

# Etats Généraux de l'Anesthésie-Réanimation (EGAR)

Juin 2010

**Redéfinir les contours de la profession, repenser l'organisation au service de la sécurité globale pour pallier la contrainte démographique**



La Société Française d'Anesthésie et de Réanimation est la plus importante des sociétés savantes françaises. Elle fédère **4 000 anesthésistes-réanimateurs** autour de l'étude, l'avancement et l'enseignement de l'anesthésie et de la réanimation, la recherche et surtout, l'amélioration de la sécurité du patient.

Dans ce domaine, la SFAR fait figure d'avant-gardiste puisque dès les années 80, elle a développé une démarche qualité inspirée d'une réflexion sur les pratiques, puis sur l'information du patient « acteur de sa propre sécurité ». Cette réflexion critique menée par les anesthésistes-réanimateurs a contribué à la réduction drastique *du nombre de décès accidentels liés à l'anesthésie, passés de 1/100 000 en 1980 à 1/1 000 000 au milieu des années 90 (Cf. Enquête SFAR-INSERM, L'Anesthésie en France en 1996).*

Encouragés par ces progrès, par la confiance que les patients leur témoignent (Cf. étude BVA 2010), les anesthésistes-réanimateurs ont souhaité aller plus loin en réunissant les premiers Etats Généraux de l'Anesthésie-Réanimation (EGAR), qui se sont tenus le 18 juin 2010.

Près de 150 anesthésistes-réanimateurs des secteurs public et privé, venus de toute la France, ont consacré une journée à dresser un état des lieux, croiser points de vue et pratiques, s'interroger sur la façon d'améliorer l'organisation de la discipline :

- ④ Comment accroître la sécurité des patients les plus vulnérables, sans affecter la vigilance à l'égard des autres, dans un contexte démographique tendu (lire : **La démographie médicale des anesthésistes-réanimateurs** p 3).
- ④ Comment favoriser l'intégration du patient au processus de soin pour qu'il devienne un acteur de sa propre sécurité, en relation avec l'équipe médicale ?
- ④ Comment organiser la répartition des tâches entre les différents acteurs de la prise en charge (IADE, chirurgiens, médecin traitant) dans l'intérêt du patient ?
- ④ Comment favoriser l'émergence de réseaux filières qui prennent en charge le patient de la ville à l'hôpital et de l'hôpital à la ville, du préopératoire au postopératoire, dans le souci continu de la sécurité du patient ?

Les EGAR ont abordé ces questions à travers les interventions et les réactions qu'elles ont suscitées dans la salle afin de nourrir les échanges et d'alimenter le débat.

Pour ouvrir des pistes de réponses, les anesthésistes-réanimateurs de la SFAR ont aussi souhaité associer à leurs Etats Généraux des représentants institutionnels, des infirmiers, des chirurgiens et des patients, à cette réflexion exigeante sur la qualité des soins et l'amélioration de la sécurité globale, en présence de Jean-Paul Delevoye, Médiateur de la République (dont le discours figure en annexe).

**La réflexion ouverte lors de ces premiers Etats Généraux de l'Anesthésie-Réanimation a pour vocation de se poursuivre, avec la participation de tous les anesthésistes-réanimateurs, et grâce au travail d'analyse, de synthèse et de proposition des comités de la SFAR. Il s'agit d'une démarche interactive inspirée par la culture de progrès portée par toute la profession. Une culture à transmettre aux générations futures, avec la collaboration de la collégiale des enseignants et du Collège Français d'Anesthésie-Réanimation (CFAR) qui réfléchit de son côté, en relation avec la SFAR, sur le thème plus spécifique de l'évolution de la formation des anesthésistes-réanimateurs.**

### **Le mot du professeur Pierre Carli**

#### **Ancien Président de la SFAR, initiateur du projet des EGAR**

« Les anesthésistes-réanimateurs de la SFAR ont été le fer de lance de la sécurité dans le bloc opératoire. Les réglementations aujourd'hui établies sont une pierre indispensable à la construction d'une partie de la médecine et de la chirurgie mais elles ne suffisent pas : il faut aller plus loin et penser à demain.

Les Etats Généraux de l'Anesthésie-Réanimation ont pour vocation de préparer l'avenir, voire de maîtriser l'évolution de notre métier.

Notre réflexion commune sur les concepts essentiels de médecine périopératoire et de sécurité globale doit tenir compte des attentes de la profession, mais aussi des personnes qui travaillent avec nous, de nos partenaires et surtout de nos patients : c'est pourquoi nous avons souhaité inviter chirurgiens, infirmiers, représentants des tutelles et des associations à cette première rencontre pour laquelle le Médiateur de la République, Monsieur Jean-Paul Delevoye, nous a fait l'honneur de sa présence.

Nous gardons à l'esprit qu'il ne s'agit pas d'un achèvement mais du début de notre démarche. Cette présentation de l'état des lieux de l'anesthésie-réanimation sera suivie d'un travail approfondi de réflexion pour poser les jalons de la médecine de demain. »

## La démographie médicale des anesthésistes-réanimateurs :

A la lumière des projections réalisées par l'INED<sup>1</sup> et la DREES<sup>2</sup> à partir des données de l'enquête CFAR - SFAR - INED de 1999 et de celles publiées en 2009 par l'ordre des médecins, le nombre d'anesthésistes-réanimateurs pourrait chuter de l'ordre de 16 à 20 % à l'horizon 2020.

Dès aujourd'hui, si les effectifs stagnent, l'âge moyen des anesthésistes-réanimateurs est désormais de 51 ans (contre 42,5 en 1989), un vieillissement qui n'est pas sans conséquence pour une profession éprouvante, particulièrement exposée au stress voire au burn out.

La situation est d'autant plus préoccupante que :

- les projections démographiques prévoient une augmentation de la population française de 6 à 7 % d'ici à 2020-2025 ;
- la population française vieillissant, elle aussi, la demande de soins s'accroît ;
- les progrès de la médecine et de la chirurgie offrent de plus en plus de possibilités d'interventions.

Comment faire face à la croissance des besoins dans le souci de la sécurité du patient et de l'amélioration de la prise en charge ?

Comment organiser la profession de manière à tenir compte des ressources humaines de chacun, en fonction de ses compétences, de son âge, de son parcours ?

Doit-on aller vers une délégation voire un transfert de compétences vers d'autres professions (comme les infirmiers anesthésistes) ? Et si oui, jusqu'où ?

Conscients du défi démographique à relever, les anesthésistes-réanimateurs rassemblés aux EGAR, ont réfléchi à la redéfinition de leur profession, soulevant des questions destinées à nourrir un travail collectif et transversal, portés par les Comités de la SFAR.

**Source :** Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation n°29 (2010) 862–867, *La démographie médicale des anesthésistes-réanimateurs est-elle encore compromise en France à l'horizon 2020 ?* (Pontone et Brouard)

---

<sup>1</sup> Institut National des études démographiques

<sup>2</sup> Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

## 1. L'état des lieux : le décalage entre la réalité de l'anesthésie-réanimation et sa perception par le patient.

En amont des EGAR, la SFAR a demandé la réalisation d'une enquête sur la perception de l'anesthésie-réanimation par les Français. Le sondage réalisé sur un échantillon représentatif de la population française de 15 ans et plus (1 013 personnes), par l'Institut BVA les 4 et 5 juin 2010, souligne les écarts entre la réalité de la discipline et les représentations des patients.

### 1.1 Résultats de l'étude SFAR / BVA : enquête sur la perception de l'anesthésie réanimation par les Français

#### Les Français et l'anesthésie-réanimation :

9 Français sur 10 ont déclaré avoir déjà été confrontés à une anesthésie que ce soit pour eux ou un proche, 76 % d'entre eux ayant déclaré en avoir déjà subi une au cours de leur vie.

