

Responsabilité civile de l'anesthésiste

La complexité croissante des soins médicaux nécessite, de plus en plus souvent, le recours à plusieurs spécialistes qui forment alors l'équipe de soins. Celle-ci donne les soins au patient, soit de façon successive (acte médicaux), soit de façon concomitante (intervention chirurgicale). Au sein de cette « équipe de soins », on distingue « l'équipe médicale » composé du chirurgien et de l'anesthésiste.

L'exercice en équipe pose des problèmes spécifiques liés essentiellement à la définition des rapports juridiques existant entre les membres. Si chaque médecin au sein de l'équipe reste responsable des fautes qu'il peut personnellement commettre, la jurisprudence admet néanmoins que le chef de l'équipe peut être reconnu, dans certains cas, responsable du fait de son préposé (Cass. 1re civ. 18 octobre 1960 (Welti) : Bull. civ., no 442 ; JCP 1961, II, 11846, obs. R. Savatier ; RTD. civ. 1961, p. 120, no 4, obs. A. Tunc ; voir aussi, à la suite de l'arrêt Welti, Cass. 1re civ. 20 février 1979 : no 77-14.126 ; Cass. 1re civ 26 juillet 1982 : RD sanit. Soc. 1984, p. 32, note A. Dorsner-Dolivet ; Cass. 1re civ. 18 juillet 1983 : no 82-14.323 ; JCP G 1984, II, no 20248, note Chabas.). Cette jurisprudence concernait essentiellement l'équipe constituée par le chirurgien, qui endossait en général le rôle de chef d'équipe et l'anesthésiste qui n'avait dans une période considérée qu'une fonction secondaire aux yeux de la médecine.

VERS L'AUTONOMIE PROFESSIONNELLE DE L'ANESTHÉSISTE

L'anesthésiste n'a pas toujours été apprécié comme l'égal du chirurgien au sein d'une équipe qui, elle-même, n'avait pas toute la dimension qu'elle possède aujourd'hui. En ce sens, le chirurgien conservait la responsabilité de l'ensemble de l'opération et devait veiller à son bon déroulement, disposant d'un devoir général de surveillance des actes accomplis par les membres de l'équipe. Dans cette hypothèse, seul le chirurgien répondait des fautes que pouvait commettre par exemple l'anesthésiste, alors considéré comme son aide ou son substitut.

C'est la raison pour laquelle la Cour de cassation (Cass. 1re civ. 18 octobre 1960 (Welti)) a décidé que même si le chirurgien répondait des fautes que pouvait commettre l'anesthésiste auquel il avait recours et qu'il se substituait, en dehors de tout consentement du patient, pour l'accomplissement d'une partie inséparable de son obligation (principe de responsabilité contractuelle du fait d'autrui), le médecin anesthésiste qui avait commis la faute n'était pas pour autant dégagé de sa responsabilité personnelle et demeurait responsable des conséquences de sa faute, mais sur le fondement délictuel ou quasi délictuel

Par conséquent, non seulement le chirurgien responsable du fait d'autrui pourrait exercer une action récursoire à l'encontre du médecin anesthésiste fautif, mais la victime disposerait d'un choix : elle pourrait diriger son action contre l'un ou l'autre des médecins, chef ou membre de l'équipe fautif, ou encore contre les deux, ce dernier cas de figure donnant lieu à une condamnation in solidum.

Cette jurisprudence relative à la responsabilité du chirurgien, chef de l'équipe médicale, du fait de l'anesthésiste, est actuellement critiquée par la doctrine car elle n'est plus en accord avec l'autonomie prise par l'anesthésie dans les soins médicaux (A. Dorsner-Dolivet, note ss. Cass. 1^{re} civ. 26 juillet 1982). En effet, cette règle ne peut s'appliquer que de manière résiduelle, à défaut de lien contractuel direct établi entre l'anesthésiste et le patient. Or, l'anesthésiste s'est vu consacrer l'indépendance totale de sa spécialité et un lien de droit contractuel autonome entre le patient et lui-même, par le biais de la consultation préanesthésique.

PLURALITE D'ANESTHESISTES

Dans le cadre de l'organisation de l'activité anesthésique, il arrive fréquemment que le médecin anesthésiste ayant mené la consultation préanesthésique obligatoire et par conséquent cocontractant du patient (avec le chirurgien), ne soit pas celui qui pratique l'acte anesthésique en lui-même. Cette réalité fait intervenir, à côté de la notion d'équipe médicale, la notion d'équipe d'anesthésistes. La question se pose de savoir si lui aussi peut être responsable des fautes que pourraient commettre un autre anesthésiste auquel il a eu recours pour l'anesthésie et qu'il se substitue, avec ou en dehors du consentement du patient, pour l'accomplissement d'une partie inséparable de son obligation.

Le patient ne sait plus, en définitive, du fait de cette succession de médecins, à qu'il a pu donner sa confiance : au premier anesthésiste ou aux suivants qui sont intervenus successivement en se présentant parfois de manière succincte ?

Il semblerait logique que l'anesthésiste, chef de l'équipe d'anesthésistes, intervenant lors de la consultation préanesthésique demeure néanmoins responsable du fait de l'anesthésiste agissant lors de l'acte anesthésique, que cela soit avec ou en dehors du consentement du patient, en raison du fait que ce dernier n'a pas été préalablement présenté au second anesthésiste. Faute d'une telle concertation, le premier anesthésiste seul et véritable interlocuteur du patient devrait répondre des fautes que pourrait commettre le second anesthésiste, alors simple exécutant auquel il a eu recours et qu'il se substitue, et ce malgré l'indépendance professionnelle de ce dernier.

La solution sera, bien entendu, différente si le second anesthésiste n'agit plus comme simple exécutant et prend des initiatives dont les conséquences sont dommageables (CA Bordeaux 10 janvier 2005).

RESPONSABILITE & CO-RESPONSABILITE

POLE SANTE ET SECURITE DES SOINS DU MEDIATEUR DE LA REPUBLIQUE



Le chirurgien n'a pas un rôle négligeable dans un tel contexte. En effet, l'on sait que le chirurgien chargé de l'organisation générale de l'opération et de l'anesthésie, collabore avec l'anesthésiste qu'il choisit aussi. Il semblerait possible d'envisager également la responsabilité contractuelle du chirurgien pris en tant que chef de l'équipe médicale du fait des fautes qu'aurait commis un anesthésiste qu'il aurait choisi de concert avec l'anesthésiste chef de l'équipe anesthésique, en dehors du consentement du patient. En définitive, une telle solution laisserait le choix au patient d'agir contre le chirurgien, chef de l'équipe médicale, ou contre le chef de l'équipe anesthésique, du fait des fautes commises par le second anesthésiste, ou encore contre les deux ; dans ce cas il y aurait une condamnation in solidum.

Aujourd'hui totalement indépendant au sein de l'équipe médicale, l'anesthésiste dispose au même titre que le chirurgien d'un devoir de surveillance dans l'intérêt de la santé du patient.

