



RECOMMANDATIONS CONCERNANT LES RELATIONS ENTRE ANESTHÉSISTES- RÉANIMATEURS, CHIRURGIENS ET AUTRES SPÉCIALISTES OU PROFESSIONNELS DE SANTÉ

ORDRE NATIONAL DES MÉDECINS
Conseil National de l'Ordre



Ce texte a fait l'objet d'une actualisation en décembre 2001. Vous pouvez y accéder sur le site du Conseil National de l'ordre des Médecins en cliquant [ICI](#).

EDITION MAI 1994

Sommaire

PRÉFACE. Professeur B. Glorion, Président du Conseil national de l'Ordre des médecins.

PRÉAMBULE

1 - LES STRUCTURES

- 1-1 - Établissement de santé public
- 1-2 - Établissement de santé privé

2 - LE FONCTIONNEMENT

- 2-1 - La consultation d'anesthésie
- 2-2 - Le programme opératoire
- 2-3 - Le réveil anesthésique
- 2-4 - Les soins intensifs et la réanimation chirurgicale
- 2-5 - L'hospitalisation

3 - LES AUTRES PARTENAIRES

- 3-1 - Radiologues et spécialistes médicaux
- 3-2 - Les sages-femmes
- 3-3 - Les infirmiers anesthésistes diplômés d'État

4 - ÉTHIQUE ET RESPONSABILITÉ - INCIDENCES MÉDICO-LÉGALES

4-1 - Participation de l'anesthésiste-réanimateur à des actes illégaux ou contraires à ses convictions

4-2- Incidences médico-légales des relations anesthésistes-réanimateurs-chirurgiens

4-3 - Obligations déontologiques

CONCLUSIONS (Procédures de conciliation)

BIBLIOGRAPHIE

REMERCIEMENTS

PREFACE

Le développement sans précédent des techniques médicales au cours de la seconde moitié du XXe siècle a profondément modifier les conditions d'exercice de certaines spécialités.

Ainsi la pratique de l'anesthésie et de la réanimation est non seulement nécessaire à la réalisation de l'acte chirurgical, mais également à celle de bien des techniques instrumentales à visée diagnostique ou thérapeutique.

Ainsi, de partenaire traditionnel du chirurgien, l'anesthésiste est devenu le collaborateur privilégié d'un grand nombre de spécialistes.

Au sein de ces équipes, l'anesthésiste doit accomplir sa tâche en toute indépendance, comme le souligne le Code de déontologie. Mais son statut de spécialiste à part entière est néanmoins exceptionnel, original et unique, car son action se confond dans le temps et dans l'espace avec celle du chirurgien ou du spécialiste avec lequel il accepte de collaborer.

Il en résulte un incontournable consensus qui est la seule garantie pour le malade du bon déroulement de l'acte dont il doit bénéficier.

Les changements progressifs engendrés par les progrès techniques ont pu être à l'origine de situations conflictuelles pouvant remettre en cause l'accomplissement de l'activité chirurgicale ou instrumentale dans des conditions normales de sécurité pour les malades et de sérénité dans les relations entre médecins.

Cette union sacrée ne dépend que des hommes, de leur capacité à dépasser des intérêts individuels au bénéfice de l'intérêt du malade qui reste la mission essentielle.

Ce constat a été à l'origine des réflexions et des recommandations formulées par un groupe de travail, réuni à l'initiative de l'Ordre national des médecins.

Je remercie tous les spécialistes qui ont accepté de réaliser cette tâche difficile. Notre but a été de rappeler les responsabilités des uns et des autres dans cet exercice conjoint.

Mais au-delà de ces règles, reste le souci qui doit animer les uns et les autres de travailler dans un esprit de respect mutuel. Elles doivent guider le comportement de tous ceux qui, par nature, ont accepté librement, parfois par nécessité, d'œuvrer ensemble dans cette mission de soins.

Tous les professionnels de santé concernés par cet exercice conjoint qui ont participé à ce travail sont conscients de cette évolution. Ils sont unanimes à souhaiter que, grâce à ces recommandations, ce travail d'équipe se déroule dans le meilleur esprit de confraternité.

PRÉAMBULE

Chirurgien et anesthésiste-réanimateur forment une équipe. Médecins de spécialités complémentaires, ils participent conjointement à la prise en charge du malade au cours de la période pré, per et post-opératoire, avec pour objectif de lui assurer la meilleure qualité des soins et la plus grande sécurité. La pratique d'une activité partagée, au bénéfice du malade, dans des locaux communs, nécessite la définition préalable, dans le respect mutuel, des compétences et des responsabilités de chacun, basée sur l'observance des règles de la déontologie médicale (1).

Ces principes s'appliquent également aux relations entre anesthésistes-réanimateurs et spécialistes des disciplines médicales ou radiologiques nécessitant un recours à l'anesthésie.

La réunion de plusieurs compétences autour du même malade implique que la décision ne puisse plus être individuelle mais collective, même si la responsabilité demeure individuelle (art. 59 du Code de déontologie). Le chirurgien, habituellement premier consulté, organise la prise en charge du malade en ce qui concerne les soins chirurgicaux. La consultation d'anesthésie permet la reconnaissance par le malade de l'anesthésiste-réanimateur comme l'un des médecins participant à l'acte médical et constitue l'engagement de la responsabilité de l'anesthésiste-réanimateur envers le malade.

