

[Retour au menu](#)

Responsabilités du chirurgien

L'obligation qui pèse sur le chirurgien est une obligation de moyens et non de résultats. Pour être mise en cause, la responsabilité du chirurgien exige une faute, un dommage et un lien de causalité entre les deux. Ce qui compte pour les tribunaux, c'est que cette faute soit certaine.

Le défaut d'information

En dehors des cas d'urgence, tout médecin a le devoir, avant une intervention, d'obtenir le consentement de son patient, et de lui fournir les renseignements indispensables sur l'acte chirurgical qu'il compte entreprendre. Le consentement ne peut être donné que par le patient lui-même, ou par ses représentants légaux. Quant à l'information, elle ne peut jamais être ni exhaustive et le médecin n'est tenu d'informer son patient que des seuls risques normalement prévisibles.

Le défaut d'information du malade avant une opération peut constituer une faute civile, mais non une faute pénale et la charge de faire la preuve de l'absence d'information incombe au plaignant. La jurisprudence se montre formelle sur ce point, et si cette preuve n'est pas apportée, le plaignant ne pourra obtenir réparation.

Le chirurgien est aussi tenu à une obligation d'information sur les complications survenues pendant et après l'opération. Le chirurgien qui volontairement s'abstient de signaler au patient ou à son médecin traitant le fait qu'il a laissé en place un corps étranger métallique (aiguille brisée), voit sa responsabilité retenue par les tribunaux.

La faute de prudence

C'est l'inattention de celui qui intervient sur un membre sain à la place du membre malade. C'est la négligence du chirurgien qui n'a pas veillé à l'installation correcte de son opéré sur la table et à son maintien dans une bonne position pendant l'opération car une position vicieuse peut entraîner une compression nerveuse et la paralysie d'un membre.

L'erreur de diagnostic

L'erreur de diagnostic ne constitue pas en elle-même, une faute professionnelle. Elle le devient lorsque tous les moyens nécessaires à l'établissement d'un diagnostic correct, n'ont pas été mis en oeuvre. Par exemple l'absence de radiographies devant une pathologie évocatrice d'une fracture, constitue une faute.

Les fautes de précautions

Avant toute intervention, le chirurgien doit s'assurer de l'état du malade et de l'absence de contre-indications anesthésiques. Il doit prescrire les examens biologiques nécessaires, s'assurer de la vacuité gastrique et ordonner éventuellement une prévention antitétanique. Même si ces précautions pré-opératoires engagent aussi la responsabilité de l'anesthésiste, le chirurgien, coordinateur de l'équipe, doit s'assurer que les examens ont été pratiqués et il est supposé en prendre connaissance.

Le chirurgien et l'anesthésiste

L'évolution de la jurisprudence a consacré l'indépendance de l'anesthésiste-réanimateur par rapport au chirurgien et la responsabilité personnelle des actes qui relèvent de chaque compétence. Néanmoins, des arrêts récents font état d'une subordination de l'anesthésiste au chirurgien pendant l'opération, en particulier quand il n'y a pas eu de contrat passé entre le réanimateur et le patient.

Dans les suites opératoires chez une malade opérée d'hystérectomie, une infection cutanée se déclare au niveau de l'avant-bras droit qui avait été perfusé par l'anesthésiste. Le tribunal retint la responsabilité du chirurgien car *"La malade s'est adressée et s'en est remise à lui pour décider tout ce qui concerne les modalités de l'intervention et le rôle de l'anesthésie"*.

La responsabilité dans l'anesthésie locale

L'anesthésie locale exposant à des risques, certains arrêts rendus en matière de chirurgie esthétique, ont estimé que l'absence de l'anesthésiste-réanimateur constitue une faute. En pratique, il serait aberrant de recourir à un anesthésiste pour toutes les anesthésies locales, mais son absence pourrait être considérée comme une faute en cas d'anesthésie locale de longue durée.

La responsabilité en cas de remplacement

Lorsqu'un chirurgien a conclu avec un patient un contrat de soins, il doit réaliser lui-même l'acte chirurgical. Le libre choix du malade n'est pas respecté quand au lieu d'opérer lui-même, le chirurgien fait opérer à sa place un assistant. Le chirurgien est contractuellement responsable de tout confrère qu'il introduit dans l'exécution de l'acte chirurgical.

