



Des VERTUS de l'autocritique et de la transparence en chirurgie...

Editorial
J.-C. Givel

L'évaluation rigoureuse des résultats de la chirurgie, démarche souvent évoquée mais malheureusement trop rarement réalisée par les opérateurs eux-mêmes, correspond pourtant à une nécessité incontournable. Si nombre de chirurgiens ont depuis longtemps pris l'habitude d'analyser la morbidité et la mortalité postopératoires, force est néanmoins de constater que, trop souvent, les études conduites sont rétrospectives, unicentriques et portent sur des effectifs limités. Il est

alors difficile d'en tirer des conclusions pleinement utilisables. De plus, l'inévitable sélection des patients fait qu'aucune série ne peut être vraiment comparée à une autre.

Et pourtant, une demande de plus en plus pressante des instances de tutelle, mais également des patients, bien relayée par les médias, se fait jour concernant nos pratiques chirurgicales. Faisons-nous bien notre travail?

Concrètement et par exemple, quel résultat doit-on attendre en termes de mortalité opératoire après colectomie gauche pour un cancer chez un homme de 70 ans? Avec quel taux de désunion anastomotique? Quelle est la durée d'hospitalisation moyenne après proctectomie pour cancer? Peut-on réduire cette période grâce à l'approche laparoscopique? Voilà des questions auxquelles des études unicentriques seules, même de qualité et provenant de centres spécialisés, peinent à répondre. Pour être valable, un tel exercice demande une méthodologie spécifique appliquée à une échelle élargie.

Aujourd'hui, à l'évidence, la médecine, plus particulièrement la chirurgie digestive, est entrée dans l'ère de l'évaluation. Il est en effet devenu indispensable de connaître réellement et le plus objectivement possible les résultats de notre activité opératoire quotidienne. Plutôt que de se faire imposer par d'autres des moyens d'investigation souvent lourds et éloignés de la réalité, les chirurgiens doivent dès lors, avec une approche la plus rigoureuse possible, analyser eux-mêmes leurs techniques.

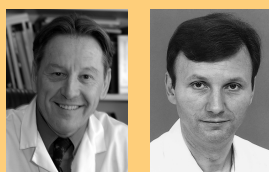
Colliger la morbidité et la mortalité associées à telle ou telle opération représente une chance d'organiser une enquête à un échelon élargi, voire national, sur les gestes les plus courants. Une telle démarche fournira un authentique cliché photographique de notre activité.

Pour conduire pareille enquête, il importe de faire des choix (forcément arbitraires), permettant de tirer de réelles conclusions:

- une étude multicentrique prospective est seule à même de permettre une évaluation sérieuse. Cet objectif ambitieux nécessite la participation active, sur une période d'inclusion courte, de nombreux chirurgiens de tous horizons.
- Le choix volontairement restrictif de pathologies très fréquentes – la diverticulite sigmoïdienne et le cancer colorectal par exemple – permet d'éviter de recueillir des données sur des entités dont les effectifs restreints ne peuvent faire l'objet d'analyses valables.

«... Plutôt que de se faire imposer par d'autres des moyens d'investigation souvent lourds et éloignés de la réalité, les chirurgiens doivent dès lors analyser eux-mêmes leurs techniques ...»

Articles publiés
sous la direction des professeurs



Jean-Claude Givel

Médecin-chef
Service de chirurgie viscérale
CHUV, Lausanne

Philippe Morel

Médecin-chef
Service de chirurgie viscérale
HUG, Genève



- Le recueil d'informations provenant de patients opérés à froid mais aussi en urgence, cette dernière situation étant source d'une morbidité-mortalité souvent plus importante justifiant donc aussi une analyse prospective, démarche qui fait encore cruellement défaut dans la littérature.

■
■
■ ■
■ ■
■
■
■

«... Le risque est ainsi grand que d'autres que les chirurgiens prennent des initiatives dont la teneur ne correspondra pas à une réalité ...»

- L'établissement d'une fiche de recueil de données pour chaque patient, incluant l'ensemble des facteurs de risque de morbidité et de mortalité reconnus, de même que les scores de gravité.

De nombreuses démarches d'audit, réalisées par des instances professionnelles en la matière existent et sont proposées aux

chirurgiens. Il faut pourtant constater que l'adhésion et la participation des opérateurs ou des établissements hospitaliers à celles-ci demeurent insuffisantes. La diffusion des résultats de telles enquêtes est de surcroît trop confidentielle. Le risque est ainsi grand que d'autres que les chirurgiens prennent des initiatives dont la teneur ne correspondra pas à une réalité que seul l'opérateur peut pleinement comprendre et interpréter.

L'autocritique et la transparence représentent ainsi, en chirurgie comme dans toute autre activité humaine, deux vertus intemporelles dont il importe de rappeler périodiquement la valeur supérieure ! ■