



A Grenoble, le 24 novembre 2017

Gérard RUGGERI
Président

Dr Didier LEGEAIS
Directeur Général
& Directeur Médical

Isabelle COMPARATO
Directrice Etude
Produits & Juridique

**Société de courtage
d'assurance,
de service et de conseil
aux professionnels
de santé**

Centre de Gestion
11 Place Victor Hugo
CS 10630
38026 GRENOBLE Cedex 1

Tél. +33 (0)4 76 70 9000
Fax +33 (0)4 76 70 9001
contact@medirisq.fr
www.medirisq.fr

Siège Social
177 Cours de la Libération
BP 2756
38037 GRENOBLE Cedex 2

COMBIEN DE SALLES POUR UN ANESTHESISTE SALARIE OU LIBERAL ?

Aujourd'hui, il n'existe pas de texte légal très clair limitant l'activité d'un anesthésiste sur 1, 2, 3 voire 4 salles interventionnelles en même temps.

Cependant, à travers les obligations légales et professionnelles de sécurité et de qualité des soins des médecins anesthésistes-réanimateurs, on peut approcher un raisonnement et proposer une conclusion.

1-L'obligation de sécurité et de qualité

Un médecin s'engage à **assurer personnellement des soins consciencieux, dévoués et fondés sur les données acquises de la science**. En faisant appel, s'il y a lieu, à l'aide de tiers compétents. (Article R 4127-32 et R 4127-33 du Code de santé publique).

Dans le cadre de l'exercice de l'Anesthésie-Réanimation, les données acquises de la science sont précisées par le **décret du 5 décembre 1994** (Article D 712-40 du Code de santé publique).

En-dehors des obligations de moyens et de matériel sur lesquelles nous ne reviendrons pas, il est surtout précisé dans le décret que, lors d'une anesthésie locorégionale ou générale, le patient doit bénéficier d'une **surveillance continue** pendant toute la durée de l'intervention et après l'intervention.

Le décret précise même qu'il s'agit d'une surveillance clinique et s'appuyant également sur l'utilisation d'un matériel d'anesthésie et de suppléance adapté au protocole d'anesthésie retenu.

Le texte est très précis sur ce point : « *Toute anesthésie générale, locorégionale ou sédation, susceptible de modifier les fonctions vitales doit être effectuée et surveillée par/ou en présence d'un médecin anesthésiste-réanimateur qualifié.*

Le médecin anesthésiste-réanimateur doit pouvoir être assisté, s'il le juge nécessaire, par un autre médecin et/ou par un(e) infirmier(e)-anesthésiste, en particulier en début et en fin d'anesthésie.

Si le médecin anesthésiste-réanimateur est amené à quitter la salle d'opération, il confie la poursuite de l'anesthésie à un autre médecin anesthésiste-réanimateur qualifié.

C'est alors ce dernier qui assume l'entière responsabilité du malade qui lui est confié.

Si le médecin anesthésiste-réanimateur fait appel à un(e) infirmier(e)-anesthésiste, il reste responsable de l'acte en cours et doit pouvoir intervenir sans délai ».

A la lecture de ce texte, il apparaît donc qu'**aucun malade ne doit être laissé seul en salle sans la surveillance d'un anesthésiste ou un(e) infirmier(e)-anesthésiste, et ce, même s'il y a une équipe chirurgicale en salle.**

Ainsi donc, le médecin anesthésiste-réanimateur responsable du patient doit être présent à l'induction et au réveil, éventuellement aidé par un(e) infirmier(e)-anesthésiste.

Il peut confier la surveillance clinique et la surveillance du monitoring du patient à un(e) infirmier(e)-anesthésiste durant toute la phase de sommeil, à condition de **pouvoir intervenir sans délai.**

Toute la responsabilité d'un médecin anesthésiste-réanimateur est donc dans cette obligation de présence à l'induction et au réveil, et celle d'être en capacité à intervenir sans délai.

A chacun donc d'évaluer sa capacité de présence à ces 2 moments clés de l'anesthésie et, surtout, à sa capacité de réagir sans délai.

