



# **L'ENJEU DE LA PARTICIPATION DES ANESTHÉSISTES AUX SOINS POSTOPÉRATOIRES**

## **POUR**

### **François Clergue**

Chef du service d'Anesthésiologie et du département APSI, Hôpitaux Universitaires de Genève, et Faculté de Médecine, Université de Genève, Suisse

## **INTRODUCTION**

L'anesthésie est l'une des spécialités médicales fréquemment citée en exemple pour ses succès en matière de sécurité des soins : au cours des 20 dernières années, ses efforts ont permis de diminuer d'un facteur 10 la mortalité anesthésique au point de stabiliser les primes d'assurances en responsabilité civile comme en France, voire de les faire décroître comme aux Etats-Unis [1]. Notre discipline peut être fière de ces résultats. Ce progrès a été obtenu essentiellement en renforçant la surveillance au bloc opératoire et en salle de réveil. Il ne doit cependant pas aveugler notre discipline, nous laissant croire qu'elle a accompli l'essentiel de sa tâche et que ses problèmes sont réglés. Avant de fixer de nouveaux objectifs en matière de sécurité anesthésique, des questions importantes doivent être soulevées :

- Quelles sont les causes des accidents persistant en anesthésie ?
- Les complications non mortelles de l'anesthésie ont-elles également atteint de bas niveaux, semblables à ceux de la mortalité ?
- Y a-t-il encore un sens à considérer isolément la sécurité de l'anesthésie ou doit-on aborder la sécurité des opérés globalement, en rassemblant les risques de l'anesthésie et ceux de la chirurgie ?

## **1. SITUATION ACTUELLE DE LA SÉCURITÉ DE L'ANESTHÉSIE : LA MORTALITÉ ANESTHÉSIQUE**

La mortalité anesthésique a toujours été difficile à mesurer, du fait de la subjectivité de ce qui est totalement ou partiellement lié à l'anesthésie, par rapport à ce qui est lié aux pathologies du patient ou à la chirurgie, et de la difficulté de mesurer sur une même période le nombre des décès et le nombre d'actes réalisés. Dans les années 80, la plupart des études réalisées retrouvait

des taux de décès totalement liés à l'anesthésie de l'ordre d'un décès pour 10 000 actes [2].

Néanmoins, les trois études qui ont mesuré la mortalité de l'anesthésie au cours des 10 dernières années ont trouvé des résultats comparables. La première, réalisée aux Pays-Bas en 1995-1996, observait un taux de décès survenant au cours ou dans les 24 h suivant une anesthésie, de 0,8 pour 100 000 actes pour les décès totalement liés à l'anesthésie et de 13,7 pour 100 000 pour les décès partiellement liés à l'anesthésie [3]. La deuxième étude, réalisée en France en 1999, retrouvait que la mortalité intra-hospitalière était respectivement de 0,7 pour 100 000 et de 4,7 pour 100.000, lorsque l'on analysait les décès totalement ou partiellement liés à l'anesthésie, 42 % d'entre eux survenant dans les premières 24 h suivant l'anesthésie [4]. Chez les patients ASA I, le taux de mortalité totalement ou partiellement lié à l'anesthésie était de 0,4 pour 100 000. Lorsqu'ils étaient comparés avec une étude précédente, réalisée en 1978-1982, ces résultats démontraient que la mortalité anesthésique avait chuté d'un facteur 10 en 20 ans [2]. La troisième étude, réalisée en Australie sur 3 années de 2000 à 2002, montrait que le taux de mortalité survenant dans les 24 h après une anesthésie, était de 0,55 pour 100 000 pour les décès totalement liés à l'anesthésie et de 1,8 pour 100 000, pour ceux partiellement liés à l'anesthésie [5].

