



LE MÉDECIN ANESTHÉSISTE- RÉANIMATEUR A-T-IL SA PLACE DANS LES SERVICES CHIRURGICAUX ? *CONTRE*

Marc Fischler

Service d'Anesthésie, Hôpital Foch, 40 rue Worth, 92150 Suresnes.

INTRODUCTION

La place des médecins anesthésistes-réanimateurs dans les services chirurgicaux fait débat au sein de la spécialité, entre les tenants d'une médecine péri-opératoire et ceux qui considèrent que nous devons nous concentrer sur le cœur du métier. Il faut d'emblée préciser que ce débat n'intéresse que le système de santé à but non-lucratif puisque les soins postopératoires font partie intégrante des tarifs appliqués dans le secteur privé, des collègues d'experts ayant évalué le temps nécessaire aux visites postopératoires qui suivent habituellement chaque acte et ce temps ayant été valorisé.

1. LE MONDE IDÉAL

Tout opéré nécessite une prise en charge médicale depuis la consultation d'anesthésie jusqu'à sa sortie. Cette prise en charge ne peut être effectuée que par des médecins ayant un haut niveau de formation. Les médecins anesthésistes-réanimateurs sont idéalement positionnés pour l'assurer du fait de leurs compétences, assurant ainsi un partage harmonieux des tâches au sein de l'équipe médico-chirurgicale.

2. LE MONDE RÉEL

Trois éléments concrets doivent guider la réflexion :

1-La démographie des médecins anesthésistes-réanimateurs : la diminution des effectifs est inscrite dans les faits puisque les promotions annuelles des années 70-80 de plus de 500 spécialistes partent en retraite et ne sont remplacées que par 200 à 250 internes DES terminant leur cursus de spécialité. Ceci conduira à une diminution de près d'un tiers des effectifs de la spécialité ; ils passeront de 9.000 à 6.000 environ, dont une partie travaillera nettement moins que par le passé, sauf modification à venir de la RTT (?). Augmenter

les effectifs médicaux est impossible dans un délai acceptable. Favoriser la venue de médecins anesthésistes-réanimateurs européens ne réglerait pas le problème, les flux migratoires restant marginaux par rapport au déficit.

- 2-La T2A à taux plein : elle ne devrait avoir qu'un effet très limité dans le secteur privé à but lucratif, déjà dans une logique de profit, mais avoir des conséquences majeures à l'hôpital public dont l'organisation des soins n'a jamais été basée sur une régulation économique. La TA2 va mettre en avant, avec encore plus d'acuité que par le passé, la question du « qui fait quoi ? ». L'anesthésie faisant partie des disciplines dont les médecins sont « postés », créer une fonction c'est créer un « poste ».
- 3-La nouvelle gouvernance avec la constitution des pôles : la plupart des départements d'anesthésie-réanimation, notamment hospitalo-universitaires, ont pu se regrouper en pôle de spécialité. Ils devront faire face à des difficultés de gestion budgétaire compte tenu du niveau problématique de la rémunération des actes d'anesthésie et de l'importance de leurs effectifs. D'autres Départements ou Services d'Anesthésie ont fait l'objet d'un regroupement multidisciplinaire sans toujours y occuper une position dominante. De ce fait, le choix de la répartition des médecins anesthésistes-réanimateurs n'est plus obligatoirement du seul ressort des services d'anesthésie-réanimation. Ceci clôt la discussion...