L'évolution de la qualification des médecins anesthésistes a conduit à une approche plus affinée des rapports juridiques entre ces derniers et le chirurgien au sein de l'équipe médicale, avec l'arrêt Farçat, rendu le 30 mai 1986 par l'assemblée plénière de la Cour de cassation (Cass. ass. plén. 30 mai 1986 : no 85-91 432 ; D. 1987 109, obs. Penneau). L'attendu de l'arrêt de cassation énonçait alors que « si la surveillance postopératoire incombe au médecin anesthésiste pour ce qui concerne sa spécialité, le chirurgien n'en est pas moins tenu, à cet égard, d'une obligation générale de prudence et de diligence ».

L'anesthésie est reconnue aujourd'hui comme une spécialité à part entière et de ce fait strictement réglementée par le Code de la santé publique aux articles D. 6124-91 à D. 6124-103. Un contrat intervient maintenant nécessairement entre l'anesthésiste et le patient du fait de la consultation préanesthésique obligatoire (Art. D. 6124- 91 du CSP). À défaut de ce lien contractuel direct entre l'anesthésiste et le patient, le chef d'équipe devrait normalement être responsable du fait de l'anesthésiste. Mais il existe des circonstances qui permettent souvent d'induire le consentement, au moins tacite du malade à être soigné par lui, même s'il ne l'a pas lui-même choisi (Cass. 1re civ. 27 mai 1970 : no 69-10 117 ; JCP éd. G 1971, II, 16833, note R. Savatier). C'est le cas notamment lorsque le malade est examiné par l'anesthésiste préalablement à l'intervention, dans un contexte d'urgence.

Par ailleurs, comme la jurisprudence l'a souvent souligné, tous les praticiens sont tenus de veiller à la bonne exécution de l'acte médical, lorsqu'ils agissent de concert. En conséquence, il appartient au chirurgien, chef de l'équipe médicale, de veiller à la bonne exécution de l'opération et de donner aux autres membres de l'équipe médicale toutes les informations utiles sur l'état du patient, lorsqu'il connaît celui-ci. Les médecins intervenant au sein de l'équipe médicale sur un pied d'égalité, il entre donc dans la responsabilité personnelle de chacun, en vertu du principe de l'indépendance professionnelle, de veiller à ce que le confrère assume effectivement son rôle (Art. R. 4127-64 du CSP).

Pour tout ce qui a trait à la technique proprement dite d'anesthésie-réanimation, le chirurgien est normalement radicalement incompetent, il ne saurait prétendre contrôler les décisions de l'anesthésiste (J. Penneau, note ss. Cass. crim 10 mai 1984 : D. 1985, p. 256). En revanche, tout

ce qui relève de l'organisation générale de l'acte d'anesthésie-réanimation doit être contrôlé par le chirurgien en vertu de son obligation de surveillance générale de tout ce qui concourt à la réalisation de l'acte chirurgical. C'est ainsi que le chirurgien doit veiller à ce que la surveillance postopératoire de l'opéré ayant subi une anesthésie soit assurée. L'article D. 6124-97 du Code de la santé publique, reprenant les acquis jurisprudentiels suivant lesquels la surveillance doit continuer jusqu'à la reprise complète des fonctions vitales (Cass. 1re civ. 11 décembre 1984 : no 83-14 759), précise ainsi qu'elle se poursuit jusqu'au retour et au maintien de l'autonomie respiratoire du patient, de son équilibre circulatoire et de sa récupération neurologique.

Néanmoins, il est important de préciser que ce devoir en quelque sorte de « surveillance réciproque » n'incombe pas qu'au seul chirurgien. La Cour de cassation a eu l'occasion de rappeler dans son rapport annuel de 2007 « qu'aucun des deux médecins, c'est-à-dire le chirurgien et l'anesthésiste ne peut se désintéresser de la défaillance qu'il est à même d'apercevoir de la part de l'autre ». Un arrêt du 27 mai 1998 (Cass. 1re civ. 27 mai 1998 : no 96-19 161) a rejeté le pourvoi formé contre le refus d'une cour d'appel de retenir la responsabilité de médecins anesthésistes du fait des fautes commises par le chirurgien lors d'une opération aux conséquences mortelles dès lors qu'il était établi que ces anesthésistes avaient respecté l'obligation générale de prudence et de diligence leur incombant quant au domaine de compétence du chirurgien. Toutefois, le chirurgien ne peut s'exonérer de toute responsabilité du seul fait que l'opéré est bien resté sous la surveillance de l'anesthésiste, lorsque ce dernier n'a pas la possibilité de pratiquer le seul traitement salvateur, c'est-à-dire une nouvelle opération qui ne pouvait être réalisée que par le chirurgien (Cass. 1re civ. 10 février 1987 : no 85-14 463).

Il existe donc une complémentarité des responsabilités de chacun des médecins dans l'intérêt supérieur du patient pouvant aboutir à une responsabilité partagée des praticiens (CA Bordeaux 10 janvier 2005 : préc. note 13) ; chaque médecin a un devoir particulier d'attention quant à l'effectivité des soins des autres médecins concourant à l'intervention. De même, le médecin, de par sa qualité et ses fonctions, lorsqu'il procède à un acte médical prescrit par un autre médecin, dispose d'un droit de contrôle sur la prescription de son confrère, ce droit étant la conséquence logique de l'indépendance de chaque praticien (Cass. 1re civ. 29 mai 1984 (Savart) : no 82-15 433 ; JCP 1984, II, concl. Gulphe ; D. 1985, p. 281, note F. Bouvier). Il existe donc dans le cadre de ce devoir de surveillance réciproque des médecins au sein de l'équipe médicale, un devoir de contrôle mutuel de leurs prescriptions dérivant de leur indépendance professionnelle inaliénable.

Le médecin anesthésiste doit être vigilant tout au long du processus de l'anesthésie, avant, pendant et après, afin de contrôler les effets de cette dernière.

CONSULTATION PREANESTHESIQUE

La consultation préanesthésique est un acte essentiel en anesthésie à l'occasion duquel va se former le contrat par lequel le malade accordera sa confiance au praticien : elle doit comporter un examen du dossier du patient, un interrogatoire sous forme de dialogue direct,

POLE SANTE ET SECURITE DES SOINS DU MEDIATEUR DE LA REPUBLIQUE



et un examen clinique. Elle est le moment où le médecin anesthésiste informera le malade et répondra à ses interrogations.

La consultation préanesthésique répond à deux nécessités : d'abord, l'évaluation préopératoire du patient, ensuite la délivrance d'une information loyale, claire, et appropriée sur l'état du patient afin de prévenir au mieux non seulement les complications inhérentes à l'environnement anesthésique, mais aussi la mise en jeu de la responsabilité de l'anesthésiste-réanimateur.

QUELS SONT LES CARACTÈRES DE LA CONSULTATION PRÉANESTHÉSIQUE ?

Le régime de la consultation préanesthésique est défini par l'article D. 6124-91 du Code de la santé publique et dispose que : « Pour tout patient dont l'état nécessite une anesthésie générale ou locorégionale, les établissements de santé, y compris les structures de soins alternatives à l'hospitalisation, assurent les garanties suivantes : (1) une consultation préanesthésique, lorsqu'il s'agit d'une intervention programmée ; (2) les moyens nécessaires à la réalisation de cette anesthésie [. .] ».

Cette consultation est obligatoire et doit avoir lieu plusieurs jours avant l'intervention. Si le patient n'est pas encore hospitalisé, « pour les établissements de santé privés relevant des dispositions de l'article L. 6114-3, elle est réalisée soit au cabinet du médecin anesthésiste-réanimateur, soit dans les locaux de l'établissement ».

