

Risque péri-opératoire et relation anesthésiste-réanimateur-chirurgien : Rôle de l'anesthésiste-réanimateur en période post-opératoire

Perioperative Risk and Anesthesiologist-Surgeon Relationship: Role of the Anesthesiologist in Postoperative Period

Claude Ecoffey

Pôle Anesthésie-Samu-Urgences-Réanimations et Médecine Interne-Gériatrie - Hôpital Pontchaillou - Rennes.

Mots clés

- ◆ Risque post-opératoire
- ◆ Mortalité
- ◆ Chirurgien
- ◆ Anesthésiste

Points essentiels

- Le principal défi médical des chirurgiens et des anesthésistes-réanimateurs est celui de réduire la morbidité-mortalité post-opératoire.
- Les actes de chirurgie et d'anesthésie sont indissociables, et s'étendent au-delà du séjour en SSPI.
- Devant la complexité croissante des soins médicaux, il faut prendre le temps d'écrire des chartes de fonctionnement décrivant les rôles de chacun dans la période post-opératoire.

Keywords

- ◆ Postoperative risk
- ◆ Mortality
- ◆ Surgeon
- ◆ Anesthesiologist

Key points

- The main medical challenge of surgeons and anesthesiologists is to reduce morbidity and postoperative mortality.
- Procedures of surgery and anesthesia are link, and extend beyond the stay in the PACU.
- With the increasing complexity of medical care, take time to write the operating charters describing the roles of each in the postoperative period.

Le rôle des anesthésistes-réanimateurs dans le suivi immédiat des opérés en lien avec les chirurgiens est un enjeu important pour la sécurité des patients. La mission première de l'anesthésiste-réanimateur est d'endormir le patient, c'est-à-dire le « protéger » des souffrances associées à la réalisation d'un acte interventionnel inconfortable. Mais où et quand finit l'anesthésie ? Le champ de l'anesthésie doit-il se limiter aux seules structures dans lesquelles son activité est constante et indispensable (blocs opératoires, unité de surveillance continue, urgences lourdes) et sa responsabilité exclusive (SSPI : salle de surveillance post interventionnelle, réanimation) (1) ? La réponse est certainement non.

rés dans les services de chirurgie, en collaboration plus ou moins étroite avec les équipes chirurgicales. Ce suivi concerne prioritairement les domaines de compétence « naturelle » de l'anesthésiste-réanimateur : le traitement de la douleur postopératoire et la détection des complications circulatoires, respiratoires, rénales, neurologiques et thromboemboliques, voire infectieuses, mais aussi le suivi de l'acte d'anesthésie et l'adaptation des thérapeutiques. Le médecin anesthésiste-réanimateur français a conquis une partie de ses lettres de noblesse dans le cadre de la médecine péri-opératoire, bien que l'implication de la recherche ait été peu développée dans les soins postopératoires.

Rôle de l'anesthésiste-réanimateur

Modèle français

L'anesthésie-réanimation s'est focalisée sur la période péri-opératoire, dont elle a médicalisé la pratique et permis des progrès importants en quelques années. Afin de maîtriser au mieux les facteurs contributifs des complications, son champ d'action s'est étendu en amont par les consultations pré-anesthésiques et en aval lors du séjour en SSPI. De manière concomitante, tout au long des dernières décennies, dans un grand nombre d'équipes françaises, les anesthésistes-réanimateurs ont également assuré le suivi quotidien des opé-

Modèle pays occidentaux

Cette pratique n'est pas celle adoptée dans de nombreux pays européens ou nord-américains, où les anesthésistes n'interviennent dans les services de chirurgie que sur appel spécifique des chirurgiens, comme tout autre « consultant ». Néanmoins, dans une période de pénurie de médecins et de restriction budgétaire, ou de réglementation non favorable, ce modèle permet aux équipes d'anesthésie de réduire leurs ressources « externalisées ». De plus cela clarifie les responsabilités respectives : le bloc opératoire et la réanimation pour les anesthésistes-réanimateurs, les salles d'hospitalisation pour les chirurgiens ; cela peut aussi supprimer le mauvais état éventuel des relations entre les équipes d'anesthésie-réanimation et de chirurgie, quels qu'en soient les fautifs. Ce