Mais si on s'en tient à la démographie et à la T2A, comment s'en sortir ? Des solutions évidentes sont envisageables :

- Diminuer le « temps perdu » : la T2A aura peut-être un « effet thérapeutique » meilleur que les bonnes paroles sur la sous-activité connue de nombreux blocs opératoires.
- Modifier les tâches des médecins anesthésistes-réanimateurs : la réponse est beaucoup plus ardue à trouver une fois que l'on a clarifié la répartition des tâches avec les IADE. Celle-ci ne devrait prendre en compte que les patients et leurs interventions et non pas l'heure, le jour et la disponibilité relative de chaque groupe. Que sommes nous prêts à « abandonner » à d'autres médecins sans voir diminuer la sécurité des soins et leur qualité ? Sûrement pas les activités pour lesquelles nous avons une compétence particulière : la réanimation (chirurgicale, spécialisée, médico-chirurgicale), la médecine d'urgence (avec une autonomisation progressive de celle-ci), l'évaluation et le traitement de la douleur. Reste le « lourd » problème (en terme médical et financier) du transfert de compétences anesthésiques vers d'autres disciplines médicales (endoscopie digestive, imagerie interventionnelle, ...).

Si nous ne réglons pas nous-mêmes nos problèmes de démographie, ils seront réglés par l'abandon forcé de pans d'activité. Le suivi médical dans les services chirurgicaux est également un poste « consommateur » de ressources en médecins anesthésistes-réanimateurs. Peut-on le supprimer et comment ?

3. LE «SYSTÈME FOCH»

Le mode de fonctionnement du service d'anesthésie de l'hôpital Foch est peu répandu dans les structures de l'hospitalisation publique ; il l'est davantage dans les établissements PSPH. Il est caractérisé par la présence de médecins anesthésistes-réanimateurs, fonctionnant en pool commun, sans aucune fonction dans les services chirurgicaux.

3.1. POURQUOI UNTEL MODE DE FONCTIONNEMENT ?

Guy Vourc'h avait créé le service d'anesthésie de l'hôpital Foch dans les années cinquante sur un modèle anglo-saxon. Il avait profité d'une structure architecturale innovante pour l'époque, un site unique, pour centraliser les activités opératoires au sein d'un bloc commun et pour créer, parmi les premiers ou le premier en France, une salle de réveil fonctionnant en permanence. Le «système Foch» cantonnait les anesthésistes au bloc opératoire, ce qui était cohérent avec le fait que la réanimation en était encore à ses balbutiements et que la formation était orientée essentiellement vers l'anesthésie. Les spécialistes étaient à l'époque plus des médecins anesthésistes que des médecins anesthésistes-réanimateurs. Ce mode de fonctionnement a perduré jusqu'à aujourd'hui.

3.2. DESCRIPTION DU «SYSTÈME FOCH»

Les médecins anesthésistes-réanimateurs fonctionnent en pool commun avec des référents par spécialité chargés de coordonner l'évolution des pratiques et des spécialités. Quelques secteurs d'activité sont «réservés» à un groupe du fait des compétences requises (chirurgie cardio-vasculaire, chirurgie thoracique), mais les médecins anesthésistes-réanimateurs n'assurent jamais plus d'une journée de travail dans ces disciplines par semaine. De la même façon, les IADE fonctionnent en pool commun avec des référents par spécialité, chargés de coordonner l'évolution des pratiques.

Le service de Réanimation polyvalente comprend des médecins anesthésistes-réanimateurs et des réanimateurs médicaux.

Les suites postopératoires sont assurées de la manière suivante :

- Le séjour en salle de surveillance post-interventionnelle : les opérés quittent la salle de surveillance post-interventionnelle avec des prescriptions qui couvrent les 24 premières heures. La structure de la salle de surveillance post-interventionnelle et sa dotation en personnel permettent de garder tout opéré jusqu'à ce que sa situation ne pose plus de problème. Ceci minimise le risque de devoir gérer un problème à une heure où il n'y a plus de médecins ou chirurgiens dans les services de chirurgie.
- Dans les services chirurgicaux : des médecins spécialistes de la pathologie (chirurgie cardiaque, chirurgie thoracique, neurochirurgie), d'anciens anesthésistes (chirurgie digestive, urologie) et des médecins généralistes (orthopédie, ORL) assurent les soins médicaux. Certains patients bénéficient d'un suivi par les médecins anesthésistes-réanimateurs : les accouchées avec une visite à J1 et les patients bénéficiant d'une analgésie locorégionale postopératoire avec une visite journalière.

