

Recommandations Éviter la standardisation à outrance

Une réflexion s'impose aujourd'hui sur l'élaboration des recommandations pour éviter une standardisation excessive qui ferait oublier le caractère unique de chaque patient.

● En 1992, Gordon Guyatt posait les bases de l'Evidence Base Medicine (EBM) [1]. Les sociétés savantes s'en sont rapidement approprié afin de définir une : « utilisation consciencieuse, explicite et judicieuse des meilleures données actuelles de la recherche clinique dans la prise en charge personnalisée de chaque patient » (2). Et elles ont largement développé, tant à la demande des praticiens que des tutelles, des « recommandations » à partir de l'EBM.

Rationalisme versus intuition

Un raisonnement médical idéal devrait reposer sur une prise de décision dynamique qui inclut les données de la littérature, le patient et l'expérience clinique du médecin, celui-ci pouvant de façon argumentée utiliser ou sortir de ces recommandations.

Les économistes de la santé et les tutelles ont plutôt choisi de voir dans cette méthode une « pratique organisée, réglée par des experts et non par l'intuition géniale d'un médecin » (3). La science est utilisée pour réduire l'autonomie du soignant en standardisant les prises en charge, et continger le système pour le « sécuriser ». Or la durée de vie moyenne des recommandations est de 5 ans ! (4) Ce qui relativise la « sécurisation du système ». Cette pensée rationaliste revendiquée au nom de la qualité dissimule mal une logique économique ainsi qu'une déshumanisation des soins (5).

En définitive, ce qui devrait être le premier palier de connaissances devient, pour les tutelles, la référence (6). À l'intention initiale, louable, de proposer un socle de connaissances, s'est progressivement substituée une standardisation systématique des pratiques pouvant mettre en péril le fondement de la réflexion médicale.

Chaque patient est unique

Au-delà de ces différences de point de vue, nous devons être conscients du poids juridique de ces recommandations qui nous sont opposables. Elles doivent donc être robustes et se limiter à ce qui est strictement démontré. Quand la littérature pertinente est insuffisante, il faut résister à la tentation d'un trop grand nombre d'avis d'experts ; ces avis devraient apparaître sous la forme de conseils, mais pas comme des recommandations opposables. Un débat de fond sur l'élaboration des recommandations est nécessaire. Si elles sont bien sûr indispensables, elles se doivent d'être ciblées sur les faits avérés et éviter le piège de la standardisation à outrance qui nous fait oublier que la beauté de notre métier repose aussi sur l'évidence que chaque patient est unique.

Drs Laurent Delaunay
et Florence Plantet

Clinique générale, Groupe Vivalto santé, Annecy

(1) JAMA 1992;268:2420-5

(2) Seminars of perinatology 1997;21:3-5

(3) Le Pen C. Les habits neufs d'hippocrate. Calmann-Lévy, Paris, 1999

(4) Journal of Clinical Epidemiology 67;2014:52-5

(5) Azria E. <http://www.laviedesidees.fr/L-humain-face-a-la-standardisation-du-soin-medical.html>

(6) Reach G. Tout prévoir 2013;441

Pose de prothèse en ambulatoire Comment l'organiser ?

Si l'acte chirurgical en ambulatoire demande certaines adaptations techniques, c'est surtout la façon de travailler de l'équipe et le niveau d'implication du patient qui doivent être complètement revus, comme l'explique le Dr Thierry de Polignac (clinique générale d'Annecy).

● Réaliser en ambulatoire une pose de prothèse totale de hanche ou du genou, représente un défi médical. En 2015, dans notre pays, la durée moyenne de séjour pour une prothèse de hanche était de 6,81 jours (pour 104 000 réalisées) et de 7,39 jours pour les prothèses du genou (pour 99 000 réalisées). « Ce n'est pas l'acte qui est en ambulatoire, mais le patient. Cependant ce n'est pas parce que c'est en ambulatoire que c'est anodin », insiste le Dr Thierry de Polignac (clinique générale d'Annecy).

Changer sa façon de travailler

Pour le binôme chirurgien-anesthésiste, poser une prothèse en ambulatoire demande d'être « mini-invasif » : voies d'abord mini-invasives, pas de garrot, pas de drain, gestion optimale de l'anesthésie et de l'analgésie... « Pour toute l'équipe, cela demande aussi une nouvelle organisation. Le patient reçoit une information orale et écrite de tout ce qui l'attend depuis la première consultation et jusqu'à un an suivant son intervention, en présence d'un accompagnant (coach) : c'est l'éducation thérapeutique. Il sait ainsi qu'il vient le matin sans être prémédiqué, à jeun (boisson sucrée sans pulpe et sans gaz, deux heures avant l'intervention) et qu'il devra se lever quatre heures après l'opération pour marcher. Pour optimiser les suites opératoires, un flash de corticoïdes à haute dose à l'induction est infiltré avec un anesthé-



Le patient est acteur de ses soins

sique au niveau du site opératoire. Une attelle de cryothérapie dès la salle de réveil est mise en place. Les avantages de cette prise en charge analgésique multimodale sont multiples ; signalons entre autres que, contrairement aux morphiniques, elle limite nausées et vomissements, une des principales causes d'échec de sortie à J0. Le patient a également ses ordonnances de sortie avant même l'intervention ; il a ainsi le temps de tout prévoir (médicaments, pansements, infirmier, kinésithérapeute). On lui apprend aussi à marcher avec des béquilles avant l'intervention. Comme sa date de sortie a été prédéterminée et que tout a été anticipé, le patient est d'autant plus motivé et confiant. Or le mental est aussi un facteur clé de la réussite ! ».

Un travail d'équipe multidisciplinaire

« Un comité Récupération rapide améliorée après chirurgie (RRAC), nouvelle instance médicale au service du patient et de l'ambulatoire, a été créé en

2014 avec chirurgiens, anesthésistes, infirmiers, kinésithérapeutes, cadres, administratifs. Dans notre équipe nous avons inclus un ostéopathe avec une formation d'hypnose. Aujourd'hui, 25 à 30 % de nos patients pour les prothèses de hanche et du genou sont opérés en ambulatoire et 50 % sortent à J1 et ces pourcentages ne cessent d'augmenter. Il est essentiel pour le patient de voir qu'au sein de l'équipe, nous suivons des protocoles précis et que nous tenons toujours le même discours. Le médecin traitant est également informé que cette pratique ambulatoire ne sera pas une charge pour lui, car ce n'est pas une chirurgie expérimentale, mais de l'excellence. Le patient est acteur de ses soins et sort plus tôt dès qu'il va mieux. Il est rare qu'une innovation thérapeutique profite à la fois au patient et à toute l'équipe. Sur tout, elle coûte moins cher à la collectivité : cela mérite d'être souligné ! », conclut le Dr de Polignac.

Dr Nathalie Szapiro

D'après un entretien avec le Dr Thierry de Polignac, clinique générale d'Annecy