Correspondance :

Pr Claude Ecoffey, Pôle Anesthésie-Samu-Urgences-Réanimations et Médecine Interne-Gériatrie
Hôpital Pontchaillou - Université de Rennes 1 - 2, rue Henri Le Guilloux - 35033 Rennes cedex 9.
E-mail : claud.ecoffey@chu-rennes.fr

choix de modèle de prise en charge des soins postopératoires ne se ferait-il pas au détriment des opérés ?

Pourquoi l'anesthésiste-réanimateur en post opératoire ?

Réduction du risque post-opératoire

Des arguments plaident en faveur du modèle de l'anesthésiste-réanimateur impliqué, en collaboration avec les chirurgiens dans le suivi « péri-opératoire » des opérés, modèle revendiqué par nos collègues Nord-Américains depuis quelques années. Limiter le champ de l'anesthésie-réanimation aux seules activités peropératoires et à la réanimation, peut exclure l'anesthésiste-réanimateur du principal défi médical des opérés, celui de réduire leur morbidité-mortalité postopératoire. Il est en effet clair que la très faible mortalité anesthésique actuelle, d'un décès pour 140 000 actes, pourra difficilement être encore réduite dans les prochaines années (2,3). En revanche, des améliorations de prises en charge pré- et postopératoires, pourraient réduire l'incidence des complications survenant au cours des premiers jours postopératoires, où la mortalité postopératoire y est 1000 fois plus élevée qu'en peropératoire (4,5). Dès lors, le rôle de l'anesthésiste-réanimateur devrait être aussi de « protéger » l'opéré des conséquences cardiaques, respiratoires ou neurologiques du « stress » opératoire, c'est-à-dire de participer au suivi des opérés, et prendre en charge les éventuelles urgences vitales aiguës du postopératoire (4). En effet, 50 % des décès des 30 premiers jours postopératoires ont lieu dans la 1ère semaine postopératoire.

Expertise de l'anesthésiste-réanimateur pour le risque post-opératoire

Abandonner le suivi des opérés expose à mettre en péril le rôle dans l'évaluation du risque péri-opératoire, confié actuellement assez naturellement à l'anesthésiste-réanimateur. Pour conserver l'expertise dans l'évaluation du risque péri-opératoire l'anesthésiste-réanimateur doit rester confronté aux éventuelles complications postopératoires, et une anesthésie sans consultation médicale préalable est inenvisageable. L'anesthésiste-réanimateur a une plus-value médicale qu'il doit mettre au service du patient de son entrée et si nécessaire jusqu'à sa sortie des services d'hospitalisation de façon individuelle ou collective en fonction des organisations locales. Il ne peut réduire son rôle à celui d'un exécutant technique habilité à choisir la technique d'anesthésie et celle du contrôle des voies aériennes. Il doit pouvoir logiquement participer à la décision opératoire. Qu'on le veuille ou non, les actes de chirurgie et d'anesthésie sont indissociables par nature, l'un ne peut être fait sans l'autre, et les conséquences, bénéfiques et délétères, de chacun de ces deux actes sont également indissociables et s'étendent au-delà du séjour en SSPI. Cela implique qu'il est impossible pour l'anesthésiste-réanimateur de se dégager de sa responsabilité sur les suites postopératoires, même si, dans l'organisation, il peut s'entendre avec le chirurgien pour être seulement un intervenant « sur appel ». Par contre l'analyse systémique des dossiers contentieux montre de façon récurrente qu'un cheminement non concerté, parallèle (pour ne pas dire divergent), conflictuel voire hégémonique est à l'origine de nombreux drames (6).