L'anesthésiste doit rencontrer le patient lui-même afin de s'informer de l'état de ce dernier et de rechercher s'il est en état de supporter l'anesthésie (CA Paris, 10 juin 1960 : JCP G 1960, II, 11779).

Cette consultation préanesthésique doit être faite par un médecin anesthésiste-réanimateur (Art. D. 6124-92 al. 5 du CSP). S'il est souhaitable que le médecin anesthésiste, ayant procédé à la consultation, réalise lui-même l'anesthésie, en pratique cela n'est pas toujours possible et plusieurs anesthésistes peuvent intervenir successivement, ou constituer une « équipe anesthésique ». Il convient alors d'informer le patient de cette éventualité lors de la consultation préanesthésique, et le médecin anesthésiste-réanimateur qui anesthésiera le patient devra prendre connaissance de son dossier médical et se présenter à lui avant l'intervention.

Il doit ensuite procéder à un examen préalable et approfondi pré-anesthésique : prendre connaissance des examens préopératoires prescrits (CA Toulouse, 19 déc. 1994 : Juris-Data n°052912) ou du bilan établi (CA Aix en Provence, 27 mars 1996 : Juris-Data n°041254), procéder à un examen préalable et approfondi pré-anesthésique y compris de l'état des incisives du malade, la technique d'intubation présentant des risques (CA Paris, 7 juin 1996 : Juris-Data n° 022084)

Les résultats de la consultation préanesthésique « sont consignés dans un document écrit, incluant, les résultats des examens complémentaires et des éventuelles consultations

spécialisées. Ce document est inséré dans le dossier médical du patient ». Il est en outre prudent de consigner dans ce document l'essentiel des informations délivrées au patient, puisqu'il appartient au médecin de prouver la réalité et le contenu de l'information transmise à ce dernier.

Le dernier alinéa de l'article D. 6124-92 du Code de la santé publique précise ensuite que « la consultation préanesthésique ne se substitue pas à la visite préanesthésique qui est effectuée par un médecin anesthésiste-réanimateur dans les heures précédant le moment prévu pour l'intervention ».

La consultation à distance de l'acte opératoire doit permettre à l'anesthésiste-réanimateur d'approfondir l'évaluation préopératoire en demandant, si nécessaire, des examens et investigations complémentaires ainsi que d'éventuelles consultations de spécialistes.

Ainsi, le médecin doit « [. . .] sans négliger son devoir d'assistance morale, limiter ses prescriptions et ses actes à ce qui est nécessaire à la qualité, à la sécurité, et à l'efficacité des soins [. . .] et tenir compte des avantages, des inconvénients et des conséquences des différentes investigations et thérapeutiques possibles » (Art. R. 4127-8 du CSP). En d'autres termes, il ne doit pas prescrire des investigations et examens, soit inutiles, soit trop risqués par rapport au bénéfice qui en est escompté pour le malade.

Enfin, la consultation préanesthésique ne supprime pas pour autant l'obligation de réaliser une visite préanesthésique quelques heures avant l'opération. Cette visite faite par un anesthésiste-réanimateur doit comporter un examen clinique et une prise de connaissance du dossier complet, un nouvel interrogatoire permettant de s'assurer qu'il n'existe pas d'éléments nouveaux survenus depuis la consultation préanesthésique pouvant constituer une contre-indication (Cass. civ. 1^{re} 20 octobre 1993 : no 91-19113). Une bonne évaluation de l'état du patient avant l'opération est en effet l'une des nombreuses finalités de la consultation préanesthésique.

QUELLE EVALUATION PREOPERATOIRE ?

L'Ordre national des médecins a insisté particulièrement sur le fait que la consultation préanesthésique devait être « développée, en accord avec les chirurgiens et le cas échéant les autres spécialistes concernés, de manière à s'intégrer dans une procédure commune d'évaluation préopératoire ». La consultation préanesthésique est réalisée sitôt après la consultation de l'opérateur, ou de façon différée.

La consultation préanesthésique a pour objectif de réduire la morbidité et la mortalité peropératoire à travers une évaluation préopératoire aussi juste que possible des affections préexistantes, de leurs traitements susceptibles d'interférer avec l'action des produits anesthésiques, ou encore des antécédents familiaux. Cette évaluation doit permettre également avec l'aide de l'examen clinique de prévoir un certain nombre de difficultés techniques anesthésiques, telles des complications d'intubation, d'abord veineux, d'abord de l'espace péridural ou d'autres sites.

POLE SANTE ET SECURITE DES SOINS DU MEDIATEUR DE LA REPUBLIQUE



Elle doit, par ailleurs, permettre d'envisager les risques particuliers qui peuvent menacer un patient en fonction de ses antécédents ou des affections dont il est atteint, et prendre corrélativement toutes les précautions pour limiter ces risques. L'anesthésiste-réanimateur doit anticiper et prévoir les stratégies thérapeutiques en fonction du cas particulier de chaque patient dans le cadre de la consultation préanesthésique.

Le délai de réflexion de quelques jours qu'impose désormais l'article R. 6124-92 du Code de la santé publique entre la consultation préanesthésique et l'acte opératoire permet à l'anesthésiste-réanimateur de modifier le programme opératoire s'il pense que des investigations ou consultations de spécialistes sont nécessaires, et cela sans désorganisation du bloc opératoire ou de l'activité des chirurgiens.

Il doit permettre également d'éviter des situations dans lesquelles l'anesthésiste est contraint de refuser d'anesthésier un patient à la dernière minute, ou d'être tenté de réaliser l'acte d'anesthésie malgré certains risques liés à une contre-indication absolue la veille de l'intervention.

La réussite d'une évaluation préopératoire dépend nécessairement du recueil d'un maximum d'informations utiles concernant l'état de santé du patient afin de lui adapter la thérapeutique en fonction de son intérêt et de sa sécurité, cela notamment par le biais d'un interrogatoire du patient mené par l'anesthésiste lui-même. C'est la raison pour laquelle, dans l'intérêt de tous et notamment du malade, il est préférable que le médecin anesthésiste qui procède à la consultation effectue lui-même la visite préanesthésique et l'anesthésie. En effet, la multiplication injustifiée des intervenants nuit à la cohésion des équipes, augmente les risques de défauts de communication et tend à diluer les responsabilités.

Le rôle du patient n'est pas non plus négligeable dans cette phase de la consultation préanesthésique. Il lui appartient de fournir au médecin tous les renseignements susceptibles de garantir la meilleure évaluation préopératoire possible. Même si le patient n'est pas compétent pour trier les informations, il doit dans toute la mesure du possible ne pas oublier de signaler des antécédents, des maladies, ou des traitements même anciens, et cela même s'il pense que ces informations ne sont d'aucun intérêt pour l'anesthésiste.

QUEL DEVOIR D'INFORMATION ET DE CONSEIL DE L'ANESTHÉSISTE ?

L'anesthésiste doit informer et rassurer le patient, afin d'obtenir son consentement éclairé pour le protocole le mieux adapté à son cas. Le dialogue qui doit s'instaurer avec le patient permettra à ce dernier, non seulement d'exposer ses problèmes de santé mais en outre d'exprimer ses angoisses et ses interrogations (La peur de ne pas se réveiller est une angoisse souvent mentionnée par les patients lors de la visite préanesthésique).