3.3. AVANTAGES ET INCONVÉNIENTS

A défaut de pouvoir faire une analyse quantitative du rapport coûts-efficacité du «système Foch», il est possible d'analyser ses points positifs et négatifs.

3.3.1. SÉJOUR EN SALLE DE SURVEILLANCE POST-INTERVENTIONNELLE

- Les points positifs

La plupart des prescriptions correspondent à des protocoles pour chaque type d'intervention établis en concertation avec les médecins des services (analgésie, antibiothérapie prophylactique, prophylaxie de la maladie thromboembolique).

- Les points négatifs : le système voit ses limites dans le suivi de ces prescriptions, notamment pour les samedis, jours fériés et périodes de vacances. En l'absence d'information sur «qui fait la visite», la réponse du «système Foch» est souvent le maintien en salle de surveillance post-interventionnelle d'un opéré «limite» jusqu'au lundi.

3.3.2. Le suivi dans les services chirurgicaux

- Les points positifs : les médecins anesthésistes-réanimateurs échappent à la distribution des multiples tâches ou fonctions : correspondants du DIM, de l'hémovigilance, du CLIN, ... Les médecins des services chirurgicaux connaissent parfaitement bien les pathologies auxquelles ils sont confrontés. Ils ont la confiance de leurs collègues chirurgiens, quelle que soit la discipline ; «ils font partie de la famille». Les médecins anesthésistes-réanimateurs ne sont appelés qu'en tant que consultants dans leur domaine de compétence, c'est-à-dire essentiellement lorsqu'un problème d'analgésie postopératoire se pose. Il est fait appel aux médecins du service de réanimation polyvalente en cas d'urgence vitale ; les médecins des services chirurgicaux ont pris comme habitude de prévenir les réanimateurs si certains de leurs patients risquent de voir leur état s'aggraver.

La rotation des médecins anesthésistes-réanimateurs dans les services chirurgicaux les expose au risque d'une «connaissance approximative» avec notamment comme conséquence possible le retard au diagnostic d'une complication chirurgicale. Le « système Foch » évite de tomber dans ce piège.

La césure entre le rôle des médecins anesthésistes-réanimateurs et celui des médecins des services chirurgicaux est claire. Ceci éviterait aux médecins anesthésistes-réanimateurs d'être incriminés en cas de problème. C'est aux divers chefs des services chirurgicaux de définir le mode de fonctionnement de leur service, notamment en dehors des heures et jours ouvrables.

- Les points négatifs : le risque pour les médecins des services chirurgicaux est celui d'un «encroûtement». Ils sont seuls responsables des modalités d'amélioration de leurs connaissances. Une des difficultés concerne l'évolution des pratiques. Toutefois, nous avons pu introduire la pratique de la réhabilitation précoce en chirurgie digestive. La mise en place d'un tel programme a été possible grâce à l'aide des infirmières du CLUD, même en l'absence des médecins anesthésistes-réanimateurs dans le service.

3.4. LE «SYSTÈME FOCH» VU PAR LES MÉDECINS

3.4.1. LES MÉDECINS ANESTHÉSISTES-RÉANIMATEURS

Ils ont des lieux d'exercice (consultation pré-anesthésique, bloc opératoire et salle de surveillance post-interventionnelle) où ils peuvent exercer leur professionnalisme. Ils ont une place importante en tant que représentant de la discipline au sein des divers comités. Mais le «système Foch» est-il source de frustration ou de confort ? N'avoir aucune place en postopératoire engendre probablement un sentiment de frustration, d'autant plus que l'opéré reconnaît mieux le médecin anesthésiste-réanimateur qu'il a vu en consultation que celui qui a eu en charge son anesthésie. Les médecins anesthésistes-réanimateurs qui viennent travailler dans le service savent ce qu'ils vont y trouver : un travail assez anonyme (sauf en consultation), pas de chocolats... De plus, le travail en pool commun fait que les médecins anesthésistes-réanimateurs font le choix de leurs activités cliniques et que les «corvées» sont partagées.