Par ailleurs, 35 % des personnes interrogées ont déclaré avoir été confrontées à un service de réanimation les 5 dernières années :

- 18 % pour elles-mêmes,
- 24 % pour un proche

Ces chiffres étonnants ne reflètent pas la réalité statistique de la réanimation et témoignent sans doute de la méconnaissance des différentes étapes et structures de la réanimation et du parcours péri-opératoire du patient (voir schéma p 16).

Les principales craintes qu'ils ressentent lors d'une opération :

- 82 % craignent une infection nosocomiale (un chiffre qui atteint 84 % chez les personnes interrogées qui n'ont jamais été concernées par une anesthésie) ;
- 60 % ont manifesté leur peur d'une erreur médicale (64 % chez les personnes interrogées qui n'ont jamais été concernées par une anesthésie) ;
- 47 % redoutent l'intervention en elle-même (48 % chez ceux qui ont déjà subi une anesthésie) ;
- 45 % appréhendent l'anesthésie ;
- 8 % les examens médicaux complémentaires.

La majorité des appréhensions relatives à l'anesthésie sont liées au confort du réveil :

- 69 % ont peur d'être fatigués par l'anesthésie,
- 53 % craignent les vomissements consécutifs.

Ces appréhensions concernent plus particulièrement les femmes jeunes.

Viennent ensuite les craintes concernant la sécurité anesthésique qui préoccupent particulièrement les foyers populaires et les jeunes de 24 à 35 ans :

- 44 % ont peur de ne pas se réveiller,
- 41 % ont peur de rester paralysés après une anesthésie par péridurale,
- Arrivent ensuite la peur des piqûres (29 % des sondés), la crainte de perdre la mémoire (29 %), la peur de se réveiller pendant l'opération (29 %) [ces deux dernières étant plus souvent citées les foyers populaires].

Ces chiffres montrent le décalage entre les risques et leurs représentations des risques. Ce que confirme la question suivante. En effet, le risque de complications graves consécutives à l'anesthésie a été évalué à 21 % par les personnes interrogées, un chiffre largement surestimé, comme en témoigne l'enquête sur la sécurité anesthésique présentée p 7.

**D'une manière générale, une très large majorité de 94 % des personnes interrogées fait confiance aux anesthésistes-réanimateurs. Et les personnes ayant déjà été concernées par l'anesthésie sont les plus confiantes.**

Concernant le rôle de l'anesthésiste-réanimateur : les personnes interrogées ont dû évaluer l'importance de 6 étapes de la prise en charge incombant à l'anesthésiste-réanimateur :

- Le médecin anesthésiste-réanimateur fait un bilan médical du patient avant l'opération.
- Le médecin anesthésiste-réanimateur donne au patient des explications sur les risques et le déroulement de l'anesthésie.
- Le médecin anesthésiste-réanimateur donne au patient des explications sur le déroulement de l'anesthésie.
- Le médecin anesthésiste-réanimateur donne au patient des médicaments pour les douleurs postopératoires.
- Le médecin anesthésiste-réanimateur fait un suivi régulier du patient dans les jours qui suivent l'anesthésie.
- Le médecin anesthésiste-réanimateur fait une consultation d'anesthésie de contrôle après l'opération.

**9 personnes sur 10 ont jugé le rôle de l'anesthésiste-réanimateur important à toutes ces étapes avec une attention particulière pour les étapes situées en amont de l'opération, comme le bilan médical dont l'importance est relevée par 98 % des sondés.**

**La réanimation dans ses grandes lignes est bien identifiée, malgré sans doute quelques confusions entre service de réanimation et salle de réveil. En effet, les personnes interrogées ont dû se prononcer sur 6 affirmations concernant les missions de ce service :**

- 92 % des personnes interrogées savent que les services de réanimation prennent en charge des patients en arrêt cardiaque ;
- 83 % savent que les services de réanimation prennent en charge les patients en détresse respiratoire ;
- 81 % savent que les services de réanimation prennent en charge les patients qui ont besoin de plusieurs assistances organiques (assistance cardiaque, respiratoire, rénale, hépatique) ;
- 80 % savent que les services de réanimation prennent en charge les patients présentant un risque de décès imminent ;
- 84 % pensent que les services de réanimation prennent en charge les patients après une chirurgie lourde ;
- 60 % pensent que les services de réanimation prennent en charge tous les patients ayant subi une intervention chirurgicale, quelle qu'en soit la lourdeur.

Pour en savoir plus sur les différentes structures de suivi post opératoire, voir le schéma p 16.

Aux personnes ayant fait l'expérience de la réanimation, les enquêteurs ont demandé les difficultés qu'ils avaient éprouvées :

Les difficultés exprimées sont parfois liées à l'infrastructure du service :

- Pour 43 % c'est angoissant car il y a beaucoup d'appareils ;
- 35 % ont rencontré des problèmes de communication liés à la présence de nombreux appareils ;
- 32 % se sont plaint du bruit.

On le voit, ces difficultés rejoignent parfois un inconfort moral plus directement exprimé dans les affirmations ci-dessous :

- 41 % ont souffert des horaires de visite difficiles ;
- 39 % du manque d'intimité ;
- 32 % ont moralement mal vécu leur séjour.

Il ressort de ces affirmations le poids de l'isolement, de la solitude parfois source d'angoisse, dans un environnement que l'on ne maîtrise pas et dont on a du mal à obtenir quelques clés.

Ainsi...

- 33 % ont exprimé les difficultés rencontrées pour obtenir des informations ;
- 24 % ne savaient pas pourquoi ils étaient hospitalisés dans ce service ;
- 18 % ont trouvé le personnel indifférent à l'égard des patients.

De l'ensemble de ces affirmations concernant le vécu du patient en réanimation, ressort en premier lieu la difficulté à s'approprier un univers méconnu, voire intimidant (machines), le sentiment de solitude et d'angoisse qui en résulte, décuplé par le manque de contact avec d'éventuels visiteurs, ou encore le personnel soignant.

Cela souligne certainement l'importance du travail réalisé par la SFAR pour développer l'information et la communication vers le patient afin de le rassurer et de contribuer à démystifier son environnement. Dans cet objectif, le sondage permettra aux anesthésistes-réanimateurs d'identifier les points sur lesquels il est nécessaire d'insister.

### **L'éthique en réanimation :**

En dernier lieu, les personnes sondées ont été interrogées sur des questions d'ordre éthique.

Faut-il ranimer un patient quelles qu'en soient les conséquences et séquelles ? Les avis exprimés ne sont pas tranchés. Ainsi, une personne sur deux pense qu'il faut le faire, 20 % sont même tout à fait d'accord sur cela. Il est intéressant de noter que ceux qui sont davantage d'accord sont les hommes, les jeunes et les CSP-, alors que les CSP+ ou les femmes sont plus réticents sur cette question d'éthique.