Le devoir d'information et de conseil est posé par l'article R. 4127-35 al. 1er du Code de la santé publique relatif à la déontologie médicale : « Le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille, une information loyale, claire et appropriée sur son

état, les investigations et les soins qu'il lui propose. Tout au long de la maladie, il tient compte de la personnalité du patient dans ses explications et veille à leur compréhension ».

Il est utile de préciser de manière liminaire que l'obligation d'information incombe au médecin qui a procédé à la consultation préanesthésique, et non pas à celui qui a fait la visite préanesthésique quelques heures avant l'opération, à un moment où le consentement du patient a déjà été donné (CA Lyon 14 mars 2002 : Juris-data no 2002-170573).

Cela étant dit, l'absence de délivrance d'une information loyale, claire et appropriée est donc une faute susceptible d'engager la responsabilité de l'anesthésiste (CA Paris 14 septembre 2007 : Juris-data no 2007-344244). Dans une telle hypothèse, sa responsabilité ne sera engagée que si le patient démontre l'existence d'un préjudice, en particulier d'une perte de chance d'échapper au risque réalisé (CA Paris 3 mars 2000 : Juris-data no 2000-110366).

En revanche, la jurisprudence pose pour principe que l'obligation d'information doit également porter sur les risques considérés comme exceptionnels (CA Rennes 21 septembre 2005 : Juris-data no 2005-306811).

Toutefois, la circonstance d'urgence peut ôter le caractère contraignant de l'obligation d'information. Ainsi, dans le cadre d'une intervention chirurgicale réalisée en urgence, le juge a pu considérer que, à supposer que l'information sur la survenue d'un risque n'ait pas été délivrée au patient par l'anesthésiste, ce défaut d'information n'était pas, dans le cadre de l'urgence, constitutif d'une faute (CA Aix-en-Provence 28 novembre 2006 : Juris-data no 2006-325103).

L'anesthésiste doit donc informer son patient le plus clairement et fidèlement possible, tout en dissipant ses craintes et angoisses, de telle manière qu'il ne refuse pas purement et simplement l'acte nécessaire, ou qu'il ne subisse pas un état de stress qui ne pourrait que lui être préjudiciable. Il doit en outre se ménager la preuve qu'il a bien délivré les informations. La jurisprudence de la Cour de cassation est en effet constante sur le fait qu'il appartient au médecin de rapporter la preuve de l'exécution de cette obligation (Cass. civ. 1^{re} 25 février 1997 : Bull. civ. I, no 75 ; D. 1997, som. p. 319, obs. Penneau ; Gaz. Pal. 1997, I, 274, rapp. Sargos, note Guigue ; Defrénois 1997, p. 751, obs. Aubert ; RTD civ. 1997, p. 434, obs. Jourdain).

Cependant, l'absence de délivrance d'une information sur les risques d'une complication exceptionnelle n'emporte pas à elle seule la mise en jeu de la responsabilité de l'anesthésiste ; encore faut-il que les juges recherchent les effets qu'aurait pu avoir l'information du risque sur le consentement ou le refus du patient (CA Toulouse 11 février 2008 : Juris-data no 2008-362746).

L'information dont le praticien est redevable doit porter sur certains points essentiels, tels que :

POLE SANTE ET SECURITE DES SOINS DU MEDIATEUR DE LA REPUBLIQUE



- ◆ les différentes techniques d'anesthésie peropératoire susceptibles d'être proposées en fonction du cas particulier ;
- ◆ les différentes techniques d'analgésie postopératoire disponibles ;
- ◆ les risques connus, qu'ils soient de nature exceptionnels ou non, des différentes techniques proposées ;
- ◆ les échecs possibles de l'anesthésie locorégionale pouvant conduire à une anesthésie générale ;
- ◆ l'éventualité d'un changement de la technique anesthésique, justifié par la stratégie chirurgicale ;
- ◆ la possibilité de transfusion sanguine en cas de chirurgie potentiellement hémorragique ;
- ◆ les techniques d'épargne transfusionnelle, notamment par la transfusion autologue différée ;
- ◆ l'adaptation des thérapeutiques en cours pour éviter les interactions médicamenteuses indésirables avec l'anesthésie.

Le rôle du médecin anesthésiste n'est pas simplement cantonné à l'information : il doit de surcroît conseiller le patient. Certains patients souhaitent légitimement participer au choix du protocole anesthésique et de la technique. Le devoir du médecin est alors de tenir compte des désirs du malade et de lui donner satisfaction si son souhait est compatible avec son intérêt sur le plan médical. Dans le cas contraire, le devoir de conseil impose à l'anesthésiste-réanimateur de privilégier la sécurité du patient plutôt que son confort, de lui expliquer avec force et conviction la méthode appropriée à son cas et les raisons pour lesquelles satisfaction ne peut lui être donnée, l'objectif étant d'assurer un parfait déroulement de l'anesthésie.

L'anesthésiste a, comme tout médecin, le libre choix de sa technique et peut choisir le mode d'anesthésie qui lui paraît le plus adapté à l'état du patient (Cass. 1^{re} civ., 13 mai 1959 : D.1959, somm. P.107 ; Bull.civ. I, n°240).

La responsabilité de l'anesthésiste peut cependant être retenue s'il commet une faute dans le choix de la technique d'anesthésie (CA Paris, 20 fév. 1998 : Juris-Data n°020612, pour réinjection après l'intervention d'anesthésiques locaux sans souci de la récupération neurologique complète), s'il opte pour un procédé plus dangereux qu'un autre (CA Aix en Provence, 23 fév. 1949 : JCP G 1949, II, 5025, choix d'une rachianesthésie haute au lieu de rachianesthésie basse), s'il prescrit deux médicaments qui, associés, provoquent des troubles de la conduction cardiaque et, par suite, une anoxie cérébrale (CA Pau, 5 fév. 1997 : Juris-Data n°040239, responsabilité *in solidum* avec le chirurgien).

Les injections nécessaires à l'anesthésie peuvent être source de responsabilité de l'anesthésiste, soit qu'elles s'accompagnent de maladresse, soit qu'elles produisent des effets imprévus. Le médecin anesthésiste commet une faute, s'il perfore le globe oculaire lors d'une injection pour une anesthésie locale de l'œil (CA Lyon, 3 mai 1995 : Juris-Data n°043309), s'il se produit une nécrose de l'avant bras par suite de la pénétration dans les tissus sous-cutanés de liquide anesthésique (Cass.1^{re} civ., 31 mai 1988 : Bull.civ. I, n° 165, p.114).

LA REALISATION DE L'ANESTHESIE

POLE SANTE ET SECURITE DES SOINS DU MEDIEUR DE LA REPUBLIQUE



Les articles D. 6124-93 et suivants du Code de la santé publique traitent de la période dite « de l'anesthésie ». Cette période comporte trois volets relatifs : à l'organisation des programmes opératoires, à la qualité de l'acte d'anesthésie lui-même à l'aide du protocole anesthésique, et aux moyens nécessaires à la réalisation de cette anesthésie.

QUI EST RESPONSABLE DE L'ORGANISATION DES PROGRAMMES OPERATOIRES ?

