



ACADÉMIE NATIONALE
de CHIRURGIE
French Academy of Surgery

Les Cordeliers, 15, rue de l'École de Médecine - 75006 Paris
Tél. 01.43.54.02.32
administration@academie-chirurgie.fr
www.academie-chirurgie.fr
Agréée formation N° 11 75 23485 75

« Regards de l'Académie »

Recadrage institutionnel des relations entre les anesthésistes et les chirurgiens

par Didier Legeais (Grenoble) 16/2/2016

à la suite de la Séance de l'Académie de Chirurgie du 10 Février 2016

Le premier pas « officiel » du Docteur en médecine est son serment solennel.

Le soin ne s'arrête pas aux gestes techniques et même si le serment d'Hippocrate depuis 24 siècles nous le rappelle, le soin est avant tout une aventure humaine où chacun confie sa vie à l'autre. Le sentiment, l'affect n'ayant rien à voir avec l'évolution naturelle de l'organisation d'une société, progressivement l'honneur, le dévouement, la probité et même la compassion ont été définis par des réglementations et des traductions financières nécessairement limitées et limitantes.

La vie n'a pas de prix, nous dit-on, et pourtant il faut bien définir une valeur et une organisation autour d'un acte diagnostique ou thérapeutique. Il a fallu banaliser celui-ci pour le généraliser et le standardiser avec un objectif légitime de « taylorisation », de sécurisation, de reproductibilité dans une sorte de « médecine des Temps Modernes » faisant référence à Charlie Chaplin.

Mais les chiffres rappelés aujourd'hui par Claude Ecoffey devraient nous faire réagir : 1 décès sur 140 000 en per-opératoire et 100 fois plus en post-opératoire. En per-opératoire, les causes sont le plus souvent inévitables. Imprévisible réalité que celle du corps humain et de ses secrets : allergie, intolérance, anomalie anatomique, accidents vasculaires. Difficile de faire beaucoup mieux car même les « erreurs » techniques sont rarissimes et surtout peu évitables en raison de la mise en place de mesures de prévention.

L'arrivée de la « check-list » en pré-opératoire a conduit à formaliser le dialogue entre les 3 acteurs responsables et qui demain pourront se retrouver mis en cause en cas d'« accident » : l'anesthésiste, le chirurgien et l'établissement. La « check-list » a été imposée pour diminuer les erreurs de patient, de côté, d'intervention mais aussi les oublis d'antibioprophylaxie ou de prévention de la maladie thrombo-embolique. Certains de nos confrères refusent encore ce temps de partage imposé et nous avons eu cette année encore à connaître des erreurs de patients, des erreurs de côté, des oublis d'antibioprophylaxie, des absences de relais d'anticoagulants et des accidents graves qui auraient pu être évités.

Le chiffre qui doit nous mobiliser, est cette mortalité 100 fois plus importantes en post-opératoire. Mais surtout ce qui doit nous interpeller ce sont les causes confirmées par toutes les études à travers le monde. Elles se résument à une mauvaise coordination du travail en équipe, d'où découlent les mesures correctrices de sécurisation proposées : plus de dialogue, plus de partage, plus de respect, plus de bon sens, plus d'humanité !! En un mot plus de qualité des relations humaines autour du patient.

L'établissement apporte la structure (*personnel, immobilier, équipements et intendance*). Le corps médical partage son savoir et ses compétences, mais il doit impérativement structurer son savoir-être.

Lorsqu'on étudie les évolutions morbides en post-opératoire, les sinistres, les mises en cause, la grande majorité (*infections, insuffisances rénales, embolies pulmonaires, accidents vasculaires périphériques ou centraux, choc hémorragiques*) seraient évitables par une meilleure mise en commun des compétences.

Le code de déontologie *intégré au code de santé public (Article R-4127-1 à 112)* le rappelle dans ses articles mais combien de collègues l'ont ils lu et surtout à combien d'entre eux a t il été enseigné ?
Pouvons-nous imaginer conduire sans avoir passé l'examen du code de la route, piloter sans brevet et sans connaissance de la législation ? Et pourtant c'est ainsi en médecine. Les confrères apprennent à leurs dépens lors d'une procédure judiciaire leurs obligations de confraternité mais aussi de responsabilité et de respect de la dignité humaine.