La responsabilité concernant le personnel infirmier

Les aides opératoires choisis par le chirurgien, travaillent sous son contrôle. Il est cependant indispensable de différencier qui, de la clinique ou du chirurgien, est le commettant du personnel infirmier. Ce personnel est sous la subordination juridique de la clinique et est embauché par elle, mais au cours de l'acte chirurgical, c'est le chirurgien qui a autorité sur le personnel infirmier et qui est responsable des instructions qu'il lui donne.

Il est à préciser cependant que les soins hospitaliers courants donnés par le personnel infirmier, avant et après l'opération, sont sous la responsabilité de la clinique. Cependant, l'étude de la jurisprudence récente montre qu'habituellement, c'est la responsabilité personnelle du chirurgien qui est mise en cause soit du fait d'un manque de qualification du personnel, soit du fait d'un défaut de surveillance.

La responsabilité concernant le matériel

Au bloc opératoire, un certain nombre d'accidents peuvent survenir du fait surtout de l'utilisation d'appareils électriques et en premier lieu du bistouri électrique. L'établissement de soins est responsable de l'entretien du matériel et peut d'ailleurs se retourner contre le fabricant pour vice de fabrication. Le chirurgien est responsable de l'emploi qu'il fait du matériel. C'est habituellement l'expertise qui déterminera le partage des responsabilités

La faute technique

Le chirurgien seul décide de la technique opératoire et les tribunaux sont conscients de la part d'aléas inhérente à tout acte chirurgical. Ce sont la maladresse et la négligence qui sont fautives. L'oubli d'un corps étranger n'est pas fautive lorsque les recherches entreprises doivent être suspendues en raison de risques hémorragiques, mais lorsque l'oubli a entraîné une péritonite, la condamnation du praticien peut être prononcée si le rôle du corps étranger est évident dans la survenue de l'infection.

La maladresse peut engager aussi la responsabilité du chirurgien. Si lors d'une cure d'hernie inguinoscrotale, il perfore l'artère fémorale parcequ'il n'a pas écarté les éléments vasculaires, il peut être condamné. Mais lors des blessures d'éléments vasculo-nerveux, les juges prennent en considération les trajets anatomiques anormaux. Le chirurgien qui sectionne un filet nerveux ou perfore une artère dont le trajet représente une anomalie rare, se voit exonéré de toute responsabilité.

La faute post-opératoire

La responsabilité du chirurgien se poursuit après l'acte opératoire. Il est tenu à la réalisation des soins post-opératoires et à la surveillance des suites opératoires. Au cas où l'état clinique d'un opéré s'aggraverait dans les suites opératoires, le chirurgien pourrait être poursuivi même s'il résulte de l'enquête que le personnel paramédical ne l'a pas averti.

En pratique, le chirurgien doit exercer une surveillance postopératoire minutieuse et il doit s'assurer que ses instructions ont été suivies. En principe, les soins postopératoires de routine (réchauffement, prévention d'une chute du lit) relèvent du service hospitalier ou de la clinique, mais certaines décisions judiciaires ont retenu la responsabilité du chirurgien dans des actes tels que les brûlures par bouillotte. Le chirurgien doit rendre visite à son opéré entre l'opération et sa sortie du service. La sortie prématurée d'un chirurgien peut constituer une faute médicale grave assimilable à un défaut de surveillance.

Responsabilité pénale du chirurgien

La responsabilité du chirurgien peut être engagée en vertu des articles

concernant l'abstention fautive, ou l'homicide et les blessures involontaires. En raison de l'identité des fautes civile et pénale d'imprudence tout ce qui constitue une faute civile constitue aussi une faute pénale, lorsqu'il en résulte pour la victime les dommages particuliers (homicide, maladie ou incapacité totale de travail).

Donc, toutes les fautes décrites dans le chapitre sur la responsabilité civile du chirurgien, peuvent engager la responsabilité pénale, à l'exception du défaut d'information du malade. L'identité des fautes pénale et civile, jointe au principe de l'autorité de la chose jugée au pénal sur le civil ne permet pas au juge civil de retenir la responsabilité civile qui permet l'allocation de dommages et intérêts lorsque le juge pénal n'a pas retenu la faute. Or l'étude de la jurisprudence démontre que les condamnations prononcées par les juridictions pénales reposent sur la preuve de fautes très caractérisées et sensiblement plus graves que celles retenues par les juridictions civiles.