L'organisation des programmes opératoires est prévue par l'article D. 6124-93 du Code de la santé publique : « Le tableau fixant la programmation des interventions est établi conjointement par les médecins réalisant ces interventions, les médecins anesthésistes-réanimateurs concernés et le responsable de l'organisation du secteur opératoire, en tenant compte notamment des impératifs d'hygiène, de sécurité et d'organisation du fonctionnement du secteur opératoire ainsi que les possibilités d'accueil en surveillance post interventionnelle ».

En effet, tous les participants aux actes opératoires doivent coordonner ensemble l'établissement du programme, car ensemble ils disposent des connaissances et des données permettant le respect des impératifs d'hygiène et de sécurité. Ils connaissent la nature des interventions et les risques infectieux qu'elles comportent en tant que responsables de la stérilisation du bloc et du matériel chirurgical et anesthésique. De même, ils connaissent la durée moyenne des interventions, qui peut varier en fonction de chaque opérateur. Ils savent également que le temps d'occupation des salles d'opérations est plus grand pour les anesthésistes que pour les chirurgiens, puisque dès l'arrivée du malade il faut tenir compte du délai nécessaire à l'installation des différents instruments de monitoring, et à l'induction anesthésique qui doit se dérouler dans le calme et non sous la pression de la productivité.

En outre, à la fin de l'opération, lorsque le chirurgien a terminé, il faut encore assurer les gestes de sécurité du réveil et organiser le transfert du malade par un personnel compétent en salle de surveillance post interventionnelle.

En somme, la concertation, désormais obligatoire au sein du bloc opératoire, ne peut que conduire à faciliter les conditions de travail pour les médecins et accroître la sécurité des patients.

Le programme opératoire doit évidemment tenir compte des interventions qui pourraient être ajoutées du fait de l'entrée de patients en urgence. La gestion de ces urgences doit être définie à l'avance dans l'organisation générale du fonctionnement de l'établissement et du bloc opératoire.

Le patient doit être informé par l'opérateur des suites de l'intervention et des modalités du traitement à suivre. Il reçoit à sa sortie et avant son départ un bulletin signé par un médecin de la structure qui mentionne l'identité des personnels médicaux ayant participé à l'intervention, et les recommandations sur la conduite à tenir en matière de surveillance postopératoire ou anesthésique (Art. D. 6124-304 du CSP).

En outre, l'article D. 6124-93 du Code de la santé publique implique directement « le responsable de l'organisation du secteur opératoire » dans la décision qui doit être prise conjointement entre lui-même, les chirurgiens et les anesthésistes concernant la programmation des interventions. Les directeurs des établissements de santé sont donc désormais concernés autant que les médecins par l'organisation du tableau opératoire, et sont alors tous responsables d'une bonne organisation, ou d'un dysfonctionnement.

QUI EST RESPONSABLE DU PROTOCOLE ANESTHÉSIQUE ?

L'analyse de la jurisprudence révèle que les fautes de l'anesthésiste-réanimateur qui peuvent survenir lors de la conduite de l'anesthésie sont de nature profondément différente.

Pour tenter de limiter la survenance d'accidents anesthésiques et dans le but d'une prise en charge optimale du patient, la réglementation prévoit la réalisation et le suivi d'un protocole anesthésique.

L'article D. 6124-94 du Code de la santé publique dispose en effet que « l'anesthésie est réalisée sur la base d'un protocole établi et mis en œuvre sous la responsabilité d'un médecin anesthésiste-réanimateur, en tenant compte des résultats de la consultation et de la visite préanesthésiques mentionnées à l'article D. 6124-92 ».

C'est effectivement l'anesthésiste-réanimateur et lui seul qui établit le protocole anesthésique et met en œuvre l'anesthésie sous sa responsabilité. S'il délègue la mise en œuvre de l'anesthésie à un infirmier anesthésiste diplômé d'État, ce ne peut-être que sous sa responsabilité, et en sa présence.

Le protocole d'anesthésie est un compte rendu écrit qui permet de reconstituer et de minuter l'histoire du malade sous anesthésie. Il doit ainsi comporter la mention des constantes vitales du malade (pouls, pression artérielle, oxygénation du sang avant l'induction anesthésique), et lorsque ces éléments sont automatiquement enregistrés, l'enregistrement doit être joint au protocole. Ce dernier doit donc mentionner tous les actes réalisés par l'anesthésiste avec l'heure à laquelle ils sont réalisés. Il comprend la mention des injections de médicaments (heure et voie d'administration, dose, concentration) ; celle des gestes effectués (intubation, voie, taille et type de la sonde), de l'injection locale ou locorégionale (type de cathéter employé, nature, dose, concentration du ou des médicaments injectés) ; enfin l'évocation d'une réaction du malade à ces prescriptions (urticaire, difficulté respiratoires, vomissements, chute de pression artérielle avec notion horaire).

Le choix du protocole anesthésique et sa mise en œuvre doivent tenir compte des résultats de la consultation préanesthésique, notamment lorsque le patient signale des antécédents allergiques.

Le dossier de consultation préanesthésique doit alors accompagner le malade en salle d'opération puisque l'établissement du protocole anesthésique doit tenir compte des

POLE SANTE ET SECURITE DES SOINS DU MEDIATEUR DE LA REPUBLIQUE



renseignements qu'il comporte. Ce point est particulièrement important si le médecin qui pratique l'anesthésie n'est pas celui qui a réalisé la consultation (CA Bordeaux 10 janvier 2005).

En cas d'accident ou d'incident anesthésique, chacun peut comprendre que la priorité du médecin sera d'assurer les soins indispensables à la survie du malade plutôt que de rédiger un compte rendu extemporané. Cette rédaction devra cependant être effectuée aussi tôt que possible, alors que le souvenir des faits est récent et que tous les protagonistes sont encore présents. En cas de procédure judiciaire, les auditions devant les experts ou les magistrats instructeurs se déroulent toujours plusieurs mois voire plusieurs années après les faits, et les protagonistes retrouvent, grâce au dossier, lorsqu'il est bien tenu, des souvenirs qui la plupart du temps s'étaient estompés. La bonne tenue du dossier fait donc partie d'une gestion prudente du risque médico-légal. Il va sans dire que l'absence de dossier ou un dossier vide ne peut que faire très mauvais effet auprès des experts judiciaires et des juges.

D'une manière générale, au protocole anesthésique s'ajoutent les moyens nécessaires à la réalisation de l'anesthésie.

QUELS SONT LES MOYENS NECESSAIRES A LA REALISATION DE L'ANESTHESIE ?

Ces moyens sont, aux termes de l'article D. 6124-94 du Code de la santé publique, d'une part une surveillance clinique continue durant l'anesthésie et, d'autre part, un matériel d'anesthésie et de suppléance adapté au protocole anesthésique retenu.

Cette surveillance clinique continue incombe au médecin anesthésiste-réanimateur.

Il est ainsi rappelé (Recommandations SFAR 1994) que « *toute anesthésie générale, locorégionale, sédation intraveineuse doit être effectuée et surveillée par ou en présence d'un médecin anesthésiste-réanimateur qualifié. Si le médecin anesthésiste-réanimateur responsable est amené à quitter transitoirement la salle d'opération, il confie la surveillance du patient à un autre médecin anesthésiste-réanimateur, à un médecin anesthésiste-réanimateur en formation ou à un(e) infirmier(e) spécialisé(e) en anesthésie-réanimation* ».