**L'ensemble des résultats de cette étude montrent que les Français ont identifié bon nombre des missions des anesthésistes-réanimateurs. Ils témoignent aussi de leur confiance et de leur bonne image du métier, ce qui ne les empêche pas d'éprouver une certaine angoisse lorsqu'ils sont confrontés à une anesthésie ou à un séjour en service de réanimation, une angoisse nourrie par une méconnaissance de l'environnement et par un décalage entre les représentations qu'ils se font de la discipline et de la réalité (notamment le décalage entre la perception du risque et le risque réel).**

**Cette étude conforte donc les anesthésiste-réanimateurs de la SFAR dans le développement de l'information vers le patient et dans le renforcement de la communication patient-équipe soignante. Elle permet aussi d'identifier les vraies peurs, les vraies appréhensions (vomissements, douleur) ou encore les questions qui ne sont pas toujours exprimées afin de mieux y répondre.**

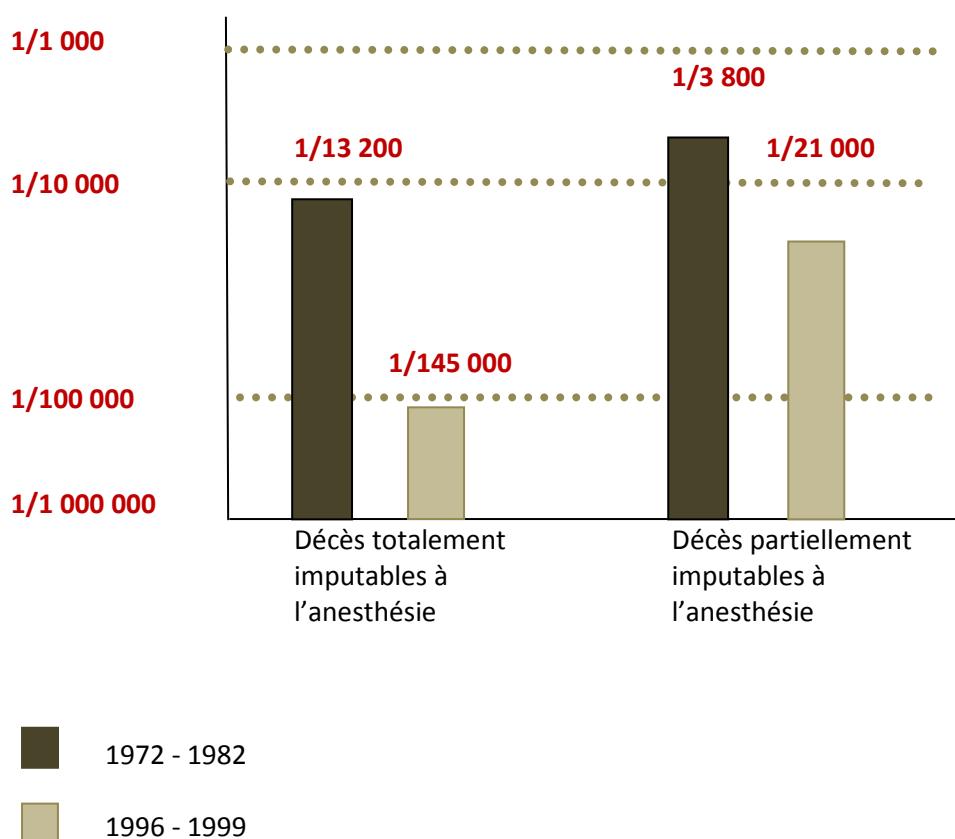
Pour en savoir plus, voir l'intervention de Madame Jouannic : <http://www.sfar.org/article/210/egar>

### 1.1. La réalité des chiffres :

Lorsque les Français interrogés par BVA estiment le risque de complication anesthésique grave à 21 %, ils le surestiment de beaucoup.

En effet, l'anesthésie a réalisé bien des progrès en matière de sécurité, comme en témoigne la comparaison des résultats des enquêtes SFAR-INSERM menées dans les années 80 et au début des années 2000.

Le risque de décès totalement imputables à l'anesthésie est ainsi évalué à 1/145 000 et celui des décès partiellement imputables à l'anesthésie à 1/21 000.



La comparaison des chiffres des deux enquêtes montre qu'en moins de 20 ans, grâce aux progrès technologiques - introduction d'alarmes sur toutes les machines, développement des stations d'anesthésie, oxymétrie de pouls<sup>3</sup>, capnographie<sup>4</sup>, etc. – grâce aussi à l'amélioration de l'organisation

<sup>3</sup> L'oxymétrie de pouls est la mesure continue de la saturation artérielle de l'hémoglobine réalisée à l'aide d'un doigtier.

<sup>4</sup> La capnographie est la mesure du CO<sub>2</sub> expiré: elle permet de surveiller la production de CO<sub>2</sub>, la perfusion pulmonaire et la ventilation alvéolaire du patient.

des soins périopératoires, et notamment la mise en place de salles de surveillance post-interventionnelle (SSPI), le risque anesthésique a été divisé par 10, voire plus (lire encadré : *De l'amélioration de la sécurité anesthésique à la sécurité périopératoire : quelques grandes étapes*).

Cependant, ces chiffres très encourageants cachent des disparités : aujourd'hui, en effet, les sujets les plus fragiles, notamment les ASA 3 et ASA 4 (lire plus bas *Zoom sur la classification ASA*) demeurent plus exposés en termes de mortalité :

- 12 % des patients opérés expliqueraient 84 % de la mortalité opératoire;
- en postopératoire, 2 % des patients décèdent dans les 30 jours qui suivent l'intervention (selon une étude publiée en 2007 dans le Journal of the American College of Surgery) ;
- 50 % des décès en postopératoire ont lieu dans les 5 jours qui suivent l'intervention chirurgicales (d'après Réf National Confidential Enquiry into Patient Outcome and Death, Royaume-Uni, 1992-1993) : ces décès en postopératoire sont souvent liés à des embolies pulmonaires, des insuffisances rénales postopératoires, des infarctus du myocarde, des pathologies que les anesthésistes-réanimateurs connaissent bien et qu'ils savent bien prendre en charge.

**Conscients de la nécessité d'améliorer la sécurité des patients au-delà de l'acte opératoire, les participants des EGAR ont réfléchi aux moyens d'agir sur la sécurité globale des patients au sein de la SFAR, en relation avec les chirurgiens et les infirmiers réanimateurs pour redessiner les contours de l'organisation de la chirurgie et améliorer la sécurité des patients, en intégrant leurs besoins et leurs attentes.**

### Zoom sur la classification ASA

La classification établie par l'American Society of Anesthesiologists, d'où l'acronyme, vise à classer les patients en fonction de leur vulnérabilité et de leur exposition aux risques :

- **ASA 1** : patient ne présentant pas de pathologie
- **ASA 2** : patient présentant une pathologie qui ne met pas en jeu son pronostic vital (par exemple, une hypertension artérielle contrôlée)
- **ASA 3** : patient présentant une pathologie pouvant mettre en jeu le pronostic vital (par exemple, patient coronarien)
- **ASA 4** : patient pour qui le risque vital est immédiat (par exemple ? accidenté de la route avec hémorragie)

Pour en savoir plus : voir l'intervention du Pr Dan Benhamou : <http://www.sfar.org/article/210/egar>



## 2. Redessiner l'organisation pour mieux répondre aux besoins de tous les patients.

Les interventions présentées aux EGAR par les anesthésistes-réanimateurs et leurs invités partenaires ont montré que l'amélioration de la sécurité globale passe par le renforcement de la surveillance des sujets les plus vulnérables.

Comment identifier ces sujets ? Comment travailler en concertation pour leur accorder une surveillance renforcée sans que les patients les moins fragiles s'en trouvent négligés, malgré la contrainte démographique ?

Les pistes envisagées renvoient à la réflexion individuelle sur ses pratiques, mais aussi à la mise en œuvre d'une véritable stratégie collective et transversale qui implique tous les acteurs de la prise en charge, du médecin traitant à l'équipe chirurgicale (anesthésiste-réanimateur, chirurgien, infirmiers), sans oublier le patient, acteur de sa propre sécurité.

### 2.1. Identifier les risques :

#### 2.1.1. Les risques inhérents au patient :

L'anesthésiste-réanimateur joue un rôle majeur dans l'identification des risques du patient, notamment lors de la consultation préopératoire d'anesthésie. Sa connaissance du traitement des complications en postopératoire lui permet aussi d'anticiper ces risques, voire d'alerter le chirurgien en amont de l'intervention ; d'où l'importance de maintenir le rôle de l'anesthésiste-réanimateur en postopératoire.

