charge une hyperglycémie en périopératoire d'une chirurgie mineure
- Connaître les modalités de reprise des traitements antidiabétiques

-----

**Pompe à insuline et anesthésie.** Bogdan CATARGI

Gérer les pompes à insuline en boucle ouverte et fermée durant l'EG/AL

-----

**Considérations en anesthésie-réanimation du traitement par la metformine, les analogues des GLP-1 et les inhibiteurs des cotransporteurs sodium-glucose de type 2 (iSGLT2).** Alexandre OUATTARA

- Connaître les mécanismes d'action de ces médicaments
- Connaître les effets indésirables péri-opératoires de ces médicaments
- Appréhender la gestion péri-opératoire de ces médicaments

-----

**Validité des capteurs de mesure du glucose (MCG) interstitiel en postopératoire de chirurgie cardiaque chez les patients diabétiques.** Lucas MARTIN

- Comprendre la pertinence de l'étude SUGAR dans la prise en charge de la dysglycémie en réanimation.
- Etat des lieux du capteur à glycémie continue en soin critique.

**VII. ROUGE C'EST ROUGE EN OBSTETRIQUE**

**Péridurale déambulatoire.** Julie RIVALAN

- Connaître les contre-indications de la péridurale déambulatoire
- Connaître un protocole de mise en pratique pour maîtriser les risques inhérents à la déambulation sous péridurale

-----

**"Insuffisance d'analgésie".** Manon THOUROT

- évaluation de la douleur chez une parturiente et sa surveillance
- Gestion de l'anesthésie péri médullaire
- Gestion des anesthésiques locaux

-----

**La check-list pour césarienne en extrême urgence.** Aurélie SAN MIGUEL

- Connaître les impératifs de la check-list HAS
- Savoir que la CLSP peut être personnalisée
- Pouvoir appliquer une CLSP y compris dans une situation d'extrême urgence

-----

**Echographie gastrique en obstétrique.** Lionel BOUVET

- Connaître les principes de la réalisation de l'examen et de son interprétation en contexte obstétrical
- Connaître les situations où la réalisation d'une échographie gastrique est indiquée

-----