La tendance de cette évolution semble donc claire. A la fin des années 90, la mortalité se situe autour de 0,6 à 0,8 décès pour 100 000 actes. Ces résultats confirment ceux retrouvés dans les études réalisées en obstétrique, retrouvant, pour les césariennes, un taux de décès liés à l'anesthésie de 36 pour 100 000 actes dans les années 1960, de 6 pour 100 000 actes dans les années 1980, et de 1 décès pour 100.000 actes en 2000-2002 [6]. On peut aisément comprendre que les difficultés d'ordre métrologique risquent d'induire une sous-estimation de la mortalité, si la saisie du nombre des décès est imparfaite. Cependant à l'inverse, sur les dernières décennies, les indications de l'anesthésie et de la chirurgie ont été étendues vers des patients plus âgés et porteurs de pathologies plus graves. Si le niveau sécuritaire était resté inchangé, cette évolution aurait dû induire une augmentation du taux de la mortalité anesthésique, du fait de la proportion plus grande de patients âgés et sévèrement atteints [7, 8]. C'est l'inverse qui est observé. La diminution du taux de mortalité anesthésique semble donc bien confirmer les progrès accomplis sur la sécurité anesthésique.

## **2. SITUATION ACTUELLE DE LA MORBIDITÉ DE L'ANESTHÉSIE**

La sécurité anesthésique ne peut toutefois se résumer à la seule mesure de la mortalité. Certaines données suggèrent qu'en dépit des progrès accomplis sur la mortalité, le taux des complications induites par l'anesthésie reste élevé. Bothner et coll. analysant le suivi postopératoire immédiat de 96 107 patients en 1992-1997, retrouvaient des complications mineures liées à l'anesthésie chez 22 % de ces patients. Le taux des complications plus sérieuses, telles que celles nécessitant un transfert en service de réanimation ou de soins intensifs, était de 1,4 %, alors que le taux de complications sévères entraînant des dommages permanents était de 0,2 % [9]. Edbrill et Lagasse rapportaient également un taux de 0,6 % de complications avec dommages permanents chez 37 924 patients anesthésiés [10]. Ceci était confirmé par Fasting et Gisvold qui observaient chez 65 170 patients un taux de 4,6 % de complications mineures et de 0,4 % de complications sérieuses non mortelles [11]. Enfin Haller et al. dans une étude

de cohorte australienne de 44 130 patients, retrouvaient également un taux de 0,45 % d'admission non prévue en réanimation après la chirurgie [12].

Tous ces résultats suggèrent que, malgré la réduction de sa mortalité, l'anesthésie peut encore être responsable d'un taux élevé de complications sévères entraînant des dommages permanents, chez un patient sur 170 à 500 patients, ou de complications telles qu'un transfert non prévu en réanimation survenant chez un opéré sur 70 à 250. Dans ces études, nous ignorons la part des accidents évitables. Cependant, si l'objectif de la sécurité anesthésique est, comme le propose l'Anesthesia Patient Safety Foundation, qu'aucun patient anesthésié ne devrait subir de dommage lié à l'anesthésie, nous devons poursuivre nos efforts pour améliorer la sécurité de l'anesthésie.

### **3. ANALYSE DES PRINCIPALES CAUSES DES ACCIDENTS ACTUELS LIÉS À L'ANESTHÉSIE**

Dès lors pour progresser, il est nécessaire de mieux comprendre pourquoi les accidents surviennent. L'analyse des causes des décès encore observés fournit une information précieuse pour guider les prochaines cibles d'amélioration. Dans les études australienne et française, la période peropératoire reste une période à haut risque : 45 % des décès surviennent au cours de cette période. Les principales causes de ces accidents étaient des pratiques inappropriées liées notamment au choix des agents anesthésiques (sélection ou doses), à la mise en œuvre de la technique d'anesthésie, ou à la prise en charge de certaines situations, telles qu'une hypotension ou un diabète. Cependant, dans ces deux études, on retrouvait que la cible des progrès en matière de sécurité ne devait pas seulement concerner l'amélioration de la phase peropératoire, car une part importante des accidents résultait de défaillances au cours des prises en charge pré et postopératoires. En effet, dans 38 % à 42 % des décès, la cause initiale de l'accident concernait la prise en charge préopératoire, liée notamment à une mauvaise évaluation ou à une mauvaise prise en charge des patients. La même observation concernait la période postopératoire, au cours de laquelle étaient observés des soins inadéquats (prise en charge, supervision ou réanimation), identifiés dans 42 % à 43 % des décès [4, 5].