L'absence de suivi d'une éventuelle complication anesthésique est inhérente à ce mode de fonctionnement. L'information du patient est le point noir lorsque la complication n'est diagnostiquée qu'en postopératoire. En effet, une information précise ne peut être donnée au patient que par le médecin anesthésiste-réanimateur qui l'a eu en charge. Ceci complique également l'amélioration des pratiques.

Le réaménagement du temps de travail est plus facile à réaliser si l'ensemble des médecins anesthésistes-réanimateurs a une activité homogène. Ainsi, il est facile de préciser le juste rôle de chaque médecin anesthésiste-réanimateur au sein de l'établissement de soins. Aucune des affectations n'est discutable : consultation préopératoire, visite pré-anesthésique, intervention, salle de surveillance post-interventionnelle.

3.4.2. LES CHIRURGIENS

Je crois qu'ils sont ravis de pouvoir se reposer sur des médecins auxquels ils font confiance.

4. LA RÉGLEMENTATION

Il est essentiel de définir, dans chaque établissement de soins, voire dans chaque service de chirurgie, des procédures écrites définissant clairement le rôle de chacun des intervenants comme le précise la recommandation de la SFAR : «un protocole définissant qui fait quoi doit être rédigé de façon concertée entre les différents acteurs médico-chirurgicaux en tenant compte des ressources humaines disponibles (anesthésiques et chirurgicales), du type de chirurgie et du profil des malades pris en charge».

Un mode de fonctionnement, tel celui de l'hôpital Foch, assure une complète césure : les médecins anesthésistes-réanimateurs ne sont pas impliqués dans les suites opératoires dans les services d'hospitalisation. Ceci est clairement identifié dans le cadre des procédures d'accréditation (Référentiel ANAES, Organisation et prise en charge des patients). La définition du champ des responsabilités quant aux soins médicaux postopératoires met à l'abri les médecins anesthésistes-réanimateurs face à une action médico-légale concernant un défaut de surveillance postopératoire. Le seul élément non résolu reste celui de la sortie des opérés de la salle de surveillance post-interventionnelle en fin de semaine ou les jours fériés, la réponse consiste à garder l'opéré en salle de surveillance post-interventionnelle jusqu'au lendemain matin en cas de doute.

5. UNE VISION «PLUS MODERNE» DU PARCOURS HOSPITALIER

Nous continuons à raisonner avec des structures hospitalières et des modes de fonctionnement dépassés.

5.1. LE PARCOURS DE L'OPÉRÉ

Le parcours hospitalier doit être prévu lors des consultations de chirurgie et d'anesthésie pour les interventions programmées : hospitalisation le jour de l'intervention ou plus tôt, ambulatoire ou hospitalisation classique avec un séjour dans un service conventionnel ou dans une unité de surveillance continue (voire dans une structure de plus haut niveau de surveillance). Un des problèmes majeurs auxquels nous sommes confrontés est le faible nombre de

lits de surveillance continue avec de ce fait un mélange entre patients ayant des niveaux de risque très différents dans les services de chirurgie.

5.2. MODIFICATION DES MODALITÉS DE PRESCRIPTION

Les prescriptions et les soins peuvent être programmés selon un schéma standardisé. On peut qualifier ceci de « chemin clinique » (clinical pathway) ou de gestion prévisionnelle des soins, version évoluée des protocoles. Le chemin clinique décrit, pour une pathologie donnée, tous les éléments du processus de prise en charge en suivant le parcours du patient au sein de l'institution. Cette méthode vise à planifier, rationaliser et standardiser la prise en charge. Elle repose sur la description d'une prise en charge optimale à partir des règles de bonnes pratiques, ce qui contribue à réduire la variabilité non justifiée de la prise en charge, à améliorer la continuité et la délivrance de soins de qualité aux patients. Tous les actes contribuant à la prise en charge étant préalablement définis, le chemin clinique correspond à une « check-list ».

