



Recommandations concernant les relations entre anesthésistes-réanimateurs et chirurgiens, autres spécialistes ou professionnels de santé

EDITION DECEMBRE 2001

- Pr. Jean-Yves ARTIGOU, Secrétaire de la Société française de cardiologie
- Madame Nicole ATECHIAN, Présidente du Conseil national de l'Ordre des sages-femmes
- Mme Françoise BICHERON, Conseil national de l'Ordre des sages-femmes
- Dr Jean-Marc CANARD, Secrétaire général de la Société française d'endoscopie digestive
- Dr Guy-Marie COUSIN, Secrétaire général du Syndicat national des gynécologues et obstétriciens français
- Docteur Jean-Marc DUMEIX, Président du Syndicat national des anesthésiologistes-réanimateurs français
- Pr Jean ESCOURROU, Société française d'endoscopie digestive
- Pr. Pierre-Louis FAGNIEZ, Président de la section de chirurgie digestive au Conseil national des Universités
- Dr Jean GARRIC, ex Président du Syndicat national des praticiens hospitaliers anesthésistes-réanimateurs
- Pr. Jean-Robert GIRAUD, Président du Syndicat national des gynécologues et obstétriciens français
- Pr Bernard GLORION, Conseil national de l'Ordre des médecins
- Madame Rolande GRENTE, Conseil national de l'Ordre des sages-femmes
- Dr Daniel GRUNWALD, Conseil national de l'Ordre des médecins
- Pr Jean LANGLOIS, Conseil national de l'Ordre des médecins
- Dr François-Xavier LEANDRI, Conseil national de l'Ordre des médecins
- Pr Paul LEGMANN, Société française de radiologie
- Dr Michel LEVY, Secrétaire général du Syndicat national des anesthésiologistes-réanimateurs français
- Pr. André LIENHART, Président de la Société française d'anesthésie et de réanimation
- Dr Michel MALAFOSSE, Président de l'Association française de chirurgie
- Dr Jacques MEURETTE, Président de l'Union des chirurgiens français
- Dr Maryse PALOT, Société française d'anesthésie et de réanimation
- Dr Richard TORRIELLI, Syndicat national des praticiens hospitaliers anesthésistes-réanimateurs français
- et en collaboration avec le Syndicat national des médecins anesthésistes-réanimateurs des hôpitaux non-universitaires



Le contexte

- **Premières recommandations en 1994 (en raison de conflits)**
(Bernard Glorion CNOM, Philippe Scherpereel président de la SFAR)
- **Nécessité d'actualisation car**
 - réglementation récente de la sécurité anesthésique (1994)
 - nouveau code de déontologie (1995)
 - jurisprudence sur l'information
 - loi en préparation (-> 2002)
 - l'expérience du temps...



La déontologie

Le travail en équipe peut avoir des limites et ne doit pas être vécu comme un carcan. C'est bien le sens de l'article 64 du code de déontologie médicale aux termes duquel lorsque plusieurs médecins collaborent au traitement d'un patient, chacun d'entre eux peut **librement refuser** de prêter son concours ou le retirer, à condition de ne pas nuire au patient et d'en avertir ses confrères.

Comme l'indique le libellé de cet article, cette faculté de refuser sa collaboration doit être utilisée avec **précaution**, et la **Section disciplinaire** du Conseil national de l'Ordre des médecins a été conduite à sanctionner des praticiens qui en avaient fait usage dans des conditions méconnaissant les devoirs de dévouement et de continuité des soins qui s'imposent aux médecins en toute circonstance.



L'information

« Il incombe :

- **au chirurgien** (ou tout autre opérateur) d'informer le patient sur sa maladie, son évolution, son évolution sans traitement chirurgical, le motif et les modalités de l'intervention, ses avantages, ses inconvénients et ses risques, ses alternatives s'il y en a ;
- **à l'anesthésiste-réanimateur** d'informer le patient sur la technique anesthésique envisagée, ses avantages, ses inconvénients et ses risques, ses alternatives s'il y en a, ainsi que sur son terrain, les risques que celui-ci fait courir et les moyens susceptibles de réduire ces risques ;
- **chacun** limitant l'information à son domaine de compétence et d'intervention. »



Cette distinction schématique se heurte à plusieurs difficultés

- techniques
- psychologiques

« Il existe donc un chevauchement inéluctable, dont aucun des médecins concernés ne doit prendre ombrage, chacun donnant une idée du **risque global** et conseillant éventuellement au malade de poser (ou reposer) les questions plus précises au spécialiste concerné ...