Les responsabilités de l'anesthésiste

Pendant longtemps, l'anesthésie fut pratiquée sous la responsabilité totale du chirurgien, par la première personne disponible au bloc opératoire (externe, internes, religieuse ou infirmière). Beaucoup d'entre nous appartiennent à une génération d'étudiants qui endormirent des malades au masque d'Ombredanne, quand ce n'étaient pas des enfants placés sur nos genoux et essayant de se libérer des compresses imbibées de chlorure d'éthyle. Comment s'étonner dans ces conditions que les magistrats aient considéré le chirurgien comme responsable de l'anesthésie.

Depuis que l'anesthésiologie est devenue une discipline à part entière, la jurisprudence a évolué en matière de partage de responsabilités. Progressivement, l'anesthésiste a vu sa place de médecin responsable reconnue et l'on vit des décisions judiciaires faisant partager des responsabilités *in solidum*, tel le jugement du tribunal de grande instance de Paris (3 mars 1965) : "*Attendu que, du fait même que des médecins se constituent en équipe pour soigner des malades, ils donnent implicitement mandat à celui d'entre eux qui contracte avec le malade, de passer en leur nom, un contrat médical avec ce dernier, qui, de son côté accepte de recevoir des soins des différents membres de l'équipe, étant entendu que ceux-ci seront collectivement tenus de l'obligation de sécurité découlant du contrat*".

Cependant, la conception de la responsabilité *in solidum* est, en fait, contraire au droit et à la pratique quotidienne. En outre, l'anesthésiste est rémunéré par des honoraires propres, son activité est spécifique et, en matière contractuelle, la solidarité ne peut se présumer. Les tribunaux ont alors tenté de déterminer si la responsabilité était "*unique*" ou "*conjointe*". La responsabilité est *conjointe* si les deux praticiens ont commis l'un et l'autre une faute. La responsabilité *unique* est invoquée quand la faute résulte de la

réalisation d'un acte propre à chaque spécialiste. Dans un but de clarification, les compagnies d'assurances ont établi une liste des actes dont la responsabilité incombe à l'anesthésiste, liste qui apparaît dans le tableau ci-dessous :

Prescription des examens pré-opératoires biologiques et para-cliniques
Installation du malade sur la table d'opération
L'anesthésie proprement dite
Les perfusions, transfusions et groupages
Tous les actes de réanimation
Surveillance directe du malade jusqu'au réveil anesthésique

La reconnaissance d'un contrat entre l'anesthésiste et le malade est clairement exprimée dans un arrêt de la cour d'appel de Nancy (24 novembre 1966) : *"Ainsi, l'anesthésiste, engagé et présenté par la clinique, est certainement avec son patient en situation personnelle de "colloque singulier" à l'intérieur d'un contrat médical complémentaire. Il en résulte que, dans la tâche contractuellement confiée à lui, l'aesthésiste devient médicalement responsable et l'est seul, si ses actes médicaux n'engagent pas contractuellement avec lui d'autres médecins."*

Pour la validité du contrat, il est indispensable que l'anesthésiste examine le futur opéré, l'interroge sur ses antécédents, fasse pratiquer tous les examens nécessaires, discute dans certains cas des différents modes d'anesthésie, et obtienne de sa part un consentement éclairé par des informations simples, et loyales.

L'intervention de l'anesthésiste peut, dans certains cas, être considérée comme un **acte détachable** de l'acte opératoire et engageant la seule responsabilité de l'anesthésiste. Un acte détachable est un acte d'anesthésie dissocié du processus chirurgical : choix de l'anesthésie, installation du malade, défaut de surveillance post-opératoire, accident transfusionnel par erreur de groupage...

De nos jours, l'autonomie de l'anesthésiste est bien reconnue : *"L'anesthésiste n'a pas seulement pour rôle d'assister le chirurgien dans l'acte opératoire, mais doit, préalablement à l'opération, prendre contact avec le malade, l'interroger sur son passé et ses intolérances, procéder aux examens qui s'avèrent nécessaires, afin de choisir en connaissance de cause l'anesthésique le mieux adapté à son tempérament."*

L'indépendance de l'anesthésiste est confirmée par de nombreux

jugements dont l'arrêt rendu par le tribunal de Béthune (23 octobre

1979) : le tribunal condamne l'anesthésiste et lui reproche comme une faute de ne pas s'être opposé à une intervention qui n'était pas urgente, et de surcroît mal préparée. Ainsi, il est autorisé à l'anesthésiste d'opposer un refus catégorique au chirurgien.