Le médecin anesthésiste peut être amené à quitter momentanément la salle d'opération en laissant le malade sous la surveillance d'un *un(e) infirmier(e) spécialisé(e) en anesthésie-réanimation (IADE)*.

L'article R. 4311-12 du Code de la santé publique dispose alors que l'IADE 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 de l'anesthésie générale, l'anesthésie locorégionale et réinjections dans le cas où un dispositif a été mis en place par un médecin anesthésiste-réanimateur, et la réanimation peropératoire.

En tout état de cause, la condition impérative pour que l'IADE puisse intervenir, est que le médecin anesthésiste-réanimateur soit en mesure de lui apporter son concours à tout moment en cas de problème. En effet, l'IADE est et demeure sous la responsabilité du médecin anesthésiste-réanimateur qui lui donne ses prescriptions et qui sera considéré comme responsable de leur bonne exécution. Sur le plan juridique, l'infirmier anesthésiste-réanimateur pourra être considéré, à cet instant précis, comme « le préposé occasionnel » du médecin anesthésiste dont il reçoit directement et exclusivement des instructions.

En pratique, on rencontre deux types de circonstances dans lesquelles la responsabilité de l'anesthésiste-réanimateur se trouve engagée du fait de cette obligation de surveillance clinique continue durant l'anesthésie :

- ◆ Tout d'abord, se présentent les cas dans lesquels l'anesthésiste est absent pour une raison ou une autre et n'a pas délégué la surveillance au personnel qualifié (Cass. crim. 30 octobre 1996 : no 96-80263 ; Cass. crim. 12 décembre 1991 : no 90-87805 ; Cass. crim. 16 juillet 1987 : no 86-96555).
- ◆ Ensuite, peuvent survenir des cas dans lesquels l'anesthésiste est présent mais engage sa responsabilité professionnelle en n'assurant pas une surveillance sérieuse de sa patiente durant l'intervention chirurgicale avec des conséquences diverses (CA Paris 30 mars 2001 : *Juris-data* no 143169 ; voir aussi, CA Rennes 5 mars 2008 : *Juris-data* no 2008-362505).

La présence effective et continue du médecin en salle d'opération est considérée comme fondamentale, tant il est évident que la machine, le monitoring, les alarmes, peuvent difficilement remplacer l'attention, le coup d'œil, l'expérience, voire même parfois, l'intuition du médecin spécialiste.

Par ailleurs, le législateur énumère avec une très grande précision quels doivent être les moyens matériels de surveillance clinique continue utilisés durant l'anesthésie. L'article D. 6124-95 du Code de la santé publique dispose en effet que « *les moyens mentionnés au 1° de l'article D. 6124-94 permettent d'assurer, pour chaque patient, le contrôle continu du rythme cardiaque et du tracé électrocardioscopique et la surveillance de la pression artérielle, soit non invasive soit invasive, si l'état du patient l'exige* ».

Ce contrôle s'effectue à l'aide d'un électrocardioscope muni d'alarmes de fréquence cardiaque. Il peut être simplement visuel et clinique, ce qui signifie alors qu'une personne compétente doit rester en permanence au chevet du malade anesthésié. En tout état de cause, lorsque des modifications importantes surviennent, il est toujours intéressant d'obtenir un enregistrement sur papier, ce qui permet *a posteriori* d'effectuer une analyse en cas d'accident.

Pour ce qui a trait à la surveillance de la pression artérielle, il est recommandé d'avoir recours à un appareil de mesure automatique de la pression et un oxymètre de pouls. La surveillance de la pression artérielle peut-être continue et enregistrée. Il serait prudent de photocopier l'enregistrement qui peut s'effacer avec le temps. De même, le matériel de surveillance doit être utilisé dès le début de l'anesthésie, avant la première injection d'un produit quel qu'il soit.

POLE SANTE ET SECURITE DES SOINS DU MEDIATEUR DE LA REPUBLIQUE



Cela dit, les moyens mis en œuvre pour satisfaire à l'exigence d'une surveillance clinique continue ne sont pas suffisants ; encore faut-il également disposer d'un matériel anesthésique et de suppléance adapté au protocole anesthésique.

Tous les patients anesthésiés doivent bénéficier du même équipement, qu'ils soient anesthésiés dans un bloc opératoire ou dans un autre lieu. Ce principe de sécurité s'applique aux malades subissant un acte diagnostique sous anesthésie, telles que l'endoscopie, la radiologie interventionnelle.

Il s'applique à tous les malades traités dans des structures d'anesthésie ambulatoire, dans lesquelles l'anesthésiste doit disposer des moyens matériels et humains nécessaires à la réanimation d'une détresse cardiorespiratoire. En outre, l'établissement de santé doit assurer l'acquisition et la maintenance en bon état de fonctionnement du matériel d'anesthésie et de suppléance nécessaire pour réaliser les anesthésies dans des conditions de sécurité normale, et cela conformément aux dispositions générales. Cette obligation pesant sur l'établissement est, la plupart du temps, inscrite dans les contrats d'exercice signés avec les médecins anesthésistes-réanimateurs.

L'IADE est responsable de la gestion des médicaments anesthésiques et doit veiller par là-même à ce que le remplacement des médicaments utilisés soit effectué quotidiennement, à ce que les délais de péremption des médicaments soient respectés et à ce que la salle d'opération soit approvisionnée en matériel à usage unique. Enfin, il doit vérifier le bon état de marche du matériel d'intubation (Recommandations SFAR 1994).

La liste du matériel nécessaire à la pratique de l'anesthésie dans un établissement est mentionnée très précisément à l'article D. 6124-96 du Code de la santé publique. Ces moyens permettent d'assurer pour chaque patient l'arrivée de fluides médicaux et l'aspiration par le vide, l'administration de gaz et de vapeurs anesthésiques, et enfin l'anesthésie et son entretien.

Il est recommandé alors une surveillance particulière de l'appareillage d'anesthésie : un manomètre de pression d'alimentation en oxygène doit être connecté à l'appareil d'anesthésie ou à sa conduite d'alimentation et un analyseur d'oxygène avec alarme sonore de concentration basse doit être relié au circuit anesthésique.

L'intubation trachéale est listée au 4° de l'article D. 6124-96. Aucune induction anesthésique ne doit être commencée avant que tout le matériel d'intubation nécessaire en fonction des éventuelles difficultés d'intubation prévisibles ait été vérifié, préparé et soit immédiatement prêt à l'emploi. Immédiatement après l'intubation, la position de la sonde doit être vérifiée par l'auscultation pulmonaire bilatérale (CA Rouen 14 mai 2003 : *Juris-data* no 2003-222182), et vérifiée de nouveau après chaque mobilisation du malade. Si la moindre modification clinique est observée (modification du rythme ou de l'amplitude respiratoire, hypersialorrhée, tentatives de vomissements), une nouvelle vérification s'impose car la sonde d'intubation trachéale peut bouger en cours d'intervention.

Le 5° du même article ajoute la ventilation artificielle et le 6° le contrôle continu du débit de l'oxygène administré, de la teneur en oxygène du mélange gazeux inhalé, de la saturation du sang en oxygène, des pressions et débits ventilatoires, ainsi que de la concentration en gaz carbonique expiré lorsque le patient est intubé.