Les risques concernant le patient peuvent être liés à :

- son état général, son âge ;
- des pathologies qui peuvent le fragiliser ;
- le traitement de ces pathologies : par exemple, il faudra gérer l'interruption d'un traitement anticoagulant.

Le médecin traitant, le patient, la famille du patient ont eux aussi un rôle à jouer dans la transmission d'une information aussi exhaustive que possible.

L'ensemble de ces données doit être largement partagé par tous les acteurs de la prise en charge.

#### 2.1.2 Les risques inhérents à la pratique des médecins :

Lors des EGAR, le Pr Dan Benhamou (Kremlin Bicêtre) a rappelé les analyses de Lucian Leape<sup>5</sup>, professeur de santé publique à Harvard, spécialiste de la qualité des soins et de la sécurité du patient. Celui-ci soulignait, en 2008, qu'à court terme, la seule application de ce que la médecine sait déjà (en termes de traitement, de prise en charge de la douleur) suffirait à réduire la mortalité et à améliorer l'état de santé de la population sans nécessiter le développement de nouveaux traitements.

---

<sup>5</sup> <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21249863>

La sécurité anesthésique a progressé grâce à la mise en œuvre de règles professionnelles, de recommandations (lire : ***De l'amélioration de la sécurité anesthésique à la sécurité péri-opératoire***) permettant d'optimiser les soins grâce à l'application de ce que l'on a appris. **La sécurité globale du patient gagnera au strict respect des règles professionnelles.**

Les règles concernant l'antibioprophylaxie en sont une bonne illustration.

Une enquête réalisée dans le sud de la France a étudié une population de patients devant subir une intervention urologique. Cette étude a montré que les règles de l'antibioprophylaxie n'étaient respectées que dans 50 à 60 % des cas.

**Pourquoi les règles ne sont-elles pas appliquées ? Manque de formation, problème de communication, ou encore d'organisation, burnout des équipes, les discussions des EGAR ont souligné l'importance du facteur humain dans l'amélioration de la sécurité et l'aspect essentiel de l'organisation tant sur le plan matériel que relationnel.**

**Il faut d'abord apprendre à mieux communiquer entre soignants, et l'amélioration de la communication entre soignants passe d'abord par l'organisation des échanges et des tâches :**

- ✚ **Qui fait quoi ?** Le non respect des règles peut en effet être lié au flou dans la définition des tâches. La répartition de celles-ci doit être explicite, comme le souligne le Conseil National de l'Ordre National des Médecins dès 2001 (Lire encadré : ***De l'amélioration de la sécurité anesthésique à la sécurité péri-opératoire***).
- ✚ **Comment l'information doit-elle être collectée, vérifiée, mise à jour, transmise ? Faut-il travailler manuellement ou d'une façon informatisée ? Tous les mots ont-ils la même signification pour tous ? Comment définir chaque terme afin d'éviter les malentendus ?**
- ✚ **Ecrire noir sur blanc : il est capital d'écrire noir sur blanc ce qui doit être transmis, de consigner par écrit la vérification du matériel, de remplir par écrit la check-list, etc. D'une manière générale, il est prouvé qu'écrire ce que l'on fait contribue à diminuer la mortalité.** Parce qu'écrire permet non seulement de vérifier ce qui a été fait mais aussi de prendre conscience de ce qui pourrait être amélioré. L'écriture est une arme contre l'oubli, un facteur de rigueur : elle instaure et enracine les réflexes, permet un retour sur expérience, génère une culture de la sécurité.
- ✚ **Le développement de la culture de la sécurité passe enfin par le retour sur expérience, l'analyse critique des pratiques (en vue de l'auto-évaluation), la déclaration des événements porteurs de risques (qu'est-ce qui n'a pas fonctionné, et pourquoi cela n'a pas fonctionné ?) est capital pour permettre à chacun de progresser.** En effet, les règles sont là pour fixer une ligne de conduite, mais celle-ci doit être enrichie, précisée par la pratique. Les règles ne doivent pas être comprises comme une fin en soi, mais plutôt comme un moyen de progresser ; elles ne doivent pas être figées, mais en constante évolution, grâce au retour sur expérience, à l'analyse des pratiques et à l'échange entre les différents acteurs de la prise en charge.
- ✚ **En complément, si l'organisation des relations entre les professionnels permet d'optimiser la prise en charge des patients, la structuration de l'espace (regroupement des patients nécessitant une attention particulière, accessibilité de l'anesthésiste-réanimateur) est aussi un facteur d'amélioration de la sécurité :** une étude néerlandaise publiée dans la revue ***Anesthesiology*** en 2005, a ainsi montré que le seul fait de pouvoir contacter directement, *de visu* l'anesthésiste-réanimateur, en cas de besoin, contribuait à diminuer le risque de mortalité.

**L'ensemble de ces éléments évoqués lors des EGAR souligne l'absolue nécessité de penser l'organisation globale des établissements ou des services, afin de faire progresser la sécurité globale des patients.**

## 2.2. Penser l'organisation globale des soins pour améliorer la sécurité globale du patient :

S'il est nécessaire de penser l'organisation globale des soins, il n'est sans doute pas souhaitable d'établir des règles fixes et définitives pour tous. L'essentiel, selon les anesthésistes-réanimateurs réunis aux EGAR est de trouver les justes moyens permettant de remplir l'objectif de sécurité fixé, notamment par le décret de 1994 (« une organisation permettant de faire face à tout moment à une complication liée à l'intervention, à l'anesthésie »).

Pour ce faire, la réflexion sur l'organisation doit intégrer la singularité de chaque équipe :

- ✚ effectifs,
- ✚ équipement,
- ✚ type d'interventions réalisées,
- ✚ nombre de patients,
- ✚ organisation de l'espace, etc.

### 2.2.1. Ecrire l'organisation au sein du service : étude de cas.

La définition de l'organisation de la médecine péri-opératoire se situe au confluent de la gestion des ressources humaines et de questions médicales plus techniques.

Le Dr Patrick-Georges Yavordios (Bourg-en-Bresse) a présenté aux EGAR des éléments de réflexion à travers une étude de cas, offrant des pistes de réponses aux personnes souhaitant s'engager dans la rédaction de chartes de fonctionnement (lire ou écouter l'intervention de Patrick-Georges Yavordios sur <http://www.sfar.org/article/210/egar>).

Les **recommandations du Conseil de l'Ordre de 2001** concernant les relations entre anesthésistes-réanimateurs, chirurgiens, autres spécialistes ou professionnels de santé, ou encore le **manuel de la Haute Autorité de Santé concernant l'accréditation (HAS V2 référence 37)** : [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/20070601\\_manuelv2007.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/20070601_manuelv2007.pdf) ) offrent un cadre de réflexion utile et fécond.

La méthodologie exposée par le Dr Yavordios recommande de tenir compte des souhaits et des capacités de chacun afin d'optimiser l'utilisation des compétences et de s'assurer de l'adhésion de tous. Aussi la démarche repose-t-elle en premier lieu sur l'administration, à tous les membres de l'équipe, d'un questionnaire destiné à **recueillir les souhaits de chacun concernant la prise en charge d'un certain nombre d'items comme** :

- L'antibioprophylaxie
- L'antibiothérapie curative
- La prévention de la maladie thromboembolique
- La gestion des médicaments en préopératoire / postopératoire
- La gestion du sang en préopératoire
- La gestion de l'anémie en postopératoire
- La gestion de l'hydratation et de l'alimentation
- La prise en charge de la douleur péri-opératoire
- La prise en charge de la douleur aiguë / chronique
- La visite en postopératoire à J1

- La mise en place d'un anesthésiste-réanimateur consultant, interlocuteur du médecin référent en cas de besoin.