L'échange d'informations réciproques entre le chirurgien et l'anesthésiste-réanimateur doit être le plus large possible, aussi bien par le dialogue que par la communication écrite. Anesthésiste-réanimateur a le devoir d'informer le chirurgien de toute contre-indication d'ordre anesthésique, temporaire ou définitive, à l'intervention. Le chirurgien doit tenir compte de l'avis de l'anesthésiste-réanimateur et ne peut lui imposer de pratiquer l'anesthésie contre sa conviction et sa conscience. Il appartient au chirurgien d'informer l'anesthésiste-réanimateur des constatations faites à l'occasion de son examen médical et des propositions thérapeutiques qu'il a formulées, ainsi que d'éventuels examens complémentaires demandés. Il doit en particulier informer l'anesthésiste-réanimateur de l'importance de l'intervention et des conséquences de l'acte opératoire ou de l'abstention de l'acte opératoire. Dans l'éventualité d'une divergence d'opinion majeure et persistante, un arbitrage médical doit être sollicité dans l'intérêt du malade.

L'anesthésiste-réanimateur et le chirurgien étant responsables de leurs actes professionnels doivent être présumés libres de leurs décisions (art. 14 du Code de déontologie). Hormis les cas d'urgence vitale, le médecin anesthésiste-réanimateur peut refuser de pratiquer une anesthésie, à condition d'en informer le patient et d'en transmettre au chirurgien, par écrit, les motivations.

La responsabilité de l'anesthésiste-réanimateur débute avec la consultation d'anesthésie et ne cesse qu'à la fin des soins postopératoires du domaine de sa compétence.

1 - LES STRUCTURES

1-1 - ÉTABLISSEMENT PUBLIC DE SANTE

A l'hôpital public, l'ensemble des activités des réanimateurs s'exerce dans le cadre d'un service, qui reste la structure fondamentale du fonctionnement hospitalier au niveau d'un établissement. Dans les hôpitaux de grande dimension comportant plusieurs établissements, notamment dans les centres hospitaliers universitaires, plusieurs services d'anesthésie-réanimation peuvent se regrouper dans une structure fédérative permettant la mise en commun de la gestion, de la recherche et de l'enseignement. Dans les

services de taille importante, il peut être justifié d'individualiser des Unités Fonctionnelles (UF) dont le responsable, en liaison étroite avec le service, peut assurer le fonctionnement au quotidien en prise directe avec le terrain et entretenir le dialogue avec l'équipe chirurgicale (2). Les anesthésistes-réanimateurs sont affectés par le chef du service d'anesthésie-réanimation à un service de chirurgie, en fonction des besoins, des possibilités et de leur compétence. Il est tenu compte dans toute la mesure du possible du souhait des intéressés. Les anesthésistes-réanimateurs affectés dans un service de chirurgie relèvent de l'autorité et de la responsabilité du chef de service d'anesthésie-réanimation, par l'intermédiaire éventuellement d'un responsable d'unité fonctionnelle. Cependant que les anesthésistes-réanimateurs participent le plus largement possible aux activités du service de chirurgie où ils travaillent (réunions, symposium, travaux du service...). Les anesthésistes-réanimateurs doivent pouvoir disposer au sein de la structure chirurgicale des locaux qui leur sont nécessaires tels que bureaux, salles de stockage ou de rangement... indépendamment des locaux techniques spécifiques à l'anesthésie-réanimation tels que salle de pré-anesthésie, salle de réveil, secteur de soins intensifs ou de réanimation. Le médecin anesthésiste-réanimateur est responsable du fonctionnement de la salle de réveil. Le rattachement administratif des secteurs de soins intensifs ou de réanimation chirurgicale, soit au service de chirurgie, soit au service d'anesthésie-réanimation, dépend du fonctionnement réel de ces structures, de la nature (type d'interventions, importance des altérations pathologiques) et de l'origine des malades qui y sont adressés.

Si le secteur de soins intensifs ou de réanimation chirurgicale est ouvert aux malades provenant de plusieurs services de chirurgie, il apparaît logique de le rattacher au service d'anesthésie-réanimation avec, suivant son importance, création ou non d'une unité fonctionnelle. Lorsque le secteur de soins intensifs ou de réanimations chirurgicale fait partie administrativement d'un service de chirurgie, il est souhaitable que les médecins anesthésistes-réanimateurs qui y travaillent voient reconnues leur responsabilité thérapeutique dans leur domaine de compétence et leur autorité médicale sur le personnel soignant. La désignation d'un praticien hospitalier d'anesthésie-réanimation responsable fait l'objet d'un accord entre le chef de service d'anesthésie-réanimation et le chef du service de chirurgie qui l'accepte.

1-2 - ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ PRIVÉ

Les relations entre le médecin anesthésiste-réanimateur et les spécialistes qui demandent son concours pour assurer des soins aux malades ne sont pas très différentes en pratique privée de ce qu'elles sont à l'hôpital public. On y retrouvera des conflits dont l'origine provient d'incompatibilités caractérielles et d'organisation.