Il ressort également de ces études que, dans la plupart des accidents, les bonnes pratiques n'étaient pas suivies. Dans l'étude française, on constatait des écarts aux bonnes pratiques dans 98 % des décès. Dans 56 % d'entre eux, c'est au moins 4 écarts aux bonnes pratiques qui étaient constatés [4]. La relation de cause à effet entre ces écarts et les décès ne pouvait être établie : il est possible que dans des cas contrôlés, des écarts identiques puissent être retrouvés alors qu'aucune complication n'est survenue. Néanmoins, ceci interpelle sur les raisons de ces mauvaises adhésions aux recommandations de bonne pratique. Ce phénomène n'est pas propre à l'anesthésie, mais il devra inciter les sociétés savantes à mieux le comprendre plutôt qu'à continuer à produire plus de recommandations [13]. Cette analyse des décès retrouvait également que, parmi les facteurs contributifs aux décès, une mauvaise coordination du travail en équipe, aboutissant à une mauvaise communication entre les membres de l'équipe de soins et/ou à une supervision insuffisante, était le facteur le plus fréquemment retrouvé, plus souvent que les facteurs individuels (manque d'expérience, de compétence) ou que les problèmes découlant d'un environnement de travail inadapté [4].

Au terme de cette analyse des accidents mortels et non mortels liés à l'anesthésie, il apparaît que si les résultats obtenus sur la mortalité sont bons, l'anesthésie doit poursuivre ses efforts pour réduire l'incidence des complications non mortelles, leurs taux restant encore élevés. Mais, ces progrès ne pourront se limiter à seulement sécuriser la phase peropératoire car plus de la moitié des accidents suggèrent que des améliorations soient obtenues dans les soins pré et postopératoires. En outre, un grand nombre de complications liées à l'anesthésie se révèlent au-delà du séjour en salle de surveillance postinterventionnelle (SSPI). Dès lors, l'absence d'implication des anesthésistes dans le suivi des premiers jours postopératoires rend l'évaluation de ces éventuelles complications plus difficile.

#### **4. SITUATION ACTUELLE DE LA MORBI-MORTALITÉ DE LA CHIRURGIE**

D'importants changements ont été initiés en matière de sécurisation des soins chirurgicaux. A la suite du rapport de l'Institut de Médecine américain en 1999 [14], sur injonction du Congrès, les chirurgiens américains ont lancé une vaste étude, « the National Surgical Quality Improvement Program », visant à mesurer au niveau national les résultats de la chirurgie pour les interventions chirurgicales les plus fréquentes. La mise en place de ce programme ambitieux a permis au cours des 10 dernières années de voir décroître de 31 % la mortalité postopératoire à 30 jours et les complications de 45 % [15]. Elle a aussi identifié que le niveau de la mortalité postopératoire restait très élevé, de 2,6 % pour les hommes, alors que celui de la morbidité postopératoire était de 12,2 % [16]. Une étude comparative entre les hôpitaux de l'administration des Vétérans et certains hôpitaux universitaires montrait des résultats peu différents entre les deux structures, retrouvant dans ces derniers un taux de mortalité à 30 jours de 2,03 % chez les hommes. Chez les femmes, la mortalité et la morbidité postopératoire à 30 jours étaient légèrement plus faibles, respectivement de 1,3 % et de 10,9 % [17].

Les principales complications postopératoires sont, pour les actes chirurgicaux les plus fréquents, les infections de paroi (5,8 %), les pneumopathies (2,5 %), les infections urinaires (1,9 %), les infections systémiques (1,6 %), les insuffisances rénales (1 %), les infarctus (0,4 %), le re-saignement (0,3 %), les thromboses veineuses postopératoires (0,3 %) ou les accidents vasculaires cérébraux (0,2 %) [16].

On ignore dans ces études la part des accidents liés à l'évolution des pathologies prises en charge et de ceux, évitables, liés aux défaillances dans les soins. Cependant, dans les études précédemment réalisées sur les erreurs de soins en chirurgie, la part évitable des soins défectueux était de 17 % à 32 % [18, 19].

La question est donc de savoir ce qui permettrait d'éviter ces complications évitables ? Deux éléments, liés à l'organisation médicale, ressortent de la littérature récente.