Devant la complexité croissante des soins médicaux, il faut de vrais professionnels de la médecine péri-opératoire c'est-à-dire des anesthésistes-réanimateurs pour le suivi des opérés, plutôt que des médecins généralistes, avec de bonnes conditions de travail et une visibilité de leur travail, sans pour autant assurer toutes les tâches ancillaires des services de chirurgie. On peut penser que « visiter » ensemble est le mode le plus efficace de décision concertée. Pour cela il faut pouvoir

prendre le temps, accepter le dialogue, écrire des chartes de fonctionnement décrivant les rôles des uns et des autres et valoriser cette activité pour les hommes et la structure transversale que représente l'anesthésie-réanimation (7,8). Les tâches doivent faire l'objet d'accords et devraient concentrer logiquement les anesthésistes-réanimateurs sur le suivi des patients à haut risque. La réflexion sur la création d'unités de « soins intermédiaires » pour les opérés est, compte tenu du vieillissement de la population, un projet en perspective incontournable et intéressant, qui devrait mobiliser et réunir les deux disciplines. Cette prise en charge conjointe doit bien sûr transparaître dans le compte-rendu adressé aux correspondants et au patient lui-même.

Conclusion

Plutôt que de voir les seuls problèmes de territoires ou de logistique, il est urgent de recentrer le débat sur les patients et les objectifs médicaux qui en découlent dans le but de réduire la morbidité-mortalité.

Références

1. Clergue F. Les aventures galantes de Daphné et d'Apollon : l'anesthésiste en service de chirurgie. *Ann Fr Anesth Reanim.* 2005;24:702-4.
2. Tiret L, Desmonts JM, Hatton F, Vourc'h G. Complications associated with anaesthesia - a prospective survey in France. *Canadian Anaesthetists' Society Journal.* 1986;33:336-44.
3. Lienhart A, Auroy Y, Pequignot F, Benhamou D, Warszawski J et al. Survey of anesthesia-related mortality in France. *Anesthesiology.* 2006;105:1087-97.
4. Henderson WG, Khuri SF, Mosca C, Fink AS, Hutter MM, Neumayer LA. Comparison of risk-adjusted 30-day postoperative mortality and morbidity in Department of Veterans Affairs hospitals and selected university medical centers: general surgical operations in men. *J Am Coll Surg.* 2007;204:1103-14.
5. Pearse RM, Moreno RP, Bauer P, Pelosi P, Metnitz P et al. European Surgical Outcomes Study (EuSOS) group for the Trials groups of the European Society of Intensive Care Medicine and the European Society of Anaesthesiology. Mortality after surgery in Europe: a 7 day cohort study. *Lancet.* 2012;380:1059-65.
6. Michel P, Lathelize M, Domecq S, Kret M, Bru-Sonnet R, Quenon JL, Minodier C, Moty-Monnereau C, Chaleix M, Olier L, Roberts T, Nitaro L, Quintard B. Les événements indésirables graves dans les établissements de santé : fréquence, évitabilité et acceptabilité, Études et résultats, DREES, n° 761, mai 2011.
7. Conseil National de l'Ordre. Recommandations concernant les relations entre anesthésistes-réanimateurs et chirurgiens, autres spécialistes ou professionnels de santé. *Ordre National de l'Ordre des Médecins.* Décembre 2001.
8. HAS. Coopération entre anesthésistes-réanimateurs et chirurgiens : Mieux travailler en équipe, novembre 2015.

Commentaires

Commentaires de Didier Legeais

Le soin ne s'arrête pas aux gestes techniques et même si le serment d'Hippocrate depuis 24 siècles nous le rappelle : le soin c'est avant tout une aventure humaine incroyable où chacun confie sa vie à l'autre. Le sentiment, l'affect n'ayant rien à voir avec l'évolution naturelle des valeurs d'organisation d'une société. Progressivement l'Honneur, le dévouement la probité et même la compassion ont été définis par des réglementations et des traductions financières nécessairement limitées et limitantes.