Bien que l'article I-7 des dispositions générales de la CCAM prévoit que les chirurgiens et les anesthésistes soient rémunérés par le paiement de l'acte effectué pendant une période post-interventionnelle de 15 jours pour le suivi des conséquences directes de l'acte, il semble que le patient une fois opéré, réveillé et sorti du bloc opératoire intéresse moins l'équipe de soin.

Chacun d'entre nous est un « tiers compétent » dans son domaine (Art 32), indépendant, libre d'exercer son art sans dépasser ses compétences (Art 70). Chacun doit assumer ses actes et informer ses collègues (Art 64). Mais quelles sont les compétences du chirurgien en antibiothérapie, en réanimation, en transfusion, en gestion de la douleur, en surveillance biologique et en surveillance des constantes cardio-vasculaires? Qui mieux que l'anesthésiste peut s'occuper de l'équilibre homéostatique du patient ?

La Cour de Cassation rappelle que chacun, anesthésiste et chirurgien, est responsable, dans les limites de sa spécialité mais qu'il doit faire preuve vis à vis de l'autre d'une obligation générale de prudence et de diligence quant au domaine de compétence de celui-ci. Elle a affirmé dès 1960 que le chirurgien est investi de la confiance de la personne sur laquelle il va pratiquer une opération. Il doit s'assurer que le patient bénéficie de soins consciencieux, attentifs et conformes aux données acquises de la science de la part de l'ensemble de l'équipe. Il répond ainsi des fautes commises par l'anesthésiste, la Cour considérant que celui-ci n'a pas le consentement éclairé du patient. C'est moins vrai depuis l'instauration de la consultation et de la visite de pré-anesthésie. La Cour conclut que : aucun du chirurgien et de l'anesthésiste ne peut se désintéresser de la défaillance qu'il est à même d'apercevoir chez l'autre.

Le temps est-il encore au débat ? Le temps n'est-il pas venu de former et d'informer nos confrères sur leurs obligations professionnelles que ne manqueront pas de leur rappeler les juridictions saisies par nos concitoyens en cas de mise en cause. Ils leur rappelleront mais un peu tard leurs responsabilités individuelle et conjointe : comme anesthésiste et comme chirurgien.

Restent les problèmes de démographie et de rémunération qui sont loin d'être résolus.

Didier Legeais, 10 Février 2016.

Références intéressantes :

- Code de déontologie : Article R.4127-1 à R.4127-112 du CSP
- L'anesthésie en pratique: Cs pré-anesthésie, programme opératoire, surveillance per et post-interventionnelle : Décret 94-1050 du 5 décembre 1994
- Recommandations relation anesthésistes-chirurgiens, CNOM Mai 1994-Décembre 2001.
- Fonctionnement du bloc : Décret 92-1102 du 2 Octobre 1992
- Cours de Cassation 30 Mai 1986, Farçat, Bull.civ,AP, n° 8
- CA Aix en Provence, Ch 7, 27 Novembre 1995, N° La 1353-95
- Quel rôle pour l'anesthésiste-réanimateur en période post-opératoire ? Dr Michel Dru, VP .PHAR 2002 ;21 :6-9
- Rôle de l'anesthésiste-Réanimateur dans la période post-opératoire : Dr Wernet, Dr Marty, Hôpital Beaujon, Mapar 2003.
- L'enjeu de la participation des Anesthésistes aux soins post-opératoires, François Clergue, Mapar 2008.
- Erreurs médicales : la coopération chirurgien-anesthésiste en question : Quotidien du Médecin 11 Mars 2013
- Civ 1 ère, 18 Octobre 1960, Bull. Civil, I, n° 442
- Civ 1 ère, 18 Juillet 1983, Bull. Civil, I, n° 209.
- Rapport annuel de la Cours de cassation, page 188.
- Sur la répartition des responsabilités entre le chirurgien et l'anesthésiste, Daphné Tapinos, Arpej.
- Accréditation des médecins et des équipes médicales, HAS, CFAR, FCVD, SFAR,
- 2009 : Enquête sur les événements indésirables associés aux soins (ENEIS), DREES n° 761,