Le premier d'entre eux consisterait à mettre en place une organisation médicale capable, après une chirurgie majeure, d'intervenir plus rapidement dès l'apparition des premiers signes de ces complications. Ceci correspondait au besoin identifié dans certaines études qui avaient montré que 54 % des patients transférés d'un service d'hospitalisation vers un service de réanimation du fait d'une aggravation avaient, avant leur admission en réanimation, des soins

« sub-optimaux » jugés comme responsables du décès dans 32 % des cas [20]. Pour pallier ces défaillances, certains centres ont mis en place des équipes médicales (medical emergency team) appelées dans les services par les infirmières. Certaines études montraient qu'une telle organisation parvenait à réduire le taux des complications postopératoires, la durée du séjour hospitalier et la mortalité postopératoire [21]. Si ces résultats sont débattus par certains auteurs exerçant dans de grandes et prestigieuses institutions [22], il est vraisemblable que le message de telles études est intéressant car il pourrait concerner de nombreux centres, où les soins postopératoires ne sont pas optimaux et dans lesquels les taux des complications et de la mortalité postopératoire restent encore élevés, supérieurs à ceux rapportés dans les grandes séries précédemment mentionnées [23].

Le deuxième facteur concerne certaines caractéristiques organisationnelles des services, retrouvées dans les études effectuées dans les hôpitaux des Vétérans et identifiées comme contributives à la morbidité postopératoire [24, 25]. On observait ainsi que pour une même gravité des patients, les complications postopératoires augmentaient avec notamment l'affiliation universitaire des hôpitaux, l'existence d'un programme de chirurgie cardiaque et la séparation structurelle entre les services de chirurgie et ceux d'anesthésie ou de soins infirmiers. L'affiliation de l'anesthésie à une structure séparée de la chirurgie majorait le risque des complications postopératoires de près de 80 %. Pour expliquer ces résultats surprenants, une analyse qualitative complémentaire était réalisée auprès des différents acteurs, chirurgiens, anesthésistes et infirmières instrumentistes, pour recueillir leur perception subjective de ces problèmes. Les différents acteurs des soins avaient identifié comme facteur important d'insécurité des soins les problèmes de communication ou de coordination au sein des équipes, mentionnés par la plupart des acteurs, la standardisation des soins perçue comme un danger (« chaque cas est un peu différent... »), le travail avec des collaborateurs en formation surtout s'ils sont peu expérimentés ou s'ils ne sont pas continuellement présents dans les services, car sources de discontinuité des soins et de défaillances dans la transmission des informations, et enfin la taille des équipes chirurgicales, les équipes les plus cohérentes et les plus soudées étant de petite taille. Les autres facteurs d'insécurité exprimés mais apparaissant comme moins importants, étaient le manque d'effectifs, l'existence de personnel travaillant à temps partiel ou à temps partagé entre plusieurs services ou encore le manque de flexibilité du personnel dans les différentes tâches confiées [25].

Il est donc important de prendre en compte que tous les travaux, qu'ils soient faits en chirurgie ou en anesthésie, identifient désormais que les progrès nécessaires pour réduire aussi bien les accidents d'anesthésie que les complications chirurgicales postopératoires passent par une meilleure communication et coordination des soins entre anesthésistes, chirurgiens et soins infirmiers. L'enjeu est donc désormais d'élargir pour tous les intervenants la vision de la sécurité plutôt que de continuer à la fragmenter entre la chirurgie et l'anesthésie. En outre, si l'on ne considère que la mortalité induite par ces deux activités, y a-t-il encore un sens à ne focaliser nos efforts que sur l'amélioration de la mortalité anesthésique, 1000 fois plus faible que la mortalité chirurgicale, d'autant qu'il semblerait qu'un tiers de cette dernière serait évitable ? De tels écarts posent clairement problème. De plus, quel bénéfice réel représenterait pour un patient de

savoir qu'une part minime de sa prise en charge est encore plus sécurisée alors que le risque global de la prise en charge, 1000 fois élevé, reste inchangé?