La Vie n'a pas de prix nous dit-on ... et pourtant il faut bien définir une valeur et une organisation autour d'un acte qu'il a fallu banaliser pour le généraliser et le standardiser avec un objectif légitime de Taylorisation, de sécurisation, de reproductibilité dans une sorte de « médecine des Temps Modernes » qui aurait plu à Charlie Chaplin.

Mais les chiffres rappelés ce jour par notre ami Claude Ecofey devraient nous émouvoir et nous mobiliser : 1 décès sur 140 000 en peropératoire et 100 fois plus en post-opératoire ... En per-op, le plus souvent, les causes sont inévitables...

Imprévisible réalité que celle du corps humain et de ses secrets : allergie, intolérance, anomalie anatomique, ou pièges imprévisibles, accidents vasculaires...

Difficile de faire beaucoup mieux car même les « erreurs » techniques sont rarissimes et surtout peu évitables par la mise en place de mesure de prévention.

L'arrivée de « check-list » en pré-op a « obligé » à formaliser le dialogue entre les trois acteurs responsables et qui demain se retrouveront mis en cause en cas d'« accident » : l'anesthésiste, l'opérateurs et l'établissement. Celle-ci a été imposée pour diminuer les erreurs de patient, de côté, d'intervention mais aussi les oublis d'antibioprophylaxie ou de prévention de la maladie thromboembolique.

Certains de nos confrères refusent encore ce temps de partage imposé et nous avons eu cette année encore des erreurs de patients, des erreurs de côté, des oublis d'antibioprophylaxie, des absences de relais d'anticoagulant...et des accidents graves qui auraient pu être évités.

Le chiffre qui doit nous mobiliser, c'est cette mortalité 100 fois plus importante en post-opératoire mais aussi ce qui doit nous interpeller ce sont les causes confirmées par toutes les études à travers le monde qui se résument à une mauvaise coordination du travail en équipe, d'où découlent les mesures correctrices de sécurisation proposées : plus de dialogue, plus de partage, plus de respect...plus de bon sens ...plus d'Humanité !!

L'établissement apporte la structure (personnel, immobilière et intendance (1,2), le Corps Médical partage son Savoir, ses Compétences, mais il doit impérativement structurer son Savoir-être.

Lorsqu'on étudie les évolutions morbides en post-opératoire, les sinistres, les mises en cause ...la grande majorité (infections, insuffisance rénales, embolies pulmonaires, accidents vasculaires périphériques ou centraux, choc hémorragiques...) seraient évitables par une plus grande collaboration des Compétences.

Le Code de déontologie intégré au code de santé public (3) le rappelle dans ses articles mais combien de collègues l'ont-ils lus et surtout chez combien d'entre eux a-t-il été enseigné ?
Pouvons-nous imaginer conduire sans avoir passé le code, piloté sans brevet et sans connaissance de la législation ...et pourtant c'est ainsi en médecine ...où les confrères apprennent à leurs dépens lors d'une procédure médico-légale leurs obligations de confraternité mais aussi de dignité humaine et de responsabilité.

Bien que l'article I-7 des dispositions générales de la CCAM prévoit que les chirurgiens et les anesthésistes soient rémunérés par le paiement à l'acte pour une période post-interventionnelle de 15 jours pour un suivi des conséquences directes de l'acte, nous avons le sentiment que le malade une fois opéré, réveillé, intéresse moins l'équipe de soins...

Chacun d'entre nous est un « tiers compétent » dans son domaine (4), indépendant, libre sans pouvoir dépasser ses compétences (5) et chacun doit assumer ses actes selon l'Ordre National (6,7), la Cours de Cassation (8-11) et certaines décisions de cours d'appel (12) et informer les collègues (6) ...mais quelles compétences en antibiothérapie, en réanimation, en transfusion, en gestion de la douleur, en surveillances biologiques et constantes cardio-vasculaires pour le chirurgien ?