2-La responsabilité de l'anesthésiste :

Le code de déontologie ainsi que le code de santé publique rappellent que **chaque médecin est responsable** de ses actes et qu'on ne peut pas l'obliger à travailler dans des conditions d'exercice qui lui sembleraient dangereuses

(Article R.4127-5 et R.4127-69 du CSP). **Lui seul peut et doit limiter ses actes à ce qui est nécessaire à la sécurité, à la qualité et à l'efficacité des soins** (Article R.4127-8 du CSP). Il ne doit pas dépasser les moyens dont il dispose (R 4127-70 du CSP). Il ne doit jamais exercer sa profession dans des conditions qui puissent **compromettre la qualité et la sécurité des soins** qu'il pratique (Article R. 4127-71 du CSP).

3- La responsabilité médico-légale :

Un certain nombre de publications et d'articles considèrent donc que dans la mesure où un médecin anesthésiste-réanimateur doit être présent à l'induction et au réveil, et doit pouvoir intervenir sans délai, et qu'un patient doit bénéficier d'une surveillance médicale continue.

Il ne semble **pas raisonnable qu'un médecin anesthésiste-réanimateur intervienne au-delà de 2 salles interventionnelles en même temps** et ce, même si un(e) infirmier(e)-anesthésiste est présent(e) en continu dans l'une des 2 salles, voire dans les 2 salles, sauf si le contexte le permet (locorégionale, ataralgésie, topique....).

Cet exercice sur plus de 2 salles avec une IADE doit être validé de façon collégiale par l'équipe chirurgicale.

Il est probable que lors d'une mise en cause pour un accident d'anesthésie grave, s'il devait apparaître que le médecin anesthésiste intervenait sur plus de 2 salles) avec chirurgie lourde), l'expert – et donc probablement dans un deuxième temps le juge – puisse retenir un manquement fautif avec un **défaut dans l'obligation de sécurité** et un non-respect des règles de l'art entraînant une condamnation civile et, potentiellement pouvant aller jusqu'à une interdiction d'exercice.

4-La place de l'équipe « chirurgicale » :

Il est difficile pour un anesthésiste de s'opposer aux autres membres de l'équipe chirurgicale, en particulier aux confrères chirurgiens ou anesthésistes qui souhaitent parfois accélérer le programme.

En dehors du fait que **chaque médecin est responsable** de ses actes et garde son indépendance professionnelle (Article R.4127-5, R.4127-69 et R.4127-93 du CSP). Les médecins doivent **entretenir entre eux de bons rapports et respecter l'indépendance professionnelle** de chacun (Article R.4127-68-1 du CSP).

La Cour de cassation vient récemment de **condamner un chirurgien dans une affaire de surveillance anesthésiste** considérant que le chirurgien ayant constaté un manquement, il n'aurait pas dû continuer à opérer.

La Cour a estimé que la surveillance incombe au médecin anesthésiste mais dans la mesure où le chirurgien est tenu d'une obligation de sécurité et de prudence il aurait dû cesser « immédiatement l'intervention ».

Opérateur (chirurgien, gastro etc...) et anesthésiste ont donc une **responsabilité COMMUNE** pour la sécurité et la surveillance per-opératoire comme cela est aussi le cas dans la prévention des risques infectieux et thrombo-embolique.

Il est important de rappeler que les **médecins salariés** doivent toujours agir dans l'intérêt des personnes et de leur sécurité, ils ne doivent **JAMAIS accepter de limitation à leur indépendance** (Article R.4127-95 du CSP)

5- Le refus de soin :

Rappelons enfin qu'un médecin, sauf situation d'urgence ou manquement à ses devoirs d'humanité, peut refuser ses soins pour des raisons professionnelles ou personnelles. Il doit simplement en informer le patient et les confrères pour permettre la poursuite des soins (Article R.4127-48 et R.4127-65 du CSP)

Conclusion : N'acceptons jamais de compromettre la sécurité et la qualité des soins quelques soient les pressions exercer sur nous car in fine, en cas d'accident, légalement et humainement nous devons assumer seul notre responsabilité voire, parfois, notre culpabilité d'avoir accepté un instant des conditions de travail dégradées...

Dr Didier LEGAIS