Pour chacun de ces points précis, il s'agit ensuite de :

- **Définir le rôle de chaque praticien dans la prise en charge d'un patient ;**
- **D'optimiser la coordination des soins ;**
- **De manière à éviter les prescriptions contradictoires ;**
- **D'identifier le médecin référent, interlocuteur du personnel paramédical (souvent, le chirurgien).**

**L'organisation doit enfin faire l'objet de la rédaction d'un protocole validé par la Commission Médicale d'Etablissement.**

Le protocole peut être décliné en fonction des spécialités (pour tous les items recensés, les besoins ne sont pas exactement les mêmes dans toutes les spécialités chirurgicales) et tenir compte des besoins spécifiques liés à la médecine périopératoire des malades à haut risque (soit 12-15 % des patients). Ainsi, l'organisation gagnera à envisager le regroupement des patients à haut risque en un même lieu, afin de gagner en qualité des soins à effectifs constants.

### **De l'amélioration de la sécurité anesthésique à la sécurité péri-opératoire : quelques grandes étapes de l'organisation des soins**

Fer de lance de la sécurité, les anesthésistes-réanimateurs ont contribué, par leur réflexion, à la mise en œuvre d'un cadre législatif ou réglementaire visant l'amélioration de la qualité des soins et à la réduction des risques.

En voici quelques étapes marquantes :

#### **Décembre 1994**

Publication du décret (N° 94 - 1050) relatif aux conditions techniques de fonctionnement des établissements de santé en ce qui concerne la pratique de l'anesthésie qui définit notamment les obligations concernant :

- **l'organisation** : prévoir conjointement (chirurgiens, anesthésistes-réanimateurs, responsables de l'organisation) l'organisation des interventions en tenant compte des moyens matériels et humains nécessaires à la sécurité du patient (art. 712-42) ;
- **la consultation pré-anesthésique** (art. 712-40) qui ne doit pas se substituer à la visite préanesthésique ;
- **la surveillance clinique continue** post-interventionnelle « jusqu'au retour et au maintien de l'autonomie respiratoire du patient » (art. 712-45) : mise en œuvre dans les salles de surveillance post-interventionnelle (art. 712-46) elle doit être dotée des moyens matériels et humains nécessaires pour assurer la sécurité du patient (art. 712-44 et 712-47 à 712-49).

Le décret du 5 décembre 1994 explicite par ailleurs le rôle du médecin anesthésiste-réanimateur qui établit le protocole mis en œuvre **sous sa responsabilité**.

Pour en savoir plus :

[http://www.utc.fr/~farges/textes\\_off/decrets/d\\_1994\\_1050\\_Anesthesie/Decret\\_1994\\_1050\\_Anesthesie.pdf](http://www.utc.fr/~farges/textes_off/decrets/d_1994_1050_Anesthesie/Decret_1994_1050_Anesthesie.pdf)

## Décembre 2001 :

Prenant acte de l'évolution des techniques et des pratiques, les recommandations du Conseil de l'Ordre des Médecins, insistent sur la nécessité de consigner par écrit :

- l'organisation du service pour les interventions,
- la répartition des tâches et des responsabilités (entre chirurgien, anesthésiste-réanimateur).

*« Il est nécessaire que les anesthésistes-réanimateurs et les chirurgiens d'une même équipe rédigent une charte portant sur les 5 points de fonctionnement de l'équipe : la consultation d'anesthésie, le programme opératoire, le réveil anesthésique, les soins intensifs et la réanimation chirurgicale, et l'hospitalisation.*

*Pour chaque point, selon l'organisation privée ou publique de l'établissement, il faut répondre aux questions qui engagent la responsabilité séparée ou solidaire des deux intervenants.*

*La répartition des tâches et des responsabilités doit être explicite.*

Pour en savoir plus :

<http://www.sfar.org/docs/articles/196-reco%20anesth%20chir%20autres%202001.pdf>

## Avril 1997 :

Le décret n°97-311 du 7 avril 1997 relatif à l'organisation et au fonctionnement de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES) instituée à l'article L. 791-1 du code de la santé publique, et dont les missions ont été reprises en 2004 par la Haute Autorité de Santé :

- élaboration de références médicales
- publication de recommandations de bonnes pratiques
- accréditation des établissements de santé

[http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=CE664E2AF31F0A23F53EC7F8EC9E385C.tpdjo12v\\_1?cidTexte=JORFTEXT000000381075&categorieLien=id](http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=CE664E2AF31F0A23F53EC7F8EC9E385C.tpdjo12v_1?cidTexte=JORFTEXT000000381075&categorieLien=id)

## Février 2002 :

Le 16 février, publication du décret n° 2002-194 du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier. L'article 10 de ce décret précise le rôle exercé par les Infirmiers anesthésistes (ou « IADE »), **sous la responsabilité du médecin anesthésiste-réanimateur :**

- *L'infirmier anesthésiste diplômé d'Etat est seul habilité, à condition qu'un médecin anesthésiste-réanimateur puisse intervenir à tout moment, et après qu'un médecin anesthésiste-réanimateur a examiné le patient et établi le protocole, à appliquer les techniques suivantes :*

*1° Anesthésie générale ;*

*2° Anesthésie loco-régionale et réinjections dans le cas où un dispositif a été mis en place par un médecin anesthésiste-réanimateur ;*

*3° Réanimation peropératoire.*

Pour en savoir plus :

<http://www.sfar.org/article/68/information-sur-le-decret-relatif-aux-actes-professionnels-et-a-l-exercice-de-la-profession-d-infirmier>

#### **A partir de janvier 2010 :**

- A partir de janvier 2010, la HAS déploie une check-list élaborée en concertation avec les professionnels de santé, dont les anesthésistes-réanimateurs de la SFAR, pour satisfaire aux exigences de la sécurité opératoire :

La check-list en 10 points est vérifiée oralement par l'ensemble de l'équipe avant l'intervention.

Applicable en France, dans tous les établissements de santé qui disposent d'un bloc opératoire. Sa mise en place sera vérifiée par les experts-visiteurs dans le cadre de la certification.

Pour en savoir plus :

[http://www.has-sante.fr/portail/plugins/ModuleXitiKLEE/types/FileDocument/doXiti.jsp?id=c\\_816113](http://www.has-sante.fr/portail/plugins/ModuleXitiKLEE/types/FileDocument/doXiti.jsp?id=c_816113)

#### **2.2.2. Les besoins spécifiques des patients les plus fragiles :**

On l'a vu, les patients les plus vulnérables sont exposés à un surcroît de risque dans le contexte périopératoire. L'organisation des soins doit permettre de leur offrir une meilleure surveillance, d'où l'importance de la définition (ou redéfinition) de filières de soins qui intègre les risques identifiés.