5.3. PLACE DES MÉDECINS ANESTHÉSISTES-RÉANIMATEURS DANS L'HÔPITAL «D'AUJOURD'HUI» ET DE «DEMAIN»

Aujourd'hui, leur place ne me paraît pas nécessaire dans les services chirurgicaux « traditionnels », comme le montre l'expérience de l'hôpital Foch. Quel besoin d'être médecin anesthésiste-réanimateur pour prescrire des antibiotiques, des anticoagulants, des antalgiques, ... ; la plupart de ces prescriptions étant de plus « sur protocole » ? Les médecins anesthésistes-réanimateurs ne doivent pas se substituer aux absences des autres acteurs de soins... Toutefois, la visite d'un médecin anesthésiste-réanimateur est impérative si une complication anesthésique est survenue (information du patient, suivi) et pour s'assurer du bon déroulement d'une analgésie locorégionale postopératoire (en association avec l'unité mobile « douleur »). Il est souhaitable d'assurer une visite postopératoire systématique après toute anesthésie locorégionale (dépistage d'une complication et prise en charge). Il ne s'agit donc nullement de « voir » tous les opérés mais d'avoir des objectifs correspondant à nos besoins.

Dès aujourd'hui, les médecins anesthésistes-réanimateurs ont bien évidemment toute leur place dans les unités de surveillance continue, dès lors que ces structures sont bien différenciées des lits conventionnels.

Demain, l'élaboration des chemins cliniques, partie intégrante des actions d'EPP que chacun se doit de réaliser, réduira encore le rôle des médecins dans les services chirurgicaux. Il semble raisonnable de confier à un paramédical formé le suivi du chemin clinique et la fonction d'alerte en cas de non-respect voire de complication. Le médecin anesthésiste-réanimateur intervient alors pleinement dans son champ de compétence et dans sa mission.

CONCLUSION

Le « système Foch » fonctionne sans participation des médecins anesthésistes-réanimateurs aux soins dans les services de chirurgie, hormis pour certaines tâches particulières, comme le suivi des analgésies locorégionales. Ce système « saucissonne » les soins, on peut le regretter mais pourquoi changer un système « qui marche » ? Il permet :

- D'avoir une organisation simplifiée avec une bonne adéquation entre fonction et compétence.

- D'éviter les disparités entre secteurs avec des échanges simples entre médecins anesthésistes-réanimateurs.

Par contre, l'améliorer ne se discute pas :

- Avoir un dialogue plus étroit avec les médecins des services chirurgicaux pour éviter que le fossé ne se creuse et pour favoriser l'introduction de pratiques nouvelles, particulièrement pour ce qui est de l'analgésie postopératoire, pour modifier les protocoles de soins, pour créer des «chemins cliniques»,
- Chercher à regrouper les patients dans des structures spécifiques lorsqu'ils requièrent une surveillance particulière. Ceci faciliterait les problèmes posés par les fins de semaine, fériés et vacances, et par les difficultés de recrutement en infirmières ...

Enfin, n'oublions pas les nouvelles contraintes que nous avons décrites brièvement et qui vont conditionner des changements de pratique. Une réduction d'effectifs liée à des impératifs financiers et/ou démographiques risque de conduire à la diminution du champ d'activité, avec l'abandon de secteurs d'activité jugés non stratégiques, la sécurité des patients représentant un acquis à préserver prioritairement. Il est préférable que nous soyons acteurs de ces changements plutôt que spectateurs. Le constat actuel (moins d'argent, moins d'infirmières, plus de sujets âgés) sera-t-il plus cruel demain ?