Il est précisé (Recommandations SFAR 1994) qu' « *en cours d'anesthésie, l'oxygénation, la ventilation, la circulation, ainsi que la profondeur de l'anesthésie sont constamment surveillées et les données de la surveillance notées sur la feuille d'anesthésie [. . .]. La surveillance de la ventilation repose sur l'observation clinique (fréquence, amplitude et symétrie de l'expansion thoracique, mouvements du ballon, auscultation) et l'utilisation de méthodes instrumentales* ». Les instruments de monitoring ne doivent pas dispenser l'anesthésiste de la simple observation du malade. Il serait illusoire de penser que l'on puisse s'absenter de la salle d'opération parce que le malade est monitoré.

D'une manière générale, il est du devoir et de la responsabilité du médecin anesthésiste, s'il constate que l'établissement de santé dans lequel il exerce ne met pas à sa disposition et à celle des patients anesthésiés le matériel prévu à l'article D. 6124-96 du Code de la santé publique, de l'exiger par écrit et d'alerter la commission médicale d'établissement (CME). Ce devoir s'impose d'ailleurs aux chirurgiens, dans la mesure où la sécurité de leurs patients est compromise.

Les devoirs de l'anesthésiste envers son patient ne s'arrêtent pas une fois l'opération menée à son terme. La surveillance postopératoire est une étape fondamentale pour garantir au patient la meilleure sécurité possible. Or, de nombreux accidents anesthésiques sont, hélas, dus à un manquement de l'anesthésiste-réanimateur lors de cette période critique.

APRES L'INTERVENTION

L'accent est mis sur « *la surveillance post interventionnelle* » qui traduit la nécessité de faire bénéficier tous les patients d'une surveillance de même qualité, qu'ils soient conscients ou non. Les malades ayant reçu une anesthésie locorégionale bénéficient ainsi d'une surveillance postopératoire au même titre que ceux ayant reçu une anesthésie générale.

Ainsi, aux termes de l'article D. 6124-97 du Code de la santé publique, « *la surveillance continue post interventionnelle [...] a pour objet de contrôler* » non seulement « *les effets résiduels des médicaments anesthésiques et leur élimination* », mais aussi de « *de faire face, en tenant compte de l'état de santé du patient, aux complications éventuelles liées à l'intervention ou à l'anesthésie* ».

COMMENT EST ASSURÉ LE CONTRÔLE DES EFFETS RÉSIDUELS DES MÉDICAMENTS ANESTHÉSQUES ?

Afin de contrôler les « *effets résiduels des médicaments anesthésiques* » qu'il utilise et d'assurer leur élimination, à l'occasion de la surveillance, le médecin doit connaître la

pharmacologie de ces derniers, leurs effets secondaires et leur durée d'action. Cela passe évidemment par l'entretien et le perfectionnement de ses connaissances. Le Code de la santé publique relatif à la déontologie du médecin, en fait même un devoir en son article R. 4127-11 : « *Tout médecin doit entretenir et perfectionner ses connaissances ; il doit prendre toutes dispositions nécessaires pour participer à des actions de formation continue. [. .]* »

De nombreux cas d'espèce montrent une méconnaissance par le médecin des effets secondaires d'un produit analgésique morphinique de longue durée d'action, administré en salle d'opération, ou des effets résiduels d'un curare, qui a conduit à des accidents de réveil dus à une dépression respiratoire tardive non contrôlée (Cass. 1re civ., 9 décembre 1992 : no 12-697).

Aussi la jurisprudence ne manque-t-elle pas d'insister sur le fait que l'anesthésiste, en raison de sa compétence et de sa spécialité, doit être apte à mesurer les risques des produits qu'il emploie, et doit donc faire preuve de vigilance (CA Rennes 5 mars 2008 : *Juris-data* no 362505). Par ailleurs, il va sans dire que la maîtrise des effets des médicaments anesthésiques passe aussi par la connaissance du praticien des autres traitements que prend un patient. À défaut, les conséquences peuvent être graves et irréversibles pour le malade (CA Paris 19 juin 2003 : *Juris-data* no 224283).

La responsabilité du médecin anesthésiste peut donc être engagée lorsque celui-ci ne surveille pas attentivement le patient, et ne met pas tout en œuvre pour contrôler les effets des médicaments anesthésiques lors de cette phase post interventionnelle. *A contrario*, certaines décisions refusent de condamner l'anesthésiste, notamment en cas d'accident postopératoire, lorsque ce dernier a pris toutes les précautions, et a respecté son obligation de moyens (Cass. 1re civ., 16 mars 1994 n°92-16167 ; CA 15 septembre 2000 : *Juris-data* n°122061).

COMMENT EST ASSURÉE LA LUTTE CONTRE LES COMPLICATIONS ÉVENTUELLES LIÉES À L'INTERVENTION OU À L'ANESTHÉSIE ?

L'efficacité d'une surveillance postopératoire ne peut être garantie que si elle est conduite de concert par le chirurgien et l'anesthésiste, qui luttent alors ensemble contre les complications liées à l'intervention ou à l'anesthésie susceptibles d'intervenir durant cette phase délicate.

L'article D. 6124-97 précité envisage en son alinéa 1er la responsabilité de l'anesthésiste et celle du chirurgien, qui doivent être attentifs à l'état du patient durant toute cette période post interventionnelle. En effet, il prend en compte les complications liées à l'intervention ou à l'anesthésie (communément appelées complications post chirurgicales ou complications post anesthésiques) qui peuvent se présenter lors de cette phase postopératoire.

L'affaire *Farçat* (CA Rennes 5 janvier 2000 : *Juris-data* no 110419) illustre cette obligation de surveillance postopératoire qui incombe à la fois au chirurgien et à l'anesthésiste. En effet, la Cour de cassation rappelle dans son attendu du 30 mai 1986, que si chacun est maître dans sa

spécialité, le chirurgien n'est pas pour autant dégagé de toute obligation de prudence et de diligence à l'occasion du réveil puisqu'il reste concerné de toute complication éventuelle liée à son acte chirurgical.

Cette lutte contre les complications éventuelles liées à l'intervention ou à l'anesthésie passe par un véritable suivi personnel dans la surveillance post interventionnelle, de la part du spécialiste. La responsabilité de l'anesthésiste pourra être retenue si celui-ci fait preuve de négligence, notamment dans le suivi opératoire.

Néanmoins, il est difficilement possible d'exiger de la part de l'anesthésiste et du chirurgien une présence personnelle et continue auprès du patient, en salle de réveil, et encore moins lors de son retour en chambre. Aussi, il est important de rappeler qu'outre la disponibilité de l'anesthésiste en cas de nécessité, ce dernier ou le chirurgien doit laisser au personnel qui a en charge la surveillance du patient (en salle de réveil ou après le retour en chambre), des prescriptions précises et écrites afin d'assurer sa sécurité. Ainsi « [. . .] 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 qui sera versé au dossier médical du patient. [. . .] ». Dès lors, à l'aide de ces prescriptions, le personnel sera en mesure de déceler une complication lors de la surveillance postopératoire ; il pourra également réagir comme il se doit et le cas échéant, faire appel au médecin dans les délais permettant d'éviter une catastrophe. La jurisprudence fait état de la négligence ou d'erreurs du praticien liées à l'absence ou à l'imprécision de transmission de prescriptions de sa part au personnel chargé de surveiller le patient (Cass. crim. 1er avril 2008 : n°07-81509), susceptible d'engager ainsi sa responsabilité lorsqu'un accident arrive au cours de la surveillance postopératoire.

