

# PLACE DE L'ANESTHÉSISTE-RÉANIMATEUR DANS UN SERVICE DE CHIRURGIE

M. PINAUD

Pôle anesthésie et réanimation  
44093 Nantes cedex 1

Les prévisionnistes des années 40 étaient sans doute loin d'imaginer l'essor qu'allait prendre l'anesthésie dans les cinquante années qui viennent de s'écouler. L'application de connaissances anatomiques, physiologiques et pharmacologiques et le développement technologique ont permis à notre spécialité d'accompagner les prouesses chirurgicales avec une morbidité et une mortalité périopératoires réduites (mais non nulle) chez des patients dont le profil a changé (30% de plus de 75 ans et 11% de classe ASA III représentant 13% de la population anesthésiée selon l'enquête de la SFAR de 1996). En France, les cohortes de médecins anesthésistes-réanimateurs (MAR) formés dans les années 70 - 80 sont sortis des salles d'opération et ont contribué à l'amélioration des soins non seulement dans la période périopératoire mais aussi de façon plus large en amont et en aval de l'hospitalisation.

La conjonction ces dernières années de l'avènement de nombreuses dispositions réglementaires, d'une rupture dans le nombre des spécialistes en formation, de distorsions flagrantes dans la répartition géographique des spécialistes, de l'évolution de la pyramide des âges et des aspirations nouvelles en matière de qualité de vie, nous amène à débattre des missions des MAR dans les années 2000 pour les hiérarchiser et établir des priorités. Il convient de rappeler que le MAR est **le seul qualifié** pour la consultation préanesthésique, pour la visite pré-anesthésique, pour l'anesthésie au bloc opératoire et pour la surveillance médicale en salle de soins post-interventionnelle. La consultation préanesthésique qui n'est plus négociable et la visite préanesthésique représentent 25 à 30% de son temps d'activité. L'acte anesthésique lui-même est un acte médical en sachant que le couple MAR - IADE est le plus efficient en termes de sécurité (morbidité + mortalité) voisin de MAR seul (légèrement mieux) mais entre 3 et 4 fois plus que IADE seule. On peut argumenter sur la nécessité, la possibilité ou les conditions requises pour un ratio de un MAR pour une ou pour deux salles d'opération. En fait un modèle d'équipe pour une intervention donnée pourrait être de 1 MAR 75% du temps, 1 MAR + 1 IADE 20% du temps et de 1 IADE 5% du temps. En revanche, le MAR n'est que l'un des acteurs des unités de soins Intensifs ou de réanimation, des services d'urgence ou des SAMU, des soins post-opératoires et à plus forte raison des DIM et des Toxicovigilances.

Des rumeurs se font entendre d'une certaine désaffection des blocs opératoires par les MAR, même dans des équipes que l'on pourrait penser confortables. Les MAR sont de fait ti-raillés entre les multiples activités que nous avons décrites alors que s'ajoutent les repos de sécurité les lendemains de garde, les gardes récupérées et non rémunérées, les activités sur plusieurs sites, ... et parfois une certaine inorganisation de l'activité. La spécialité doit donc dire ce qu'elle veut, s'organiser voire

recentrer son activité sinon son avenir pourrait être fortement compromis si d'aucuns étaient tentés pour des raisons économiques de déléguer aux IADE(s) l'activité de bloc opératoire (coût d'une IADE = 40 Keuros / an vs coût d'un MAR = 120 Keuros / an). Faut-il, pour nous recentrer, abandonner la médecine périopératoire dont nous vantons les mérites et que certains en Europe ou outre-Atlantique nous envient, mais qui a conduit certains confrères devant les tribunaux ?