Les succès obtenus sur la sécurité de l'anesthésie ont aussi pour conséquence que, pour les différents professionnels impliqués ou pour les directions des établissements, la perception des dangers de l'anesthésie en est ainsi réduite. Dès lors, ceci a trois conséquences. D'une part, la chirurgie a étendu ses indications pour en faire bénéficier des patients plus graves et plus âgés. Par ailleurs comme pour toutes les activités sécurisées, la perception de leur danger diminuant, il devient de plus en plus difficile de convaincre les différents acteurs de la nécessité de maintenir les pratiques strictes qui ont permis d'atteindre le haut niveau de sécurité obtenu. Enfin, le risque de l'anesthésie étant «noyé» dans le risque chirurgical global, la nécessité d'un progrès supplémentaire en matière de sécurité anesthésique apparaît de plus en plus insignifiante.

## **5. QUEL MODÈLE ORGANISATIONNEL IDÉAL ?**

Comment s'organiser pour prendre en charge au mieux les opérés au cours des premiers jours postopératoires ? Si l'on revient aux différentes complications survenant en période postopératoire, quels professionnels seraient les plus à même de les détecter et de les traiter ? Si pour les problèmes liés à la nature de l'acte réalisé (re-saignements, problèmes infectieux, complications de l'organe opéré) la question de la nécessité de la présence du chirurgien ne se pose guère, différents spécialistes peuvent prétendre à assurer le suivi, la détection et la prise en charge des autres complications. Les anesthésistes ont la compétence de prendre en charge la majorité de ces complications, le souhaitent-ils ? S'ils ne le souhaitent pas, d'autres professionnels tels que les réanimateurs, les internistes ou des urgentistes pourraient le faire. Dans les pays anglo-saxons, les chirurgiens s'en chargent seuls.

En conséquence, si l'on superpose aux recommandations des études chirurgicales ou anesthésiques d'améliorer le travail en équipe et celle de mettre en place une organisation permettant une intervention médicale plus rapide et plus efficace dès les premiers symptômes d'une complication postopératoire, pourquoi les anesthésistes et les chirurgiens ne pourraient-ils pas joindre leurs efforts pour offrir ces meilleurs soins et étendre dans des unités de soins intermédiaires leur savoir-faire en matière de collaboration, celui qu'ils ont su créer au bloc opératoire ? Les patients en seraient les premiers bénéficiaires, cette organisation leur offrant une meilleure continuité des soins. Cette aide des anesthésistes serait utile aux chirurgiens qui ont souvent des difficultés logistiques à couvrir ces suivis contraignants. Pour les anesthésistes, le fait d'être systématiquement impliqués dans le suivi postopératoire leur permettrait, pour ceux qui ne le font pas déjà, de mieux évaluer le risque global péri-opératoire des patients, en rappelant que la cause principale de 55 % des accidents ne se situe pas dans la prise en charge peropératoire [4, 5]

## **6. UN RÔLE POUR L'ANESTHÉSISTE DANS LE SUIVI POSTOPÉRA-TOIRE OU UN REPLI «CHACUN CHEZ SOI» ?**

La question actuellement posée est donc de savoir la place que l'anesthésie souhaite prendre dans les soins postopératoires et le choix du bon modèle de répartition des rôles pour les soins postopératoires, entre les anesthésistes et

les chirurgiens [26]. Certains considèrent qu'une telle participation à la prise en charge postopératoire au-delà de la SSPI est pour les anesthésistes une fuite de leur mission première au bloc opératoire. D'autres considèrent au contraire que la limitation de leur activité à la prise en charge au bloc opératoire est, derrière le masque de l'affirmation de l'habileté du super-technicien, une fuite du suivi médical, du contact avec les familles et de la rédaction des dossiers médicaux....

Le principal avantage du modèle limitant le rôle de l'anesthésiste au bloc opératoire, à la SSPI et à la réanimation chirurgicale est qu'il semble clarifier les rôles de chacun, anesthésistes et chirurgiens. Surtout, dans une période de pénurie de médecins et de restriction budgétaire, ce modèle permet aux équipes d'anesthésie de réduire leurs ressources «externalisées» : chacun chez soi et on se recentre sur son «score business». Il est ainsi plus facile, pour la gestion, de mettre en regard des activités de soins les effectifs de chaque équipe.