En revanche, certaines difficultés plus spécifiques peuvent surgir du fait de conflits d'intérêts. La plupart de ces conflits tournent autour :

- de la fixation des honoraires. L'anesthésiste-réanimateur peut reprocher au chirurgien des honoraires élevés notamment pour des interventions fonctionnelles sortant du champ d'application de la sécurité sociale. Le chirurgien peut s'insurger contre des dépassements d'honoraires d'anesthésistes-réanimateurs du secteur II alors qu'eux-mêmes n'y ont pas accès, et inversement. Anesthésistes-réanimateurs comme chirurgiens choisissent librement leur secteur d'exercice conventionnel. Ils fixent leurs honoraires avec «tact» sur une note distincte (art. 70 du Code de déontologie). Le choix du secteur conventionnel ne devrait pas être un obstacle à la collaboration d'anesthésistes-réanimateurs et de chirurgiens exerçant dans des secteurs différents.
- des critères de gestion. Diverses structures juridiques régissent le fonctionnement des établissements de santé privés. En fonction de leur statut de propriétaire ou d'actionnaire majoritaire, l'anesthésiste-réanimateur ou le chirurgien peuvent être tentés d'imposer des contraintes de fonctionnement incompatibles avec la sécurité des patients, les moyens de travail indispensables ou l'organisation souhaitable des activités.

La propriété de l'outil de travail, indépendamment d'intérêts légitime ne saurait justifier la privation de moyens indispensables à des patients (locaux, effectifs, équipements), ni l'établissement de contraintes abusives (art. 15 du Code de déontologie).

Le respect des règles de la déontologie médicale, la signature de contrats soumis préalablement à l'Ordre, la mise en place de conférences médicales, constituent les meilleures méthodes pour éviter l'apparition de conflits susceptibles de dégénérer entre confrères .

2 - LE FONCTIONNEMENT

L'intrication du rôle des acteurs médicaux est telle qu'à chaque stade des soins, les locaux sont utilisés en commun, les personnels reçoivent des directives conjointes et les responsabilités sont partagées en fonction des compétences de chacun.

2-1- LA CONSULTATION D'ANESTHÉSIE

La consultation d'anesthésie (3) permet d'obtenir du malade un consentement libre et éclairé. Il sera libre, si cette consultation est faite à distance de l'intervention, de récuser l'anesthésiste-réanimateur ou l'une des modalités anesthésiques qui lui sont proposées. Lorsque la consultation n'a lieu que la veille de l'intervention, le consentement n'est plus réellement libre, mais sous la contrainte de la décision chirurgicale. Il sera éclairé si l'anesthésiste-réanimateur informe directement le patient qui l'interroge des risques encourus et répond aux questions qu'il pose. Un questionnaire standard rempli par le patient, s'il peut aider à sa réflexion, ne peut en aucun cas tenir lieu de consultation anesthésique (4).

La consultation d'anesthésie sera développée, en accord avec les chirurgiens, de manière à s'intégrer dans une procédure commune d'évaluation pré-opératoire. La consultation d'anesthésie-réanimation doit pouvoir être réalisée sitôt après la consultation de chirurgie ou de façon différée. Il apparaît souhaitable de laisser au malade le temps de réfléchir ou de prendre ses dispositions. L'organisation de la consultation dépend très largement de la structure architecturale de l'établissement. La consultation d'anesthésie peut être centralisée au niveau du service d'anesthésie-réanimation, notamment pour des cas très spécifiques tels que l'allergie aux agents anesthésiques, ou l'autotransfusion programmée. Elle peut également être organisée dans les locaux mêmes de la consultation du service de chirurgie, auquel cas les anesthésistes-réanimateurs doivent pouvoir disposer de locaux adéquats et de possibilités secrétariat. Ce secrétariat peut être celui du service d'anesthésie-réanimation ou celui du service de chirurgie, mais ce point doit faire l'objet d'un accord et être clairement précisé.

Dans le cadre particulier de la chirurgie ambulatoire, une programmation rigoureuse de ce type d'activité nécessite que les consultations du chirurgien et de l'anesthésiste-réanimateur soient organisées consécutivement pour éviter des déplacements multiples du patient (5).

Il est souhaitable que le médecin-anesthésiste qui procède à la consultation réalise lui-même l'anesthésie. Lorsque cela est impossible, il est indispensable qu'il en informe le patient. Le médecin anesthésiste-réanimateur effectuant l'anesthésie prend alors connaissance du dossier médical et se présente au patient avant l'intervention.