Les dispositions réglementaires (ou légales) sur le rôle du MAR dans les services chirurgicaux, si tant est qu'elles existent, ne sont pas claires. Il est habituel de dire que le forfait ARE-K inclus la prise en charge des 48 premières heures postopératoires. La refonte de la nomenclature des actes ARE-K va déboucher sur leur rééquilibrage par rapport aux K chirurgicaux et sur leur revalorisation incluant la prise en charge du malade jusqu'à sa sortie de l'établissement. Toutefois, cette nomenclature ne précise pas les champs d'action respectifs du MAR et du chirurgien. Les recommandations du conseil national de l'Ordre des médecins (décembre 2001) concernant les relations entre anesthésistes-réanimateurs et chirurgiens, autres spécialistes ou professionnels de santé (<http://www.conseil-national.medecin.fr>) précisent au paragraphe 4.6. « *Lorsque l'opéré retourne en secteur d'hospitalisation, il se trouve placé sous la responsabilité de l'opérateur. Celui-ci est responsable des suites opératoires...* » Par ailleurs, le problème des hôpitaux universitaires n'est pas celui des hôpitaux généraux ni celui des établissements privés. L'investissement du MAR dans le service chirurgical induit une forte valeur ajoutée à la prise en charge du malade car c'est lui qui offre les meilleures possibilités d'évaluation de l'influence de "l'agression anesthésico-chirurgicale" sur le malade. Ainsi, le chaîne de soins n'est pas interrompue entre la consultation préanesthésique et la période postopératoire. Cet acte globalisé induit une charge de travail supplémentaire mais elle amène une attraction supplémentaire à l'exercice de l'anesthésie-réanimation: une spécialité peut-elle être encore attractive si elle restreint son champ d'activité? Malheureusement la personnalisation de l'acte global est loin d'être la règle, en particulier dans le secteur hospitalier. L'organisation médicale des services d'anesthésie est à cet égard critiquable: on note (i) souvent une activité tournante entre consultations, bloc et service (alors que l'opéré est pris en charge par un chirurgien), (ii) parfois une faible cohérence stratégique dans l'équipe (iii) sans compter une certaine dispersion et dilution des responsabilités. Certains avancent que c'est le moyen d'être reconnu par le malade qui, de toutes manières, ne comprend rien à l'anesthésie. Le US Public Health Service souligne en 1985 que 90% des opérés ignorent le nom de leur anesthésiste et que 75% ignorent son rôle dans les soins postopératoires. Wetchler affirme dans une ASA Newsletter de 1994 " *They don't know who we are and what we do* ". Une étude de Zvara et al. est à cet égard intéressante (The importance of the postoperative anesthetic visit: do repeated visits improve Anesth Analg 1996; 83: 793-7). L'étude prospective randomisée porte sur 144 opérés avec un séjour postopératoire d'au moins trois jours. Ils sont répartis en trois groupes: 1, 2 ou 3 visites postopératoires. Cinq résultats importants sont à retenir: 1) les opérés se souviennent moins souvent du nom de l'anesthésiste que de celui du chirurgien; 2) ils ne s'en souviennent pas mieux quel que soit le groupe; 3) 85% se souviennent du sexe de l'anesthésiste (!); 4) seulement 10% se souviennent du nom de l'anesthésiste; 5) ils attribuent la note de 4 et 5 (sur 5) aux prestations anesthésiques qu'ils estiment être la détection et le traitement des complications postopératoires éventuelles liées à l'anesthésie. Et pourtant, c'était le même anesthésiste qui avait vu le malade avant,

pendant et après l'intervention!