Ce «chacun chez soi» clarifiera aussi pour les deux disciplines concernées leurs responsabilités respectives : la réanimation chirurgicale pour les anesthésistes-réanimateurs, et les salles d'hospitalisation pour les chirurgiens. En cas de plaintes, la responsabilité de chaque discipline apparaîtra également plus clairement. Cette clarification des rôles correspond aussi pour les anesthésistes à un souhait, somme toute bien légitime, de visibilité et de reconnaissance de leur propre activité, dont ils sont souvent frustrés dans les services de chirurgie.

Cependant, d'autres arguments plaident en faveur du modèle de l'anesthésiste impliqué en collaboration avec les chirurgiens, dans le suivi «péri-opératoire» des opérés, modèle curieusement revendiqué par nos collègues nord-américains alors qu'ils le pratiquent très peu. En effet, vouloir limiter le champ de l'anesthésie aux seules activités opératoires et à la réanimation chirurgicale, n'est-ce pas l'enfermer dans la technicité du peropératoire et des soins techniques «lourds» et l'exclure, alors qu'il y est compétent, du principal défi médical des opérés, celui de réduire leur morbidité-mortalité postopératoire ?

Dès lors, si le rôle de l'anesthésie ne se limite pas à l'endormissement des patients et à la suppression des souffrances postopératoires mais consiste à les «protéger» des conséquences cardiaques, respiratoires ou neurologiques du «stress» opératoire, la logique est de participer au suivi des opérés. C'est là un défi médical passionnant pour les prochaines années.

Par ailleurs, abandonner le suivi des opérés dans le modèle du «chacun chez soi» expose à mettre en péril le rôle d'évaluation du risque péri-opératoire, confié actuellement assez naturellement à l'anesthésiste lors de la consultation pré-anesthésique. Puisque la majorité des complications des opérés survient désormais au-delà du séjour en SSPI, comment imaginer que les anesthésistes conservent une expertise dans la prédiction d'un risque de complications qu'ils ne connaîtront plus, autrement que par un abord théorique ? La décision médicale reposant sur l'appréciation du rapport bénéfice-risque des options anesthésiques ou chirurgicales proposées, le champ de l'anesthésiste se limiterait au choix de la technique de contrôle des voies aériennes et de la technique d'anesthésie, l'excluant assez logiquement de la participation à la décision opératoire. La recherche de reconnaissance, souvent prônée par les tenants de ce modèle, conduirait en réalité à réduire l'anesthésiste à un rôle d'exécutant.

Mais, au-delà de ces arguments médicaux, comme évoqué précédemment [27], n'y a-t-il pas derrière ce souhait d'abandonner le suivi des opérés le rêve fou de vouloir que l'anesthésie change de nature pour mieux se soustraire à ses difficiles relations avec la chirurgie, telle la nymphe Daphné qui s'était, dans «Les Métamorphoses d'Ovide», transformée en laurier pour échapper à Apollon ? Car plutôt qu'un réel désintérêt des anesthésistes pour l'activité de suivi des opérés, derrière cette vision du « chacun chez soi » et ces demandes d'identification du travail de chacun, se cachent généralement le mauvais état des relations entre les équipes d'anesthésie et de chirurgie, quels qu'en soient les raisons. En séparant les deux équipes on résoudra, il est vrai, les difficultés de mauvais voisinage, mais on aura éludé la vraie question, celle de mettre en place une organisation permettant de faire progresser les soins postopératoires. Car, 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 pour la plupart indissociables chez les patients et s'étendent au-delà du séjour en SSPI. En dehors de cas de mauvaise pratique avérée, y a-t-il d'ailleurs un sens à attribuer la responsabilité d'un infarctus postopératoire au patient, au chirurgien ou à l'anesthésiste ?

Chacune des deux disciplines devrait comprendre que les seules voies de progrès viendront d'un partage équitable des rôles. Face à des anesthésistes tenants du «chacun chez soi», les chirurgiens seront contraints de faire appel pour les aider à assurer leur tâche de suivi des opérés soit à des médecins d'une autre spécialité n'ayant pas de connaissance des actes, des produits administrés en peropératoire ou en SSPI et des décisions liées à des contraintes spécifiques à l'anesthésie, soit à des chirurgiens ayant alors une activité opératoire réduite. Ce modèle fonctionne dans de nombreux pays ; il n'est pas certain que l'anesthésie et les patients y soit gagnants.