2-2- LE PROGRAMME OPÉRATOIRE

L'établissement du programme opératoire est réalisé conjointement par les chirurgiens, les spécialistes, les anesthésistes-réanimateurs et les responsables du bloc opératoire, en tenant compte des disponibilités de chacun et des impératifs d'hygiène, de sécurité et d'organisation du fonctionnement du bloc opératoire. Une place sera réservée dans le programme opératoire à la prise en charge des urgences. Il ne peut pas être imposé au médecin anesthésiste-réanimateur d'entreprendre plusieurs anesthésies simultanément. La ponctualité s'impose à chacun des membres de l'équipe. Dans une structure où existe une organisation d'interventions effectuées en ambulatoire, un protocole précisera les rôles respectifs du chirurgien et de l'anesthésiste-réanimateur dans l'organisation des rendez-vous et du programme, dans le suivi du patient pendant l'hospitalisation et après son retour à domicile. La décision du caractère ambulatoire d'une intervention ne pourra être que conjointe afin de tenir compte des impératifs aussi bien anesthésiques

qu'interventionnels. La coordination indispensable des différents intervenants aux stades successifs de la procédure ambulatoire relève normalement de l'anesthésiste-réanimateur qui assure la continuité du suivi du patient pendant l'hospitalisation. Il participe avec le chirurgien et le médecin traitant à la continuité des soins lorsque le patient a quitté l'établissement.

2-3 - LE RÉVEIL ANESTHÉSIQUE

Le réveil fait partie intégrante dont il constitue l'un des temps les plus périlleux (6). Le fonctionnement de la salle de réveil doit donc être considéré comme prioritaire et les moyens en locaux, matériel et personnels assurés aux anesthésistes-réanimateurs (7). Le suivi de l'opéré en salle de réveil est réalisé sous la surveillance conjointe du chirurgien et de anesthésiste-réanimateur. L'anesthésiste-réanimateur devra préciser par écrit la nature et le rythme des actes de soins et de surveillance ordonnés. Les prescriptions du chirurgien concernant la période postopératoire immédiate, telles que la surveillance des drains, de la plaie opératoire, des aspirations... doivent figurer par écrit sur le même document. Le personnel dévolu à la salle de réveil devra indiquer la réalisation de chacun de ses actes, l'évolution des paramètres surveillés et noter l'heure d'entrée et de sortie de la salle de réveil sur un document qui devra suivre le malade lorsqu'il sera reconduit dans le secteur d'hospitalisation. La sortie du patient de la salle de réveil ne peut être décidée que par le médecin anesthésiste-réanimateur après un examen de l'état de conscience et des fonctions vitales de l'opéré. L'orientation du patient au sortir de la salle de réveil vers le secteur d'hospitalisation ou de soins intensifs est une décision commune tenant compte aussi bien des impératifs chirurgicaux qu'anesthésiques.

2-4 - LES SOINS INTENSIFS ET LA RÉANIMATION CHIRURGICALE

Si le malade va directement de la salle d'opération dans le secteur de soins intensifs ou de réanimation chirurgicale placé sous la direction de l'anesthésiste-réanimateur, celui-ci en est le responsable. Cependant, certaines décisions relèvent de la compétence du chirurgien : mobilisation ou immobilisation des opérés, ablation des sondes et des drains... La mise en œuvre des techniques de réanimations et les prescriptions médicamenteuses ressortent de la compétence de l'anesthésiste-réanimateur. Les prescriptions médicamenteuses doivent faire l'objet d'un protocole écrit précisant les domaines d'intervention et de responsabilités de chacun. Pendant tout le séjour du patient dans ces secteurs, le personnel infirmier devra réaliser des prescriptions venant soit de l'anesthésiste-réanimateur, soit du chirurgien. Il est donc indispensable que ces prescriptions soient clairement exprimées par écrit, datées et signées, comme l'impose le décret du 16 février 1993 réglementant la profession infirmière (8). Cela est particulièrement indiqué dans le cas des prescriptions d'antibiotiques et d'anticoagulants, dont les conséquences peuvent être lourdes en cas de complications postopératoires qui engagent la responsabilité des prescripteurs. Il en est de même pour la prescription des examens biologiques ou radiologiques post-opératoires, et de leur interprétation, qui ne doit pas être anonyme mais visée par le prescripteur. L'entrée et la sortie des malades des secteurs de soins intensifs et de réanimation chirurgicale se feront sur la base d'un accord conjoint.

2-5 - L'HOSPITALISATION

Lorsque l'opéré retourne en secteur d'hospitalisation, il séjourne dans un service dont le responsable est le chirurgien.

Celui-ci est responsable des suites opératoires, mais le règlement interne de la clinique ou du service hospitalier doit préciser les procédures à suivre en cas d'événement inopiné ou de complication tardive. La multiplicité des intervenants est source de confusions, d'erreurs de transmission parfois préjudiciables à l'état des patients. Plutôt que des accords tacites, même admis par tous, il est recommandé d'établir des règles de fonctionnement définies après concertation entre tous les intervenants, admises et formalisées dans un document de référence.

En fonction des façons de travailler de l'équipe, les protocoles thérapeutiques préciseront des modalités strictes ou une politique plus générale de prescription dans le but de préserver un plus large espace de liberté. Les prescriptions figureront sur un registre de visite comme l'imposent les textes réglementaires.

Anesthésistes-réanimateurs et chirurgiens interviennent chacun dans leur domaine de compétence, mais en situation d'urgence, la diligence exclut qu'un médecin se retranche derrière sa spécialité pour s'exonérer de sa mission d'assistance en cas de complication post-opératoire quelle qu'en soit la nature.