Qui mieux que l'anesthésiste peut s'occuper de l'équilibre homéostatique du patient ?

La Cour de Cassation (11) rappelle que chacun, anesthésiste et chirurgien est responsable, dans les limites de sa spécialité mais qu'il doit faire preuve vis à vis de l'autre d'une obligation générale de prudence et de diligence quant au domaine de compétence de l'autre. Elle a affirmé en 1960 que le chirurgien restait investi de la confiance de la personne sur la-

quelle il va pratiquer une opération ... il doit s'assurer que le patient bénéficie de soins consciencieux, attentifs et conformes et dès lors, il répond des fautes commises par l'anesthésiste considérant qu'il n'avait pas de consentement éclairé du patient ...mais cela n'est à mon sens plus vrai depuis la mise en place de consultation et de la visite de pré-anesthésie.

La Cour conclut que : Aucun du chirurgien et de l'anesthésiste ne peut se désintéresser de la défaillance qu'il est à même d'apercevoir de la part de l'autre...

Le temps est-il encore au débat ? Ou le temps est-il venu de former et d'informer nos confrères sur leurs obligations professionnelles que ne manqueront pas de leurs rappeler les juridictions saisies par nos concitoyens et qui rappelleront la responsabilité de chacun : anesthésiste et chirurgien.

Restent les problèmes de démographie et de rémunération...

Références

1. Décret 94-1050 du 5 décembre 1994 : L'anesthésie en pratique: Cs pré-anesthésie, programme opératoire, surveillance per et post-interventionnelle : <https://goo.gl/7lQC4q>
2. Décret 92-1102 du 2 Octobre 1992 : Fonctionnement du bloc : <https://goo.gl/nFKLMq>
3. Article R.4127-1 à R.4127-112 du Code de Santé Publique (Code de déontologie) : <https://goo.gl/OZxqk0>
4. Article R.4127-32 du Code de Santé Public : <https://goo.gl/EJa5Bz>
5. Article R.4127-70 du Code de Santé Public : <https://goo.gl/5vJQ5Z>
6. Article R.4127-64 du Code de Santé Public : <https://goo.gl/fQOc13>
7. CNOM Mai 1994-Décembre 2001 : Recommandations relation anesthésistes-chirurgiens.
8. Crim. 10 mai 1984, Bull. crim. 1984, n° 167, pourvoi n° 85-91.432; JCP 1984, II, 20303; D.1985.256, note J. Penneau; Gaz. Pal. 1984, p 710, note F. Chabas : Cour de cassation du 10 mai 1984, arrêt Farçat [if !supportLists]-[endif].
9. Civ 1ère, 18 Octobre 1960, Bull. Civil, I, n° 442.
10. Civ 1ère, 18 Juillet 1983, Bull. Civil, I, n° 209.
11. Rapport annuel de la Cour de cassation, 1987 : Le fait générateur de la responsabilité à l'épreuve de la nature de l'activité de santé, page 188.
12. CA Aix en Provence, Ch 7, 27 Novembre 1995, N° 1353-95.

Publications et communications utiles

- Dr Michel Dru. Quel rôle pour l'anesthésiste-réanimateur en période post-opératoire ? VP .PHAR 2002 ;21:6-9.
- Dr Wernet, Dr Marty. Rôle de l'anesthésiste-réanimateur dans la période post-opératoire : Hôpital Beaujon, Mapar 2003.
- Dr François Clergue. L'enjeu de la participation des Anesthésistes aux soins post-opératoires, Mapar 2008.
- Quotidien du Médecin 11 Mars 2013 : Erreurs médicales : la coopération chirurgien-anesthésiste en question.
- Daphné Tapinos. Arpej : Sur la répartition des responsabilités entre le chirurgien et l'anesthésiste.
- DREES n° 761, 2009. Enquête sur les événements indésirables associés aux soins (ENEIS).
- Accréditation des médecins et des équipes médicales : HAS, CFAR, FCVD, SFAR.