Quel serait donc ce partage équitable ? Les meilleures équipes chirurgicales ont compris depuis longtemps que, compte-tenu de la complexité croissante des soins médicaux, le temps de l'artisan, employant pour se faire aider des «journaliers», n'est plus, et que pour bénéficier de vrais professionnels pour le suivi de leurs patients, ils doivent s'assurer que cette collaboration s'effectue dans le respect, dans des conditions d'environnement de travail acceptables, en donnant une bonne valorisation à cette tâche. Les anesthésistes doivent quant à eux comprendre, comme ils l'ont fait pour l'antalgie postopératoire, que l'essentiel n'est pas d'être le gestionnaire des lits d'hospitalisation mais de participer pleinement à la prise en charge des opérés. Ceci n'exclut pas d'avoir certaines exigences sur les conditions de cet exercice, car l'anesthésie ne doit évidemment pas pour autant assurer toutes les tâches ancillaires des services de chirurgie. Ces tâches doivent faire l'objet d'accords et devraient concentrer logiquement les anesthésistes 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.

La question posée et le malaise que l'on y perçoit sont donc bien pertinents. Plutôt que d'y voir de seuls problèmes de territoires ou de logistique, il faut recentrer le débat sur les patients et les objectifs médicaux qui en découlent. Ce malaise traduit les difficultés du choix qui se pose actuellement à l'anesthésie.

Dans la période actuelle où certaines structures universitaires sont incitées à s'organiser en pôles, cette question est d'autant plus pertinente. La difficulté de l'anesthésie est qu'elle doit tout à la fois conserver son unité, structurellement indispensable, et offrir des prestations adaptées à l'éclatement et à la spécialisation de ses interfaces, afin de mieux progresser avec elles pour une meilleure prise en charge des patients. L'exercice n'est pas toujours facile. Certains seront peut-être tentés voire forcés, compte-tenu de leur environnement, d'échapper aux contraintes liées au suivi des opérés et d'adopter le modèle du «chacun chez soi». Qu'ils se souviennent tout de même que, dans le concept de «taylorisation» du travail, les exécutants des tâches segmentées n'ayant plus aucune vision d'ensemble, ils ne prennent plus part au processus décisionnel. Daphné n'affronta pas les problèmes relationnels qu'elle avait avec Apollon ; certes, elle ne se donna pas à lui, mais elle y perdit la liberté et la vie. En outre, comble d'infortune, transformée en laurier, elle lui resta tout de même unie, présente à son front lors de tous ses triomphes. Une telle attitude équivaut en réalité à un suicide. L'anesthésie et la chirurgie se doivent d'adopter un comportement plus responsable. La sécurité des patients leur impose pour réduire les complications péri-opératoires de travailler dans la meilleure harmonie. La plupart des équipes y parviennent par plaisir ou par professionnalisme. Pour la gestion du suivi postopératoire, le bon sens est de poursuivre la collaboration de ces deux équipes sur les premiers jours postopératoires, l'idéal étant de le faire en rassemblant les patients à plus haut risque dans des unités de soins intermédiaires dans lesquelles les anesthésistes peuvent avoir une implication plus forte. L'alternative pour l'anesthésie est inquiétante car, les complications qu'elle induit se révélant de plus en plus au cours des premiers jours postopératoires ; en limitant ses activités à sa seule présence au bloc opératoire et en SSPI, l'anesthésie sera de moins en moins capable de mesurer les résultats de ses soins et donc de s'améliorer.