3 - LES AUTRES PARTENAIRES

3-1 - RADIOLOGUES ET SPÉCIALISTES MÉDICAUX

Le développement des nouvelles techniques opératoires, de l'imagerie interventionnelle et des endoscopies a conduit à la réalisation d'anesthésies de plus en plus fréquentes en dehors du bloc opératoire. S'agissant le plus souvent de malades âgés, fragiles pour lesquels ces techniques constituent une alternative à l'acte chirurgical, l'anesthésie comporte d'autant plus de risques que les structures sont souvent inadaptées à sa pratique et éloignées des secteurs de soins. Des contraintes particulières telles que la nécessité de l'obscurité, le maintien à distance du patient (scanner, IRM), la difficulté d'accès aux voies respiratoires (endoscopie respiratoire) constituent autant de difficultés supplémentaires. C'est dire que les impératifs de sécurité anesthésique (9) s'imposent plus encore que nulle part ailleurs, en termes de personnel, de monitoring, d'équipement et d'organisation. La consultation anesthésique doit être réalisée dans les mêmes conditions que pour un acte chirurgical. Si un grand nombre de ces procédures, peu douloureuses, peuvent être effectuées sous simple sédation prescrite par le médecin qui pratique l'acte, toute anesthésie, même très brève ou rapidement réversible, ne peut être entreprise que par un médecin anesthésiste-réanimateur. La surveillance du réveil doit s'exercer dans les mêmes conditions de sécurité.

C'est d'autant plus difficile à résoudre que les sites sont dispersés, qu'il n'existe pas de lits d'hospitalisation spécifiques et que le malade doit retourner vers un autre secteur d'hospitalisation, un autre établissement, voire vers son domicile.

Il est donc recommandé que l'anesthésie hors du bloc opératoire ne puisse se pratiquer qu'avec tous les moyens en personnel, locaux et matériels nécessaires à la sécurité du patient. Il ne pourra pas être imposé à l'anesthésiste-réanimateur de pratiquer d'actes si des conditions convenables de sécurité ne sont pas réunies. Une programmation devra être réalisée conjointement afin de tenir compte des impératifs de chacun des intervenants. Chaque fois que cela est possible dans un établissement, un regroupement des activités hors du bloc opératoire sera effectué, permettant de justifier la création des infrastructures nécessaires et si l'activité est suffisante, la constitution d'une équipe spécialisée compétente pour tous les types de patients.

3-2 - LES SAGES-FEMMES

Les sages-femmes font partie des professions médicales inscrites au Code de la santé publique. Elles possèdent ainsi leur Ordre et leur Code de déontologie. Cette profession médicale est régie par des textes législatifs (10) et des textes réglementaires déterminant leurs règles d'exercice professionnel (11, 12) et fixant le matériel (13) qu'elles peuvent employer et les médicaments (14) qu'elles peuvent prescrire. En cas d'accouchement dystocique ou de suites de couches pathologiques, elles doivent faire appeler un docteur en médecine (10, art. L. 369).

Pour les actes autorisés (11, art. 25) que sont la réfection d'épisiotomie non compliquée, la restauration immédiate des déchirures superficielles du périnée susceptibles de nécessiter une anesthésie elles doivent faire appeler un médecin anesthésiste-réanimateur. Pour tous les autres actes, la prescription d'intervention sous anesthésie générale ou anesthésie locorégionale doit être faite par le médecin accoucheur et sous sa responsabilité.

Le médecin anesthésiste-réanimateur, s'il le juge nécessaire en fonction du risque anesthésique, doit en informer le médecin accoucheur.

L'indication et la demande de l'analgésie péridurale, y compris pour un accouchement présumé normal, doivent être faites par un obstétricien. La décision de sa réalisation et de la technique est prise par le médecin anesthésiste-réanimateur (15).

La sage-femme est autorisée à participer à l'entretien de l'analgésie locorégionale pratiquée en dehors de la période d'expulsion, à condition qu'un médecin anesthésiste-réanimateur soit à tout moment disponible à proximité de la salle d'accouchement. Elle peut pratiquer les réinjections par la voie du dispositif mis en place par le médecin anesthésiste-réanimateur, à condition que la première injection ait été réalisée par le médecin lui-même (15). Les modalités de réinjection, les temps de sécurité entre deux injections, les posologies de médicaments et/ou le réglage du débit des pompes automatiques s'effectuent sur prescriptions du médecin anesthésiste-réanimateur, écrites et signées (15, 16).

La surveillance de l'analgésie péridurale par la sage-femme suppose sa disponibilité et sa compétence. Ainsi, lorsqu'elle a en charge la surveillance d'un accouchement sous péridurale (surveillance des paramètres physiologiques, des effets analgésiques, de l'évolution du travail), elle ne peut être contrainte d'accomplir d'autres soins à d'autres parturientes (15). Tous les événements particuliers au cours de cette surveillance sont consignés dans le dossier d'anesthésie (16).

Pendant tout le séjour de la parturiente médecin anesthésiste-réanimateur, ainsi que l'obstétricien sont immédiatement disponibles pour faire face à toute complication maternelle ou fœtale (16).