COMMENT EST ASSURÉE LA SURVEILLANCE POSTÉRIEURE AU TRANSFERT ?

Le législateur insiste sur le caractère continu, permanent, que doit revêtir la surveillance du patient dès la fin de l'intervention et de l'anesthésie. Par conséquent, l'article D. 6124-97 du Code de la santé publique dispose en son alinéa 2e et 3e que « *la surveillance (continue post interventionnelle) commence en salle d'opération et ne s'interrompt pas pendant le transfert du patient* ». Ces précisions sont pleinement justifiées au regard des accidents (CA Riom 17 avril 2003 : *Juris-data* no 217922) qui peuvent se produire durant les quelques minutes nécessaires pour transporter le patient de la salle d'opération vers la salle de réveil ou l'unité de réanimation, ou tout simplement vers sa chambre lorsqu'il n'y pas eu de passage en salle de réveil ou que celui-ci a été écourté.

Il est important de préciser (Recommandations SFAR 1994) que « *pendant son transfert de la salle d'intervention vers la salle de réveil ou l'unité de réanimation, le patient* » doit « *être accompagné du médecin qui a pratiqué l'anesthésie ou d'un infirmier spécialisé en anesthésie. En cours de transport, une surveillance constante et des soins appropriés* » doivent « *être assurés* ». *Un dispositif d'oxygénothérapie mobile, un oxymètre de pouls et un moniteur ECG*

doivent être disponibles si l'état du patient, le type d'acte effectué et/ou la longueur du trajet l'imposent ».

D'autre part, l'article D. 6124-97 du Code de la santé publique, en son dernier alinéa, précise que la surveillance « *se poursuit jusqu'au retour et au maintien de l'autonomie respiratoire du patient* ». Ainsi, « d'une manière générale l'autonomie respiratoire s'évalue sur l'aspect clinique, l'amplitude des mouvements respiratoires, la coloration cutanée l'auscultation bilatérale, mais aussi sur les résultats du monitoring en salle de réveil et en particulier sur la saturation oxyhémoglobinée ».

En outre, cette surveillance doit se poursuivre jusqu'au retour de l' « *équilibre circulatoire et de la récupération neurologique* » du patient. Le médecin anesthésiste doit donc non seulement rester vigilant quant à la pression artérielle, au pouls, à la poursuite des perfusions posées en salle d'opération, mais aussi aux pertes sanguines qui doivent être surveillées de manière stricte, et appréciées sur le plan des quantités en même temps qu'est fait un bilan liquidien en salle de réveil.

La durée de séjour en salle de réveil est variable selon les patients : « elle dépend de l'état du patient, de l'anesthésie, de l'intervention et de ses suites ». Personne ne peut en effet « codifier » la durée obligatoire du passage des patients en salle de réveil car chaque cas est un cas particulier. L'anesthésiste qui surveille et examine le patient est le mieux placé pour apprécier le moment où il peut être reconduit dans sa chambre. Parfois il se trompe, apprécie mal la qualité du réveil du malade et décide prématurément sa sortie de la salle de réveil, d'où certains accidents souvent graves, qui ont pu survenir.

COMMENT EST PRISE LA DECISION DE SORTIE DE LA SALLE DE REVEIL ?

Il est mentionné (Recommandations SFAR) que « *la sortie du patient en 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* ». En principe, la sortie de la salle de réveil doit correspondre avec le moment où la sécurité du patient ne requiert plus une surveillance continue post interventionnelle et où il peut donc regagner sa chambre où la surveillance infirmière sera réelle mais intermittente. Cette surveillance se fait conformément aux prescriptions que laissera le médecin lequel devra être joint au moindre problème.

Pour ce qui est d'une anesthésie traditionnelle, « *c'est le médecin anesthésiste-réanimateur qui décide du transfert du patient dans le secteur d'hospitalisation et des modalités dudit transfert* », conformément à l'avant dernier alinéa de l'article D. 6124-101 du CSP. L'anesthésiste est donc investi de l'autorité absolue quant à la décision de sortie de la salle de réveil en cas d'anesthésie classique. Il n'empêche que ce dernier n'est pas à l'abri d'engager sa responsabilité pour défaut de surveillance postopératoire lorsque sa décision prématurée de sortie de la salle de réveil a causé un préjudice au patient (Cass. 1^{re} reciv., 26 octobre 2004 : no 02-16400).

La jurisprudence est exigeante quant à la surveillance due par l'anesthésiste dans le cadre de son obligation générale de prudence et de soins, et décide même que cette obligation ne s'arrête pas forcément au moment où il estime que le réveil est acquis, mais peut aller au-delà. En effet la Cour de cassation a décidé dans un arrêt (Cass. crim. 29 mars 1995 : no 94-82859) que non seulement, « la mission de l'**anesthésiste** est d'assurer l'endormissement de l'opéré, d'exercer sur lui sa surveillance durant l'intervention du chirurgien et, après l'opération, de surveiller les conditions de **réveil** jusqu'à sa reprise de conscience totale » mais que cette mission qui délimite aussi la responsabilité de l'anesthésiste pendant et après l'opération, « s'étend à tous les actes médicaux accomplis par lui et au suivi qu'ils nécessitent, le cas échéant au-delà du **réveil** ».

L'obligation de surveillance postopératoire incombe également à l'anesthésiste-réanimateur dans le cas d'une anesthésie ambulatoire, mais aussi au chirurgien. L'anesthésiste-réanimateur autorise, « en accord avec le médecin ayant pratiqué l'intervention, la sortie du patient de l'établissement dans le cas d'une intervention effectuée dans une structure de soins alternative à l'hospitalisation pratiquant l'anesthésie ou la chirurgie ambulatoire » (article D. 6124-101 du CSP).

En cas d'anesthésie ambulatoire, la bonne utilisation de la salle de réveil est essentielle et les modalités de sortie des malades doivent être strictement respectées car, la plupart du temps, c'est en sortant de la salle de réveil qu'ils quitteront directement l'établissement. Le médecin anesthésiste doit donc les examiner personnellement avant leur sortie et assume la responsabilité de cette décision de sortie conjointement avec le médecin ayant pratiqué l'intervention, lequel doit lui-même donner son accord avant la sortie.

La règle essentielle à respecter consiste alors à donner par écrit au patient et à l'accompagnant, avant sa sortie, tous les renseignements permettant, en cas de problème, de recevoir au plus vite les soins indispensables et adaptés à son état (art. 6124-304 et 6124-306 du CSP). Le risque médico-légal de l'anesthésie ambulatoire est de voir se réaliser des complications postopératoires alors que le patient a regagné son domicile et n'est plus sous le contrôle direct de l'équipe médicale. La jurisprudence susceptible d'être appliquée en pareil hypothèse serait alors analogue à la jurisprudence connue en matière de sortie prématurée d'un établissement autorisée par le médecin, et qui se révélerait imprudente.