L'anesthésiste exerce une spécialité nécessitant de solides connaissances en médecine, pharmacologie et thérapeutique. Elle impose sa présence assidue auprès du malade qu'il doit examiner en pré-opératoire, contrôler pendant l'anesthésie, surveiller lors de la phase de réveil et si besoin, traiter médicalement en post-opératoire. Il utilise un ensemble de drogues d'un maniement délicat qui, bien qu'indispensables, n'en provoquent pas moins une véritable intoxication qui doit être suffisante pour que le patient soit correctement insensibilisé. Il faut cependant que cette intoxication soit réversible et aussi limitée que possible et réversible.

Rappel technique

Pour une anesthésie générale, l'endormissement est habituellement obtenu par l'injection intraveineuse de substances hypnotiques. Ensuite, la narcose et l'insensibilité sont entretenues en faisant respirer au malade des fluides anesthésiants dont le plus courant est le protoxyde d'azote. Il s'agit d'un gaz qui, inhalé seul, entraîne rapidement l'anoxie, c'est pour cela qu'il est toujours associé à l'oxygène. Pour assurer une distribution correcte des deux gaz, des dispositions adéquates doivent être installées.

A l'origine, dans chaque établissement, un local spécial était destiné au stockage des réserves de fluides. De là, partaient des canalisations métalliques aboutissant aux salles d'opération, soit sur un de leurs murs, soit au sol, au pied de la table. Les gaz étaient ensuite acheminés jusqu'à l'appareil d'anesthésie par l'intermédiaire de tubes souples. Pour les assujettir, ces types de conduits sont munis à leurs extrémités de prises rapides mâles ou femelles équipées d'un nombre différent de crans selon qu'il s'agisse de l'arrivée de l'oxygène ou du protoxyde. Ceci empêchait toute inversion lors de leur raccordement. Enfin, luxe de précaution, les tubes d'oxygène sont blancs, les tubes de protoxyde sont bleus.

L'anesthésiste devenu indépendant, vit aussi sa responsabilité engagée par l'activité médicale de ses collaborateurs. Si ces derniers commettent une faute, c'est l'anesthésiste qui l'assumera.

Le jugement rendu par le tribunal civil de la Seine (24 novembre 1959) fournit des indications sur la responsabilité de l'établissement "*Dans la médecine collective moderne, le chirurgien est tacitement autorisé par le malade à se reposer pour les soins qui ne sont pas médicaux, sur l'établissement hospitalier avec qui il collabore. Il s'en suit que cet établissement répondra des fautes commises, dans les actes considérés comme hospitaliers, et ces praticiens, des fautes concernant les actes considérés comme médicaux.*"

En matière d'anesthésie, la clinique est responsable des actes du personnel qui sont considérés comme "détachables de l'acte d'anesthésie", les collaborateurs de l'anesthésiste lorsqu'ils commettent une faute au cours de l'acte d'anesthésie engagent la responsabilité civile de ce dernier.

Lorsque le matériel médical est responsable d'accidents, trois types de responsabilités peuvent être recherchées : celle de l'établissement de soin qui garantit le bon fonctionnement du matériel utilisé, celle du fabricant, enfin celle de l'utilisateur, en l'occurrence, l'anesthésiste. Au regard de la jurisprudence, l'anesthésiste doit garantir le fonctionnement normal du matériel d'anesthésie qu'il utilise. *"Le contrat conclu avec le malade, s'il ne garantit pas le résultat des soins médicaux, garantit du moins le bon fonctionnement des appareils auxiliaires"*.

Responsabilité pénale

Parfois l'anesthésiste-réanimateur se voit poursuivi pour homicide involontaire, coups et blessures involontaires (art. 319 et 320 du code pénal) OU encore "abstention fautive" (art.63). L'arrêt rendu le 26 novembre 1969 par la cour d'appel d'Aix-en-Provence, est à cet égard exemplaire.