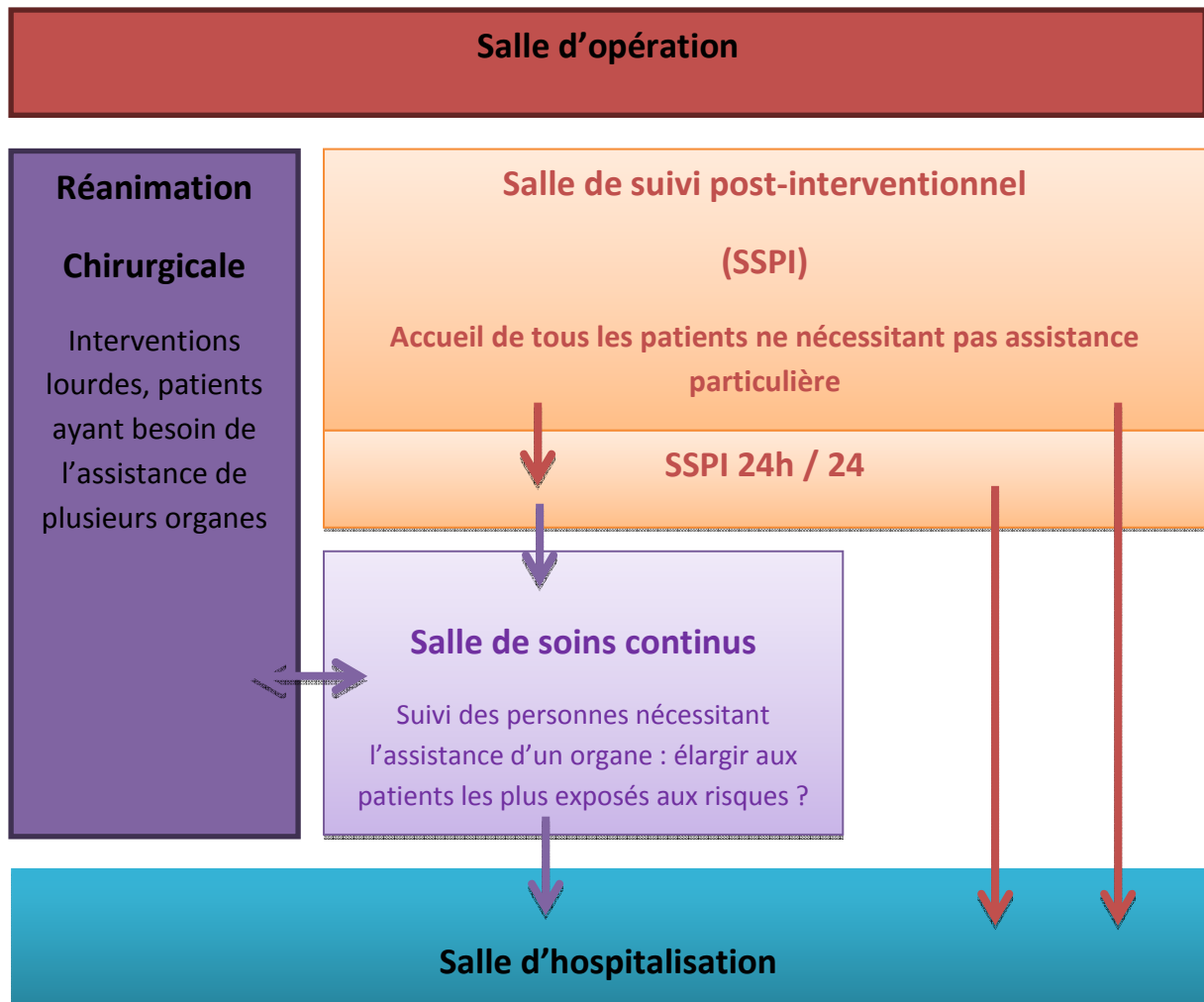
Aujourd'hui, à l'issue de l'intervention, il est établi que :

- ✚ les patients ASA 1 ou 2 qui n'ont pas de particularité vont en salle de réveil (ou SSPI) puis en service d'hospitalisation ;
- ✚ certains peuvent nécessiter une surveillance en SSPI durant la nuit qui suit l'intervention ;
- ✚ d'autres encore peuvent être surveillés en unité de soins continus, dans les établissements qui disposent de telles structures.
- ✚ les patients lourds sont accueillis en réanimation chirurgicale ou polyvalente.

Au vu des chiffres concernant la mortalité postopératoire, il est nécessaire de préciser les procédures de suivi postopératoire. Il s'agit de définir quels patients à risque pourront bénéficier d'une surveillance renforcée dans une unité de soins continus (ou soins intermédiaires) entre la salle de réveil et l'hospitalisation. Cette filiarisation du suivi postopératoire permettrait d'améliorer la prise en charge des 12 % de patients les plus exposés à la mortalité périopératoire.

La réflexion sur la définition de ces filières de soins postopératoires implique, au premier chef, les anesthésistes-réanimateurs, experts de l'identification des risques et de la prise en charge de nombre de complications.

**Elle ouvre aussi la voie à une réflexion globale qui dépasse le contexte strictement périopératoire et intègre, en amont et en aval de l'intervention, le médecin traitant, le cardiologue de ville, et tous les acteurs du suivi et de la sécurité du patient, jusqu'au patient lui-même et à sa famille.**



Pour en savoir plus sur la filiarisation des soins postopératoires : voir intervention du Professeur Claude Ecoffey (Rennes) aux EGAR <http://www.sfar.org/article/210/egar>.

### 2.3. La place du patient dans l'amélioration de la sécurité globale du patient :

Avant-gardistes en matière d'information, interlocuteurs privilégiés du patient en amont de l'intervention chirurgicale, les anesthésistes-réanimateurs ont très tôt associé celui-ci au processus de l'anesthésie en mettant à sa disposition des outils permettant de mieux comprendre les contours de sa prise en charge (voir le film *L'Anesthésie en clair* <http://www.sfar.org/espace-grand-public/espace-grand-public.php>).

En effet, pour améliorer la sécurité, le patient doit donner au médecin anesthésiste-réanimateur toutes les informations pertinentes en vue de l'optimisation de sa prise en charge. En cela, il est l'un des acteurs de la sécurité anesthésique.

Les anesthésistes-réanimateurs souhaitent poursuivre cette dynamique en associant le patient à leur démarche en vue d'améliorer la sécurité globale :



- En invitant le patient à s'exprimer, car il est bien souvent le mieux placé pour informer le médecin de ce qui ne va pas ;
- En étant à l'écoute des demandes exprimées en termes de qualité des soins (prise en charge de la douleur, des nausées, etc.) : dans ce sens, le sondage BVA réalisé en 2010 pour la SFAR doit permettre aux anesthésistes-réanimateurs de mieux comprendre les patients pour être mieux à même de mieux entendre leurs besoins, leurs demandes, voire leurs craintes.

### La conclusion du Dr Laurent Jouffroy, Président de la SFAR

« Qu'est-ce que le métier d'anesthésiste-réanimateur ? Ici, comme ailleurs, le mode de définition de la profession est aujourd'hui à un moment crucial de son histoire. La SFAR, en réponse aux sollicitations et interpellations dont elle fait l'objet dans des domaines très diversifiés, doit en effet s'interroger sur ce qui fonde la pratique même de notre profession.

Quel est le périmètre de la profession d'anesthésiste-réanimateur ? Ce périmètre défini par des missions doit-il changer ? Derrière ces questions, se trouvent maints débats sur les contraintes démographiques, la délégation, voire le transfert des compétences vers d'autres professions, infirmiers anesthésistes ou nouveaux métiers du bloc opératoire, avec une préoccupation centrale pour tous : la sécurité des patients.

La réflexion amorcée aux EGAR a mis l'accent sur l'organisation. **L'organisation est la question clé de la pérennité de l'anesthésie-réanimation : quels objectifs doit-on se fixer et par quels moyens peut-on y arriver ? La démarche qui combine efficacité et éthique, initiée lors de cette première rencontre devra se poursuivre dans le temps afin de dessiner les contours de l'anesthésie-réanimation de demain, dans l'intérêt des professionnels et surtout des patients. »**

## **Texte de l'intervention aux EGAR de Monsieur Jean-Paul Delevoye, Médiateur de la République**

J'ai été très frappé par la maturité du questionnement qui est le vôtre, qui correspond à un certain nombre de défis que toutes celles et ceux qui portent aujourd'hui, de quelque façon que ce soit, une autorité, sont obligés de relever. Je vais plutôt vous livrer mes interrogations sur les évolutions de la société et les réponses que l'on doit tenter d'y apporter.