Toute sage-femme qui estime ne pas être en mesure de pratiquer cette technique dans les meilleures conditions de technicité et de sécurité, est légitimement en droit de refuser la prise en charge d'un tel acte (12, art. 13).

Il est recommandé que dans chaque établissement, des réunions de concertation entre médecins anesthésistes-réanimateurs, obstétriciens et sages-femmes soient organisées afin d'élaborer des protocoles de fonctionnement et qu'une information soit effectuée régulièrement par les anesthésistes-réanimateurs auprès des sages-femmes, sur les nouveaux produits utilisés et leur répercussion sur la surveillance effectuée par les sages-femmes.

3-3 - LES INFIRMIER(E)S ANESTHÉSISTES DIPLÔMÉ(E)S D'ÉTAT

Les Infirmier(e)s Anesthésistes Diplômé(e)s d'État (IADE) sont les collaborateurs des médecins anesthésistes-réanimateurs. Leur formation (17, 18, 19, 20, 21) et leurs compétences (8, 22) sont régies par des textes réglementaires.

L'anesthésie est un acte médical qui ne peut être pratiqué que par un médecin anesthésiste-réanimateur qualifié. L'IADE aide le médecin anesthésiste-réanimateur dans sa tâche mais ne peut pas entreprendre seul une anesthésie de quelque type que ce soit en l'absence d'un médecin qualifié en anesthésie-réanimation (22).

L'IADE est sous la responsabilité exclusive du médecin anesthésiste-réanimateur et/ou du chef de service d'anesthésie-réanimation. Aucun autre spécialiste ne peut se substituer à eux et autoriser ou obliger l'IADE à exercer seul. Le médecin anesthésiste-réanimateur peut confier à l'IADE, temporairement, sous sa propre responsabilité, la surveillance d'un patient anesthésié, ne constituant pas un risque particulier, et à condition qu'il soit à tout moment immédiatement joignable et disponible à proximité de la salle d'opération. L'IADE est également habilité à participer à toute anesthésie locorégionale et à pratiquer des réinjections dès lors que le dispositif d'injection a été posé par un médecin et sur prescription écrite des médicaments et des posologies (22).

En cas de mise en œuvre d'un protocole écrit de soins d'urgence ou d'actes conservatoires accomplis jusqu'à l'intervention d'un médecin, l'IADE remet à ce dernier un compte rendu écrit, daté et signé, conformément au texte réglementaire (8).

L'anesthésiste-réanimateur doit pouvoir être assisté s'il le juge nécessaire par un autre médecin et/ou un IADE, en particulier en début et fin d'anesthésie, lors des moments délicats de l'intervention ou de complications, et d'une manière plus générale lors de toute intervention présentant un risque spécifique. Dans tous les cas, la présence d'un médecin anesthésiste-réanimateur auprès d'un IADE est nécessaire (8).

Outre leurs activités au bloc opératoire, la compétence technique et les connaissances des IADE leur permettent d'intervenir en salle de réveil, d'assurer le transport des patients anesthésiés ou réanimés à l'intérieur de l'établissement, d'exercer dans les secteurs de soins intensifs et de réanimation chirurgicale. Dans tous les cas, l'IADE est sous la responsabilité médicale d'un anesthésiste-réanimateur.

Plusieurs circulaires (7) ainsi Comité de la Santé Publique (HCSP) (3) recommandent, pour améliorer la sécurité des malades anesthésiés, qu'il y ait au moins un IADE en salle de réveil et préconisent que l'encadrement soit effectué par un surveillant d'anesthésie-réanimation qualifié dans la discipline. En tout état de cause, un IADE ne peut exercer simultanément au bloc opératoire et en salle de réveil (6).

Les IADE peuvent également participer aux transports inter ou intra-hospitaliers des patients, et pratiquer les gestes concourant à la mise en place sur prescription et indication du médecin de l'équipe d'intervention. Le Service Mobile d'Urgence (SMUR) est un service médicalisé. L'IADE ne peut assurer seul ces transports (8).

Un certain nombre de responsabilités demeurent du ressort exclusif du médecin anesthésiste-réanimateur, telles que:

- la consultation pré-anesthésique, qui est de la compétence de l'anesthésiste-réanimateur même si celui-ci peut s'entourer d'autres avis spécialisés (cardiologue, pneumologue...);
- la prescription de l'anesthésie incluant le choix du type d'anesthésie (générale, locorégionale), des agents anesthésiques et des modalités de surveillance;
- le geste technique permettant la réalisation d'une anesthésie locorégionale (bloc tronculaire, bloc plexique, rachianesthésie, anesthésie péridurale ou caudale, anesthésie locale intraveineuse);
- la prescription de médicaments ou de transfusions rendus nécessaires par l'état du patient en cours d'anesthésie;
- la mise en œuvre de techniques invasives (pose de voies veineuses profondes, sondes de Swan-Ganz)
- la prescription de soins et des examens post-opératoires;
- la décision de sortie de la salle de réveil.