*Un jeune enfant après appendicectomie est transporté
dans sa chambre avant son réveil.
L'anesthésiste, appelé pour une dyspnée et une cyanose
légères, prescrit une ampoule d'Heptamyl et
quitte la clinique.
Quelques instants plus tard, l'enfant décède dans un tableau
de détresse cardio-respiratoire.
Dans cette affaire, les juges retiennent
plusieurs négligences.*

(1) Ne pas avoir pratiqué d'électrocardiogramme pré-opératoire alors que l'enfant présentait une tachycardie douloureuse et pathologique. (2) Avoir quitté la clinique alors que l'enfant n'était pas encore réveillé et qu'il présentait des signes respiratoires. (3) Avoir administré une dose de pentothal supérieure à 25% de la dose habituelle.

Responsabilité administrative

L'anesthésiste hospitalier n'est pas civilement responsable du dommage qu'il occasionne. En matière de responsabilité administrative, les tribunaux retiennent que, pour engager la responsabilité du service public, la victime doit faire la preuve d'une faute lourde commise par l'anesthésiste réanimateur, à l'exception des actes de soins ou de fonctionnement où l'existence d'une simple faute est requise. Ces notions de faute lourde et de faute simple sont clairement explicitées par l'arrêt du conseil d'Etat du 26 juin 1959 qui considère que

*la responsabilité de l'administration hospitalière n'est susceptible d'être engagée
que sur le fondement de la faute lourde en ce qui concerne les dommages
corporels causés par les actes médicaux qui ne peuvent être exécutés que par un médecin
ou un chirurgien, ou par ceux qui ne peuvent être exécutés par un auxiliaire médical que sous
la responsabilité et la surveillance d'un médecin.
Au contraire, l'administration est responsable des conséquences dommageables
des fautes, quelqu'en soit le degré, commises lors de la prestation
de soins qui ne se rattachent pas aux catégories ci-dessus mentionnées.*

En pratique, afin de permettre une indemnisation des victimes, la responsabilité administrative assimile aux actes de soin, un grand nombre d'actes de l'anesthésiste, de telle sorte que la responsabilité de la puissance publique puisse être engagée sur le fondement de la faute simple.

L'expertise

L'EXPERTISE

En pratique, les experts doivent préciser au magistrat :

1/- si le malade a eu des contacts avec l'anesthésiste, si le choix de l'anesthésiste a été dicté par la clinique ou par le chirurgien. Au vu des renseignements fournis, le tribunal sera amené à admettre ou non l'existence d'un contrat de soins.

2/- Les rôles respectifs de l'anesthésiste et du chirurgien avant et pendant l'intervention.

3/- Les conditions dans lesquelles s'est déroulée la phase post-opératoire, en particulier le réveil du malade, la survenue ou non d'incidents au cours de cette phase, la nature des soins qui ont été prodigués.

LES ETAPES DE L'ANESTHESIE

Avant l'opération.

Cette phase correspond à l'entrée du malade en milieu hospitalier chirurgical. Le chirurgien et l'anesthésiste vont l'examiner, décider des explorations complémentaires et obtenir son consentement à l'acte thérapeutique. Dans cette phase, si l'anesthésiste juge le risque trop important, ou s'il considère l'intervention non urgente ou mal préparée, il peut refuser de collaborer. Sinon, il s'établit entre lui et le malade un *contrat de soins* après qu'il ait informé le futur opéré des avantages et des risques de l'acte opératoire.

Pour la validité de ce contrat, il est indispensable que l'anesthésiste ait examiné le futur opéré, l'ait interrogé sur ses antécédents, ait fait pratiquer les examens nécessaires, ait discuté dans certains cas des différentes modalités d'anesthésie et qu'il ait obtenu de la part du malade un consentement éclairé. Dès lors, l'anesthésiste va assumer avant, pendant et après l'opération, des responsabilités personnelles et il ne peut être considéré comme un simple membre de l'équipe placée sous la direction du chirurgien.

La prémédication

Elle peut avoir une durée variable et se trouve sous la seule responsabilité de l'anesthésiste.

L'endormissement

Il peut comporter des accidents (induction, intubation...) et est sous la seule responsabilité de l'anesthésiste ou de ses collaborateurs immédiats dont il est responsable civilement.

L'opération

Ici, le chirurgien apparaît comme le "maître d'oeuvre". Néanmoins, la mise en évidence d'une faute certaine ou d'une absence de précaution de la part de l'anesthésiste peut entraîner sa condamnation. L'anesthésiste peut en certains cas, exiger l'arrêt de l'intervention.

Après l'opération

L'anesthésiste doit veiller au réveil de l'opéré qui doit séjourner dans une salle de réveil équipée comme un véritable bloc de réanimation, et cela le temps nécessaire à la reprise des fonctions vitales et jusqu'au retour à une entière conscience.