---

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Domino K. Malpractice insurance premiums: greater stability for most anesthesiologists. *ASA Newsletter* 2006;70:6-7
- [2] Tiret L, Desmonts JM, Hatton F, Vourc'h G. Complications associated with anaesthesia. A prospective survey in France. *Can Anaesth Soc J* 1986;33:336-44.
- [3] Arbous MS, Grobbee DE, Van kleef JW et al. Mortality associated with anaesthesia: a qualitative analysis to identify risk factors. *Anaesthesia* 2001;56:1141-53
- [4] Lienhart A, Auroy Y, Pequignot D et al. Survey of anesthesia-related mortality in France. *Anesthesiology* 2006;105:1087-97
- [5] Gibbs N, Borton Ch. Safety of anaesthesia in Australia. A review of anaesthesia related mortality 2000-2002: Australian and New Zealand College of Anaesthetists, 2006:1-33
- [6] Cooper GM, Mc Clure JH. Maternal deaths from anaesthesia. An extract from Why Mothers Die 2000-2002, The Confidential Enquiries into Maternal Deaths in the United Kingdom. Chapter 9: Anaesthesia. *Br J Anaesth* 2005;94:417-23
- [7] Clergue F, Auroy Y, Pequignot F et al. French survey of anesthesia in 1996 *Anesthesiology* 1999;91:1509-20
- [8] Hatton F, Tiret L, Maujol L et al. Enquête épidémiologique sur les accidents d'anesthésie. Premiers résultats. *Ann Fr Anesth Réanim* 1983;2:331-86

- [9] Bothner U, Georgieff M, Schwilk B. Building a large-scale perioperative anaesthesia outcome-tracking database: methodology, implementation, and experiences from one provider within the German quality project. *Br J Anaesth* 2000;85:271-80
- [10] Edbril SD, Lagasse RS. Relationship between malpractice litigation and human errors. *Anesthesiology* 1999;91:848-55
- [11] Fasting S, Gisvold SE. Statistical process control methods allow the analysis and improvement of anesthesia care. *Can J Anesth* 2003;50:767-74
- [12] Haller G, Myles PS, Wolfe R et al. Validity of unplanned admission to an intensive care unit as a measure of patient safety in surgical patients. *Anesthesiology* 2005;103:1121-9
- [13] Grimshaw JM, Shirran L, Thomas R et al. Changing provider behavior. An overview of systematic reviews of interventions. *Med Care* 2001;39:112-1145
- [14] Institute of medicine. *To err is human*. Washington, DC: National Academy Press, 2000
- [15] Khuri SF. The NSQIP: A new frontier in surgery. *Surgery* 2005;138:837-43
- [16] Henderson WG, Khuri SF, Mosca C et al. 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
- [17] Fink AS, Hutter MM, Campbell Jr DC et al. 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 women. *J Am Coll Surg* 2007;204:1127-36
- [18] Michel Ph, Quenon JL, Djihoud A et al. French national survey of inpatient adverse events prospectively assessed with ward staff. *Qual Saf Health Care* 2007;16:369-77
- [19] Thomas EJ, Studdert DM, Burstin HR et al. Incidence and types of adverse events and negligent care in Utah and Colorado. *Medical Care* 2000;38:261-71
- [20] Mc Quillan P, Pilkington S, Allan A et al. Confidential inquiry into quality of care before admission to intensive care. *Br Med J* 1998;316:1853-8
- [21] Bellomo R, Goldsmith D, Uchino S et al. Prospective controlled trial of effect of medical emergency team on postoperative morbidity and mortality rates. *Crit Care Med* 2004;32:916-21
- [22] Winters BD, Julius C, Hunt E et al. Rapid response systems: A systematic review. *Crit Care Med* 2007;35:1238-43.
- [23] Bellomo R, Goldsmith D, Russel S, Uchino S. Postoperative serious adverse events in a teaching hospital: a prospective study. *Med J Australia* 2002;176:216-8
- [24] Schiffner TL, Grunwald GK, Henderson WG et al. Relationship of processes and structures of care in general surgery to postoperative outcomes: a hierarchical analysis. *J Am Coll Surg* 2007;204:1166-77
- [25] Main DS, Cavender TA, Nowels CT et al. Relationship of processes and structures of care in general surgery to postoperative outcomes: a qualitative analysis. *J Am Coll Surg* 2007;204:1147-56
- [26] Rimmel T, Bouvet L, Boselli E. Implication des anesthésistes-réanimateurs dans les services de chirurgie: point de vue des internes d'anesthésie-réanimation lyonnais. *Ann Fr Anesth Réanim* 2005;24:68-9
- [27] Clergue F. Les aventures galantes de Daphné et d'Apollon: l'anesthésiste en service de chirurgie. *Ann Fr Anesth Réanim* 2005;24:702-4