4 - ÉTHIQUE ET RESPONSABILITÉ - INCIDENCES MÉDICO-LÉGALES

4-1- PARTICIPATION DE L'ANESTHÉSISTE-RÉANIMATEUR A DES ACTES CONTRAIRES A SES CONVICTIONS

La réalisation d'une anesthésie afin de permettre la pratique d'actes chirurgicaux non autorisés par la loi pourrait être assimilée dans un cadre juridique à une complicité à des mutilations volontaires, dégageant les assurances professionnelles de leurs obligations contractuelles. En l'absence d'une modification de la loi dans ces domaines, il ne peut être exclu que la participation d'un anesthésiste-réanimateur à des actes de ce type ne soit considérée comme délictuelle, même si leurs indications répondent aux critères de rigueur définis par le Conseil national de l'Ordre des médecins (23).

Il ne peut être imposé à un anesthésiste-réanimateur de pratiquer un acte si, en fonction des éléments d'appréciation dont il dispose, celui-ci peut être considéré comme contraire au droit. De même, dans le cadre des interruptions volontaires de grossesse, un anesthésiste-réanimateur peut faire jouer la clause de

conscience et refuser sa participation à ces actes (art. 21 du Code de déontologie).

4-2 - INCIDENCES MÉDICO-LÉGALES DES RELATIONS ENTRE ANESTHÉSISTES-RÉANIMATEURS ET CHIRURGIENS

La consultation d'anesthésie engage la responsabilité de l'anesthésiste-réanimateur envers le patient. Sa sollicitation fait désormais partie de l'obligation de moyens du chirurgien ou du spécialiste qui a recours à l'anesthésie, qui par le fait même se voient déchargés des responsabilités correspondantes. En corollaire de l'évaluation du risque anesthésique, l'anesthésiste-réanimateur peut être conduit à retarder ou à récuser sa participation, s'il estime que le risque pris dans son domaine, compte tenu de son expérience propre, dépasse le bénéfice, notamment fonctionnel, qui est attendu de l'intervention.

Tout médecin étant libre de ses actes, le fait de céder à une pression morale ou économique n'atténue en rien sa responsabilité en cas d'accident. Les recommandations proposées par les sociétés scientifiques ne constituent pas des obligations légales, mais elles définissent ce que doivent être les bonnes pratiques médicales et représentent à un moment donné l'état de l'art correspondant aux données actuelles de la science, définies par un groupe d'experts. Il en va de même pour les conclusions des conférences de consensus ou pour les références médicales.

Le refus d'un gestionnaire, public ou privé, d'accorder les moyens en personnels, locaux ou équipements, reconnus nécessaires à la sécurité des patients, engage sa responsabilité, mais ne dégage pas pour autant celle du médecin qui accepte de travailler dans ces conditions.

Anesthésistes-réanimateurs et chirurgiens sont tenus solidairement à la continuité des soins notamment la nuit, les week-ends et durant les périodes de vacances.

La responsabilité des médecins, qui ne peut qu'être individuelle, même dans des modalités d'exercice collectif, implique de définir aussi précisément que possible le domaine de responsabilité de chacun, au besoin à travers des conventions écrites.

4-3 - OBLIGATIONS DÉONTOLOGIQUES

Les règles habituelles du Code de déontologie médicale s'appliquent entre confrères de disciplines différentes mais complémentaires. Elles n'ont rien de spécifique à l'anesthésie-réanimation ou à la chirurgie, même si certaines apparaissent plus sensibles, telles que l'absence de subordination ou les règles de confraternité.

On s'abstiendra, notamment en présence de tiers, de toute injure, insulte ou calomnie. Aucune pression d'ordre matériel ou moral ne sera faite car elle serait susceptible d'entraver les libertés fondamentales du médecin ou de porter préjudice à la sécurité du malade. L'anesthésiste-réanimateur pas plus le chirurgien n'entreprendra d'actes pour lesquels il n'est pas compétent.

CONCLUSION - PROCÉDURES DE CONCILIATION

En cas de désaccord entre l'anesthésiste-réanimateur et le spécialiste médical ou chirurgical requérant l'anesthésie, tout doit être mis en œuvre pour parvenir à une conciliation dans un esprit de confraternité. En aucun cas, le malade et/ou sa famille ne doivent être les victimes, les otages ou les témoins anxieux du différend opposant les médecins entre eux ou à l'administration de l'hôpital ou de la clinique. Un arbitrage sera recherché au niveau des confrères, de la hiérarchie médicale, de la conférence médicale de la clinique ou de la commission médicale d'établissement de l'hôpital et éventuellement auprès des instances ordinales.