JURISPRUDENCE

Absence d'examen pré-opératoire

Un enfant est décédé dans les suites d'une intervention pour un strabisme de l'oeil gauche. L'absence de consultation pré-anesthésique constitue une grave négligence qui entraîne la responsabilité de l'anesthésiste (Paris, 6.05.74)

Négligence d'une hypertension

Un homme de 35 ans, présente au cours d'une intervention un arrêt cardio-circulatoire. Le patient reste grabataire et meurt 5 ans plus tard. Le tribunal retient la responsabilité de l'anesthésiste pour avoir négligé une hypertension à 21 la veille de l'intervention. (Grasse 17.01.78)

Mauvaise position du bras

Un diabétique, à la suite d'une gastrectomie, présente une paralysie définitive du bras droit. *"La mauvaise position donnée au bras droit de l'opéré n'a pas été nécessitée par les servitudes de l'opération"*. Elle est donc imputable au seul anesthésiste qui est responsable de l'accident (cour d'appel d'Aix-en-Provence par la Cour de cassation le 27 mai 1970).

Faute non prouvée

Au cours d'une intervention chirurgicale destinée à corriger un strabisme, un enfant présente un arrêt cardiaque responsable dans les suites, de lourdes séquelles neurologiques. Le jugement du tribunal de grande instance (Senlis, 25 février 1975) exclut la responsabilité de l'anesthésiste puisqu'aucune faute n'a pu être démontrée.

Abandon avant réveil

Dans les suites d'une anesthésie à la célocurine, l'anesthésiste a quitté l'opérée avant son réveil et laissé en place la perfusion de célocurine qu'il a arrêtée à l'aide d'une pince. L'infirmière qui n'avait reçu aucune instruction, rebranche la perfusion de célocurine, ce qui aboutit au décès. La cour d'appel (Lyon, 29 mai 1974) condamne l'anesthésiste et lui reproche l'abandon de l'opérée avant le réveil et son absence de liaison

avec l'infirmière dont la responsabilité est écartée.

Les absents ont toujours tort

Après une intervention pour hernie inguinale chez un homme de 50 ans, la respiration autonome reprend et des réactions aux pincements sont constatés. L'anesthésiste revient 15 minutes plus tard voir son malade et observe qu'il répond à des ordres simples et qu'il commence à parler. Il confie le malade à une infirmière qui, au cours d'un de ses passages trouve le malade cyanosé et inconscient. La réanimation d'urgence évite la mort mais le patient reste porteur de séquelles neurologiques. Les experts insistent sur le fait que la phase post-anesthésique est une période critique parce que, par suite de l'action rémanente possible des drogues dépressives administrées, on peut observer un endormissement secondaire suivi d'un arrêt respiratoire. Pour cette raison, le départ prématuré de l'anesthésiste constituait une imprudence. Il fut condamné.

Décès par embolie pulmonaire

Après une appendicectomie, une jeune femme décède au 7^e jour d'une embolie pulmonaire non diagnostiquée par l'anesthésiste en raison d'une mauvaise surveillance post-opératoire. La cour de cassation (2 mai 1978) retient la responsabilité de l'anesthésiste. Le rapport d'expertise précisait que *"trois jours après l'opération, la patiente a présenté une hémoptysie et un fébricule qui auraient dû éveiller l'attention de l'anesthésiste. Au 6^e jour, apparut une nouvelle élévation thermique qui auraient nécessité une hospitalisation en service de soins intensifs"*.

Décès par embolie pulmonaire

Huit jours après une appendicectomie, une opérée décède des suites d'une embolie pulmonaire. Le rapport d'expertise retient l'absence de faute caractérisée de la part des médecins, mais souligne le fait que l'existence de certains signes prémonitoires de complications thrombo-emboliques auraient dû attirer leur attention. Le jugement de la cour d'appel de Colmar du 9 juillet 1976, retient la responsabilité conjointe de l'anesthésiste et du chirurgien. *"Attendu que ce manque d'attention suffisante portée aux plaintes de la malade et aux symptômes présents qui, sans être typiques, pouvaient être des manifestations de cette complication toujours possible, par le retard qu'il a entraîné dans la mise en application d'un traitement adéquat, a enlevé à la malade une chance de survie."*