Il serait en tout cas regrettable que le patient ait la sensation que le médecin esquivé ses questions, s'en « débarrasse » sur son confrère ou qu'il existe une divergence d'appréciation entre les deux médecins. »



La consultation d'anesthésie

Il apparaît [...] important que l'opérateur, que le patient aura préalablement consulté, lui rappelle tout **l'intérêt** de cette consultation, en dehors même de son caractère obligatoire, et lui indique qu'il est indispensable qu'un rendez-vous soit pris avec l'anesthésiste-réanimateur dans des **délais optima pour sa sécurité** et, en tout état de cause, compatibles avec la réglementation.



Les responsabilités en hospitalisation

Les soins intensifs et la réanimation chirurgicale

Lorsque le patient est orienté vers un secteur de soins intensifs ou de réanimation chirurgicale, il est placé sous la responsabilité médicale de l'anesthésiste-réanimateur.

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 réanimation et les prescriptions médicamenteuses incombent à l'anesthésiste-réanimateur.

L'hospitalisation

Lorsque l'opéré retourne en secteur d'hospitalisation, il se trouve placé sous la responsabilité de l'opérateur. 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.



Les transfusions sanguines

La responsabilité de la transfusion sanguine peut incomber au chirurgien, à l'anesthésiste-réanimateur ou aux deux praticiens.

En préopératoire, le chirurgien détient l'essentiel de l'information nécessaire à la prévision d'une transfusion sanguine : la technique opératoire utilisée et ses difficultés prévisibles, le risque hémorragique per-opératoire... Il convient donc que **le chirurgien** porte dans le dossier médical les **informations** qui permettront à l'anesthésiste-réanimateur d'évaluer les besoins nécessaires, notamment lors de la consultation préanesthésique dont c'est une des fonctions. **L'anesthésiste-réanimateur organise** les moyens de faire face aux besoins transfusionnels. Chacun tient le patient informé de l'éventualité ou de la nécessité de la transfusion.

Relations entre anesthésistes et chirurgiens

Mise à jour de décembre 2001 des Recommandations



En per-opératoire, l'intrication de leurs activités implique une information mutuelle entre chirurgiens et anesthésistes-réanimateurs. Cette information doit avoir lieu tant avant l'intervention que pendant le déroulement de celle-ci. Il appartient au chirurgien d'avoir vérifié que les informations ont bien été transmises et que les dispositions ont été prises en conséquence. Il revient à l'anesthésiste-réanimateur dûment informé de faire la commande qualitative et quantitative de produits sanguins avant et durant l'intervention et de réaliser la transfusion proprement dite.

En post-opératoire, la responsabilité de la transfusion sanguine dépend de l'organisation des soins post-opératoires. Si le patient est hospitalisé dans une partie de l'établissement où les anesthésistes-réanimateurs assument la responsabilité médicale de la continuité des soins non spécifiquement chirurgicaux (par exemple en unité de soins intensifs), la transfusion sanguine fait partie des soins qu'ils assurent. Si le patient est hospitalisé dans une partie de l'établissement où les anesthésistes-réanimateurs n'interviennent que ponctuellement pour des problèmes spécifiques de réanimation, la transfusion sanguine n'en fait pas partie, et peut donc être prescrite et réalisée sous la responsabilité d'un chirurgien.



Charte de fonctionnement des équipes anesthésiques et chirurgicales

Il est nécessaire que les anesthésistes-réanimateurs et les chirurgiens d'une même équipe rédigent une charte portant sur les 5 points de fonctionnement de l'équipe :

- la consultation d'anesthésie,
- le programme opératoire,
- le réveil anesthésique,
- les soins intensifs et la réanimation chirurgicale,
- l'hospitalisation.

Pour chaque point, selon l'organisation privée ou publique de l'établissement, il faut répondre aux questions qui engagent la responsabilité séparée ou solidaire des deux intervenants.

La répartition des tâches et des responsabilités doit être explicite.

Relations entre anesthésistes et chirurgiens

Mise à jour de décembre 2001 des Recommandations



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 patient 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, dans l'intérêt des patients, 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.

Des condamnations ont été prononcées contre des chirurgiens et des anesthésistes-réanimateurs non pas en raison de fautes techniques propres à l'exercice de chaque discipline, mais pour un manque de coopération qui s'est avéré préjudiciable au patient.