BIBLIOGRAPHIE

1. Guide d'exercice professionnel. Ordre national des médecins, 1991, Masson Éd. Code de déontologie médicale.
2. Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière.
3. Rapport du Haut Comité de la Santé Publique sur la sécurité anesthésique du 16 novembre 1993.
4. Recommandations concernant la période pré-anesthésique. SFAR, septembre 1990.
5. Recommandations concernant l'anesthésie du patient ambulatoire. SFAR, septembre 1990.
6. Recommandations concernant la surveillance et les soins post-anesthésiques. SFAR, septembre 1990.
7. Circulaire n° 431/4B DGS/3A du 27 juin 1985 relative à la sécurité des malades anesthésiés dans les établissements sanitaires hospitaliers publics et privés. Ministère des affaires sociales et de la solidarité nationale. Direction générale de la santé.
8. Décret n° 93-221 du 16 février 1993 relatif aux règles professionnelles des infirmiers et infirmières.
9. Recommandations concernant la surveillance des patients en cours d'anesthésie. SFAR, juin 1989. Actualisation 1994.
10. Code de la santé publique. Conditions d'exercice des professions médicales. Articles L. 444 à L. 456.
11. Décret n° 49-1351 du 30 septembre 1949 portant Code de déontologie des sages-femmes, modifié par le décret n° 86-124 du 23 janvier 1986.
12. Décret n° 91-779 du 8 août 1991 portant Code de déontologie des sages-femmes. Ministère des affaires sociales et de l'intégration.
13. Arrêté du 3 octobre 1988 fixant les instruments que peuvent employer les sages-femmes.
14. Arrêté du 10 octobre 1989 complétant l'arrêté du 17 octobre 1983 fixant la liste des médicaments que les sages-femmes peuvent prescrire et les conditions de leur délivrance par les pharmaciens.
15. Circulaire n° 38 DGS/SDO/OA du 29 juillet 1992 relative au Code de déontologie des sages-femmes.
16. Recommandations concernant la pratique de l'analgésie obstétricale. SFAR, septembre 1992.
17. Décret n° 88-903 du 30 août 1988 créant un certificat d'aptitude aux fonctions d'infirmier spécialisé en anesthésie-réanimation.
18. Arrêté du 30 août 1988 relatif à la formation préparant au certificat d'aptitude aux fonctions d'infirmier spécialisé en anesthésie-réanimation.
19. Arrêté du 23 août 1991 modifiant l'arrêté du 30 août 1988 relatif à la formation préparant au certificat d'aptitude aux fonctions d'infirmier spécialisé en anesthésie-réanimation.
20. Décret n° 91 - 1281 du 17 décembre 1991 modifiant le décret n° 88-903 du 30 août 1988.
21. Arrêté du 20 janvier 1993 modifiant l'arrêté du 30 août 1988.

22. Décret n° 93-345 du 15 mars 1993 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier.

23. De la stérilisation. M.F. Lerat, Conseil national de l'Ordre des médecins, octobre 1993.

REMERCIEMENTS

Le Conseil national de l'Ordre des médecins tient à exprimer sa gratitude envers les différentes personnes qui ont apporté leur concours et leurs réflexions lors des réunions de travail qui se sont déroulées entre mai 1993 et mars 1994, et dont la liste (par ordre alphabétique) figure ci-dessous.

Nous tenons à remercier tout spécialement le professeur Philippe Scherpereel, dont la contribution écrite a largement facilité l'élaboration du document de synthèse.

- Madame Nicole ATECHIAN, secrétaire générale du Conseil national de l'Ordre des sages-femmes.
- Professeur Geneviève BARRIER, département d'anesthésie-réanimation chirurgicale, hôpital Necker-Enfants malades, Paris.
- Docteur Gérard CHAPUS, Président du Syndicat National des Anesthésistes-Réanimateurs Français (SNARF).
- Professeur Bernard DIXNEUF, président du comité Vie Professionnelle de la Société Française d'Anesthésie et de Réanimation (SFAR).
- Docteur Jean-Marc DUMEIX, Syndicat National des Anesthésistes-Réanimateurs Français (SNARF)
- Docteur Raymond GATELMAND, Collège national des chirurgiens français, et Fédération nationale des praticiens des établissements privés.
- Madame Rolande GRENTE, Conseil national de l'Ordre des sages-femmes.
- Docteur Michel LAVOGEZ, consultant des Sociétés mutuelles d'assurances professionnelles administrateur du " Sou médical ".
- Docteur René LEBATARD-SARTRE, Conseil national de l'Ordre des médecins.
- Professeur Marc LERAT, Conseil national de l'Ordre des médecins.
- Professeur Gérard LEVY, président du Conseil national de l'Ordre des sages-femmes.
- Docteur Bernard MALHERBE, Fédération Nationale des Praticiens en Établissements Privés (FNEP).
- Docteur Claude MOULINOX, secrétaire général du Syndicat National des Anesthésistes-Réanimateurs Français (SNARF).
- Professeur Henri RICHELME, président de l'Association Française de Chirurgie (AFC).
- Professeur Philippe SCHERPEREEL, président de la Société Française d'Anesthésie-Réanimation (SFAR)
- Docteur Pierre SESBOUE, Conseil national de l'Ordre des médecins.
- Docteur André SOULIER, président du Syndicat National des chirurgiens français.
- Docteur Michel VIGNIER, Syndicat National des Médecins Anesthésistes-Réanimateurs des Hôpitaux Non-Universitaires (SNMARHNU) et Syndicat National des Praticiens Hospitaliers Anesthésistes-Réanimateurs (SNPHAR).

Docteur Olivier DUBOIS

Secrétaire général du Conseil national de l'Ordre des médecins



Retour à la page d'accueil de la SFAR