J'ai été très frappé lorsqu'au sein de la Haute Autorité de Santé, Mme BACHELOT nous a demandé d'intégrer le pôle santé dans la médiation. Cela a conduit assez rapidement à un doublement des appels et nous nous sommes demandés pourquoi on appelait deux fois plus avec les mêmes hommes, les mêmes numéros et les mêmes plates-formes. La réponse qui nous a été faite, qui doit nous interpeller, est la suivante : « Vous comprenez, quand nous appelons le médiateur, c'est indépendant. Nous n'appelons pas les médecins parce qu'ils vont forcément se défendre entre eux ; il n'y aura donc pas d'objectivité et de distance par rapport à la question posée ».

C'est un premier sujet sur lequel il faut que nous réfléchissions. Une série d'études concerne les entreprises en général et il y a un rapport nouveau à l'autorité, qui est de plus en plus contestée quand elle est imposée. C'est vrai pour les pairs, pour les chefs d'entreprises et pour les politiques. Cela peut aussi parfois être vrai pour les médecins sauf qu'il est possible de faire évoluer cette relation d'autorité imposée en une autorité morale partagée.

On voit bien que cela pose des problèmes nouveaux d'éthique, d'exemplarité et surtout d'empathie entre celui qui exerce l'autorité et celui qui la subit. C'est pour la France en particulier, une révolution culturelle, parce qu'un certain nombre d'études ont montré –je le dis souvent- que les Françaises et les Français, à tort ou à raison, adorent la jouissance du pouvoir quelquefois plus que l'exercice de ce dernier. Nous sommes tous très attachés à nos attributs et aujourd'hui la qualité de notre statut ne nous protège pas, c'est la qualité du service rendu. Le paradigme du médecin ou du politique qui trônait peut être aujourd'hui formidablement déstabilisé. Cela doit nous amener à être modestes dans notre comportement, exigeants dans notre conduite et ambitieux dans nos résultats.

La relation entre le collectif -que représente le système de santé ou le secteur public en général- et l'individu a un certain nombre de défis à relever. Nous étions tous les uns et les autres convaincus que le secteur public était porté par des valeurs et il y avait une forme de citoyenneté et d'adhésion à ce dernier, avec une acceptation sans même aucune analyse critique. Or, nos concitoyens, à tort ou à raison, sont en train de perdre leur citoyenneté et deviennent de plus en plus consommateurs du service public. Cette notion de consommation reporte paradoxalement sur les acteurs du service public des responsabilités que l'on ne peut pas assumer soi-même ou des vertus que l'on ne peut pas s'appliquer à soi-même.

On voit donc bien qu'il y a aujourd'hui un équilibre intéressant à retrouver. Jusqu'où devons-nous accepter de porter sur nos épaules les irresponsabilités de celles et ceux dont nous avons la charge ou quelle coresponsabilité faut-il mettre en œuvre pour faire en sorte, au contraire, d'optimiser les services rendus ?

Cela concerne la mobilisation des usagers et des médecins, avec un élément extrêmement préoccupant que j'ai découvert dans le cadre de ma médiation. Nous sommes dans une société extrêmement cloisonnée et la fragilité des services était souvent due au fait -je vais être un peu

provocateur mais ne m'en veuillez pas- que la gestion des egos était plus importante que celle des services. Il fallait quelquefois plus gérer l'orgueil que les qualités professionnelles. Aujourd'hui, il est important de mettre en place une synergie des talents et une valorisation des résultats pour retrouver une empathie dans la fierté collective.

Nous sommes aujourd'hui au lendemain d'une équipe de France qui a montré que quand on n'a pas « la niaque », etc., on a beau être la plus belle individualité et être convaincu que l'on est le meilleur, si le maillon le plus faible affaiblit l'équipe, on est obligé de travailler collectivement. Moi qui ne suis pas médecin, je pensais que la médecine faisait partie d'un tout et un hôpital d'une communauté, or je n'ai jamais vu autant de cloisonnements entre le chirurgien, l'infirmière, l'anesthésiste, etc., avec une sorte de supériorité des uns par rapport aux autres. J'ai eu du mal à comprendre cela et je suis très heureux de constater une évolution. Je m'aperçois de la prise de conscience que la qualité du service et la gestion des risques dépassent la problématique du choc des egos et que chacun doit apporter sa contribution pour élever le maillon le plus faible. C'est très intéressant : l'éthique et la noblesse du service public ainsi que l'exigence professionnelle peuvent être des facteurs de restauration de la confiance.

J'ai trouvé le fait que le diplôme du médecin lui donne le droit de ne plus suivre de formation continue tout au long de sa vie parce que l'on a l'impression qu'il est un sain extrêmement immodeste et préoccupant. On ira, si l'on arrive à inculquer la notion d'exigence et de fierté du geste accompli plutôt que l'orgueil dû au statut, vers une empathie nouvelle dans la société.

J'ai écrit que la France était usée psychiquement. Un problème se pose qui n'a pas du tout été intégré dans la gestion des ressources humaines : auparavant on était épuisé au travail alors qu'aujourd'hui on est stressé. On n'a pas non plus intégré la notion de nouvelles technologies, qui génère une excitation cérébrale probablement au-delà de notre capacité de réguler nous-mêmes (téléphones portables, ordinateurs, etc.) et paradoxalement on a créé l'illusion que la technologie allait permettre tous les miracles alors qu'en réalité on n'a pas du tout intégré le fait qu'elle stresse celles et ceux qui l'utilisent. Dans votre profession d'anesthésiste-réanimateur, où vous devez gérer votre stress, celui du patient et celui du chirurgien, celles et ceux qui gèrent les ressources humaines n'ont pas une perception suffisante de l'accompagnement du professionnel par rapport à la gestion de ce stress.

Notre société manque de lieux de décompression, d'écoute et de partage. Nous travaillons avec quelques psychiatres sur cette tension. On voit bien que les rapports humains binaires deviennent extraordinairement agressifs. 50 % des interventions policières se font dans les familles par rapport à des violences intrafamiliales. On n'a jamais connu à l'école autant de violences verbales de la part de personnes de plus en plus jeunes, etc.

On trouve dans la structure hospitalière et notamment dans les urgences, l'aspect paroxystique du stress. Prend-on suffisamment conscience de leur nécessaire gestion ? Pour reprendre le cas de votre collègue de Montpellier, je pense que s'il faut accompagner le patient il ne faut pas oublier d'accompagner aussi le professionnel. On est confronté sur ce sujet à un véritable déficit de gestion des ressources humaines dans votre secteur. On gère les compétences mais on oublie de gérer les hommes. Vous devez gérer des organes mais il faut aussi que vous gériez des cœurs, des âmes, des spiritualités, des cultures et des religions.

Dans le cadre de formations de futurs praticiens, on essaie de faire en sorte que vous soyez de formidables techniciens faiseurs de miracles, avec des ordinateurs, etc., mais plus il y a de technologie, plus il faut humaniser les rapports humains, et paradoxalement on est aujourd'hui en train de vivre un déséquilibre. C'est vrai dans les structures d'accueil avec les plates-formes

téléphoniques. Il faut taper 1, 2, 3 ou 4 et l'on a fait disparaître complètement l'humain. De même, le chirurgien est déjà épuisé avant d'opérer une fois qu'il a réglé tous ses ordinateurs.

Nous étions dans notre génération protégés par nos parents jusqu'à 18 ans et névrosés ; nous avons des débats sur la sexualité, etc. Les jeunes d'aujourd'hui ne se posent plus la question de savoir ce qu'il est moral de faire ; ils se demandent s'ils sont capables de faire quelque chose. On n'a pas du tout pris conscience que notre système public met les personnes en situation d'échec (et non de potentialité) et qu'il engendre parfois le mépris de soi-même, qui engendre celui des autres et pose même des questions de quête d'identité. La désespérance collective dans laquelle nous sommes avec la crise économique, etc. fait que l'on a besoin d'avoir une espérance individuelle, or c'est vous qui la portez, parce qu'il s'agit de la problématique de la santé. Il n'est pas certain qu'il existe des réponses économiques en termes d'emploi, mais le médecin apporte une réponse personnelle positive au problème personnel qui est celui de la santé.