Le MAR est à l'évidence responsable d'un certains nombre de soins postopératoires immédiats résultant soit de son fait soit de sa maîtrise technique: il en va ainsi (i) des effets secondaires de l'anesthésie comme des troubles neurologiques (conscience, agitation, déficits), des troubles de l'airway, des troubles digestifs (nausées, vomissements) ou des complications mécaniques des gestes techniques (position des cathéters, pneumothorax, brèche périurale, globe vésical,...) (ii) de la prise en charge de la douleur postopératoire que l'Acute Pain Service soit formalisé ou non avec les articulations MAR - IADE - IDE. Il va sûrement s'impliquer dans le maintien de l'équilibre hydro-électrolytique et nutritionnel, mais la prescription de 2 litres de PG5 implique t-elle d'être MAR? Le MAR ne devrait-il pas plutôt être saisi comme *consultant* pour la prescription de perfusions plus complexes ou dans le cadre d'une Nutrition Clinic à l'image d'une Pain Clinic? Le MAR maîtrise souvent bien l'antibioprophylaxie et l'antibiothérapie mais le chirurgien n'a t-il pas abandonné là un aspect médical de son exercice? Le domaine des anticoagulants est encore plus conflictuel: laisser l'exclusivité au chirurgien peut conduire à des catastrophes en matière d'anesthésie-locorégionale; laisser l'exclusivité au MAR (sans dialogue) a été illustré par l'observation médico-légale initiale: une attitude concertée s'impose donc. La transfusion exacerbe les passions car si c'est bien le chirurgien qui fait saigner, c'est celui qui signe le bon qui est susceptible d'avoir les ennuis en matière d'indication et de respect des procédures réglementaires. Les autres problèmes sont typiquement de la médecine générale. Par ailleurs, pourquoi le MAR serait-il chargé de rechercher les complications d'un geste qui n'est pas le sien et d'en assurer l'intendance? Les problèmes chirurgicaux sont-ils plus souvent post-anesthésiques ou post-chirurgicaux? (transit, drains de Redon, pansements, irrigations, lâchage de sutures, saignement, sepsis sur prothèse, infection urinaire, ...). La pire des choses serait que le chirurgien examine le malade, fasse l'hypothèse diagnostique, émette les prescriptions et que le MAR téléphone et remplisse les bons! Pourquoi le MAR serait-il plus apte (hormis du fait de l'expérience qu'il a acquise au cours de ses années de pratique) que les autres médecins pour les soins médicaux dans les services de médecine ou dans les services de chirurgie? 1) parce qu'il est là entre midi et 14 heures?; 2) parce qu'il est sur place la nuit et le week-end?; 3) parce qu'il est généraliste?; 4) parce que les voies veineuses (cathéters centraux), c'est lui?; 5) parce que la tension artérielle et la fréquence cardiaque c'est lui?; 6) parce que reprendre les traitements antérieurs, traiter une crise d'asthme, gérer une douleur thoracique, équilibrer un diabète, c'est lui? Cependant, si les MAR ne font pas ce travail polyvalent coordonné dans ce contexte post-opératoire, il faudra bien trouver d'autres médecins spécialistes ou généralistes pour le faire. L'inconvénient risque d'être le découpage du malade entre le cardiologue, le pneumologue, l'infectiologue, le nutritionniste ou de n'avoir qu'une vision très générale déconnectée du contexte périopératoire. Parmi les pistes qui permettraient d'évoluer, certains proposent: (i) une réappropriation par le chirurgien d'un certain degré de participation médicale aux soins post-opératoires et donc de définir le bagage minimum en cette matière pour les internes de chirurgie et de l'enseigner en théorie et en pratique; (ii) une acquisition de connaissances médicales plus complètes pour les internes d'anesthésie-réanimation. Or, y a déjà beaucoup à apprendre et la maquette actuelle du DESAR tout comme sa maquette future à 5 ans permettant de valider l'ensemble de la réanimation chirurgicale et médicale laissent peu de place pour une formation dans

une autre spécialité. Il est cependant illusoire d'imaginer qu'effectuer un stage ou deux dans telle ou telle spécialité donne les compétences d'un spécialiste. Souvent d'ailleurs, quand les choses se compliquent, le MAR (voire même le Chirurgien) fait appel à un vrai spécialiste. Par ailleurs, le rôle polyvalent actuel du MAR dans les services de chirurgie est souvent mal exploité dans les bilans d'activité des départements d'anesthésie-réanimation où il est souvent difficile d'aller au-delà d'une appréciation globale dans le tableau de service: par exemple, équipe anesthésique du service de chirurgie digestive, 3 MAR au bloc, 1 MAR à la consultation et 1 MAR dans le service. Il conviendrait de pouvoir monnayer ce travail par un système de cotation, éventuellement par code-barres, de façon à l'imputer au budget du département d'anesthésie-réanimation.

En conclusion, si l'on considère (1) la démographie des MAR et surtout leur répartition sur le territoire, (2) ce qu'ils sont les seuls à savoir faire, (3) les obligations réglementaires, (4) le souhait d'une organisation optimale du plateau technique, (5) ce qu'il y a à faire après l'intervention, (6) ce que devraient faire les chirurgiens pour leurs malades, (7) ce qui relève de consultants spécialistes, (8) l'intérêt d'une médecine périopératoire globale, il n'est pas obligatoire que le MAR soit l'homme-orchestre des services chirurgicaux (pas là pour faire les ordonnances, pas là pour passer les coups de téléphone, pas là pour être impliqué sur le plan médico-légal parce qu'il était le seul présent donc questionné,...). Il doit se recentrer sur la douleur post-opératoire, le dépistage et le traitement des complications de l'anesthésie, faire la réanimation en réanimation. Ce minimum et surtout le reste de la médecine périopératoire doit faire l'objet d'un contrat écrit pour définir qui fait quoi de façon concertée.

Médecine périopératoire vue par les britanniques.

Perioperative Medicine. Managing surgical patients with medical problems. Edited by Anthony Nicholls and Iain Wilson, Oxford University Press.

[www.oup.co.uk/e.news](http://www.oup.co.uk/e.news)