Paradoxalement, l'hôpital est peut-être un des endroits où vous écoutez des personnes qui ne sont jamais écoutées. Le drame du XXIème siècle est non pas la crise mais l'isolement. Vous allez être confrontés à un certain nombre de défis de plus en plus redoutables. Vous allez devoir traiter des personnes de plus en plus vieilles et de plus en plus seules, de plus en plus malades et stressées, qui ne seront pas forcément malades dans leurs corps mais qui le seront dans leur tête.

Vous avez besoin de mener une réflexion sur votre capacité, non pas à maîtriser vos techniques mais à mobiliser des personnes et à faire d'elles des partenaires pour atteindre ensemble l'objectif n°1 qui est celui de réussir l'opération. Cette notion d'empathie fait qu'il n'y a pas du tout de hiérarchisation entre le professionnel qui sait et le patient qui subit. Il s'agit au contraire de montrer au patient que vous êtes capables ensemble de construire une réussite. Dans ce cas, vous aurez la formidable capacité, non seulement de réussir votre geste technique, mais aussi de faire en sorte que le patient devienne un de vos partenaires et probablement l'un de vos meilleurs ambassadeurs.

J'ai trouvé votre réflexion sur la maîtrise des techniques extrêmement intéressante. Comment se fait-il que dans le partenariat chirurgien-anesthésiste-réanimateur on parle toujours du chirurgien et non de l'anesthésiste-réanimateur ? Il est probable que pour l'opinion, celui qui fait le geste le plus important est le chirurgien, alors que l'anesthésiste-réanimateur est celui qui lui permet d'opérer. Une pédagogie de l'opinion est nécessaire pour ne pas banaliser vos gestes.

Nous sommes dans un monde très particulier. Au moment où les technologies permettent d'impensables miracles et où l'actualité nous fait découvrir aussi les cruautés les plus viles des humains, un problème se pose dans lequel vous êtes tombés, comme beaucoup de professionnels. Vous acceptez la banalisation de la qualité de vos gestes. On n'a plus d'émerveillement devant le geste technique. On peut appeler au bout du monde avec un portable et il n'y a aucune perception de l'intelligence qui existe derrière cela. On parle non pas des miracles que vous réussissez tous les jours mais des erreurs qu'éventuellement vous ne faites qu'une fois. La qualité de vos services fait paradoxalement porter un regard beaucoup plus important sur l'erreur que vous pourriez commettre.

On est par ailleurs en train de laisser croire à l'opinion, y compris le discours politique ambiant, que tout ce qui est naturel aujourd'hui est humain et prévisible. Tout ce qui est humain est imprévisible par nature ! Votre rôle est de réduire ce degré d'imprévisibilité. Ne nous laissons pas embarquer dans l'illusion philosophique, politique et humaniste qui consiste à dire : « Ne vous inquiétez pas. Quand un juge libère un détenu à caractère sexuel après avoir fait toutes les expertises, il peut vous garantir qu'il ne commettra pas un autre crime » ou « Vous arrivez entre mes mains : je vous garantis 100 % de résultat ». Travailler sur l'humain est du domaine de l'imprévisible et votre travail est à l'évidence de maîtriser, gérer, informer et réparer.

Là aussi nous avons une révolution culturelle à mener. Si nous voulons éviter la condamnation médiatique, qui est extrêmement cruelle, il faut restaurer le droit à l'erreur de toutes celles et ceux qui décident, qu'ils soient médecins, chefs d'entreprise ou politiques. Nous sommes dans une société où l'on va demander de plus en plus de réactivité et d'intelligence, et vous êtes de plus en plus dans votre métier, dans les urgences ; une seconde peut décider du basculement dans la vie ou la mort. Comment se fait-il que nous ne donnions pas à chacun de celles et ceux qui prennent des décisions qui sont parfois vitales le droit à l'erreur ? Il faut être très clair : on doit sanctionner la faute et exploiter l'erreur, avec les usagers, les professionnels et les gestionnaires.

Attention à ce que le système ne cherche pas à se protéger et demande à respecter plus les procédures que l'individu. Il est clair qu'un chef d'entreprise se demande si une réclamation peut être un procès potentiel, et la peur du procès n'est pas le commencement de la sagesse. Le principe de précaution, le risque de procès et l'explosion des primes d'assurance ne doivent pas empêcher l'exploitation de l'erreur. On doit considérer l'utilisateur non pas comme un juge potentiel ou un procureur mais comme un partenaire qui peut comprendre l'aléa thérapeutique et l'erreur qui a été commise à condition que l'on mette en place immédiatement dans le cadre de la prise de responsabilité les moyens nécessaires pour qu'elle ne se renouvelle pas. C'est ce que nous tentons modestement de faire, en mettant autour d'une table, des personnes qui ont une conflictualité potentielle mais qui à travers leur expérience ont vocation à améliorer le service public et la qualité du service rendu.

Il y a aussi une dimension morale extraordinairement importante sur laquelle, là aussi, le rapport avec le politique doit être apaisé. Vous avez de plus en plus (très naturellement) des relations avec la mort, ce qui pose des questions de fond. Si l'on veut éviter que le politique soit amené à prendre des décisions dans l'urgence ou la rapidité... Parce que nous sommes dans une démocratie non plus de conviction mais d'émotion, et généralement on n'anticipe pas la décision.

Les vrais défis que nous devons relever pour le politique et le monde économique consistent à remettre du moyen et du long terme dans les décisions économiques, sous la pression des actionnaires, et politiques, sous celle des échéances électorales. Cela veut dire qu'il faut trouver un lieu de distanciation et de recul pour pouvoir très clairement se poser la question de savoir jusqu'où il faut pousser la technique pour faire en sorte d'atteindre zéro risque. Est-ce possible et quelle est la marge par rapport à cela ?

Il en va de même par rapport à la mort. Lorsque sur notre plate-forme un médecin anesthésiste-réanimateur pose la question de la Loi Leonetti, dont on découvre d'ailleurs qu'elle n'est pas connue par les patients, cela génère une série de débats intéressants qui ont pour but de responsabiliser l'opinion, de motiver les acteurs du service public que vous êtes et de faire en sorte de revenir à ce qui doit être au cœur de notre préoccupation : la technologie ne doit pas faire oublier qu'il faut donner du sens à son action.

Une série de questions se posent sur l'équilibre entre la prise en charge de la responsabilité publique et celle de la responsabilité individuelle. Il va falloir trouver un juste équilibre pour que l'on ne vous consomme pas et que l'on ne défausse pas sur vous, dans les services d'urgence, les papys et mamies parce que l'on veut partir en week-end, etc. C'est un vrai sujet.

Il y a aussi un autre vrai sujet : il va bien falloir reconnaître que toutes celles et ceux qui sont rémunérés par la Sécurité Sociale font partie du service public et que l'on ne peut pas faire porter aux autres son confort personnel via leur inconfort. Il faut au contraire associer à la réflexion les territoires et les services publics. On ne peut à l'évidence pas se défausser sur les urgences de certaines responsabilités. On ne peut pas bâtir son confort personnel en demandant aux autres de le

gérer sans en être responsable. Nous ne pourrons pas bâtir un service public de qualité sur un océan d'irresponsabilités individuelles. Cette prise de conscience peut faire en sorte que le modèle français garde toute sa noblesse et toute sa fierté, à condition que l'on fasse aussi en sorte que les services de gestion des ressources humaines soient attentifs à vos propres stress et souffrances, car on ne peut pas imaginer qu'un acteur professionnel puisse régler celles de ses patients si on ne le laisse pas assumer les siennes.