Chute de la langue en arrière

Une opérée, de retour dans sa chambre, présente une syncope mortelle par chute de la langue en arrière. L'aide-soignante qui surveillait l'opérée toutes les dix minutes, s'aperçut lors d'une de ses visites de l'arrêt respiratoire qui aboutit au décès. Par jugement de la cour d'appel d'Angers du 11 mars 1971, la clinique et l'anesthésiste sont condamnés solidairement. Il est reproché à la clinique une faute dans l'organisation de son service. A l'anesthésiste, on reproche l'absence de mise en place d'une canule de Mayo alors que l'opérée n'est pas encore réveillée et une négligence dans les instructions données à l'infirmière.

Anesthésiste absent du bloc

A l'occasion d'une intervention bénigne pour une plaie d'un pouce, le chirurgien est assisté pour l'anesthésie d'une infirmière n'ayant pas les qualifications d'aide-anesthésiste mais qui est commise par l'anesthésiste. Le chirurgien sans attendre la venue de l'anesthésiste fait procéder à l'anesthésie générale. Mais l'infirmière chargée de

l'oxygénation, s'absente sans prévenir le chirurgien : le manque d'oxygène aboutit au décès de l'enfant. Le jugement de la chambre criminelle de la cour de cassation du 18 novembre 1976, retient la responsabilité pénale du chirurgien, de l'anesthésiste et de l'infirmière. L'anesthésiste est condamné car il était le commettant de l'infirmière qui a été responsable de la faute qui a entraîné le décès.

Un mouvement malencontreux

Chez une primipare, une césarienne est envisagée. L'anesthésiste endort la patiente avec du penthobarbital puis lui fait respirer un mélange d'oxygène-protoxyde. L'enfant vient au monde tout à fait normal mais après l'extraction du placenta, la paroi utérine reste inerte et saigne. Le gynécologue demande à l'anesthésiste d'injecter un myoconstricteur, ce qu'il fait aussitôt après s'être déplacé. Peu après, l'utérus prend un aspect marbré et émet un sang noir. De son côté, l'anesthésiste revenu à la tête de la malade, constate qu'elle est cyanosée, bradycarde, puis rapidement le coeur et la respiration s'arrêtent.

L'anesthésiste s'aperçoit que la prise d'oxygène au sol est débranchée. La continuité aussitôt rétablie, les deux médecins entreprennent la réanimation et bientôt, coeur et poumons reprennent mais la malade demeure comateuse. Malgré tous les soins ultérieurs, elle restera une grande infirme. Les experts se rendent compte que c'était au moment où l'anesthésiste s'était mobilisé pour pratiquer l'injection de myoconstricteur, qu'avec son pied il avait décroché la prise non munie d'un verrouillage de sécurité. La responsabilité de l'anesthésiste fut retenue et il fut condamné à verser à la victime une indemnisation à la hauteur des séquelles.

Fatale inversion de tuyaux

Un interne pratique une IVG chez une femme en fin de période d'activité génitale. Elle est endormie par une infirmière anesthésiste avec un mélange de protoxyde-oxygène. Après l'intervention, le gaz anesthésiant est coupé et il est donné de l'oxygène pur. Très vite, une bradycardie et une cyanose s'installent puis le coeur et la respiration s'arrêtent.

L'après-midi-même, l'infirmière-anesthésiste donne une nouvelle anesthésie et constate que son malade se cyanose. Par un reflexe louable, elle enlève le masque et fait respirer de l'air libre ce qui fait disparaître la cyanose. Le tube d'oxygène avait été branché sur la prise du protoxyde et inversement. La responsabilité incombait à l'équipe d'entretien du matériel de la salle d'opération qui avait fait des réparations et, par voie de conséquence, à l'hôpital pour faute dans le fonctionnement du service.

Réglementation de la pratique anesthésique

Décret N° 94-1050 relatif aux conditions techniques de fonctionnement des établissements de santé en ce qui concerne la pratique de l'anesthésie et modifiant le Code de la santé publique

Le décret ne fait que reprendre les pratiques établies par les anesthésistes qui avaient fait l'objet de trois circulaires (30 avril 1974, 23 mar 1982, 27 juin 1985) et de recommandations de la part de la Société française d'anesthésie-réanimation.

Tous les temps de l'anesthésie sont concernés, depuis la consultation préalable jusqu'à la surveillance du réveil et pour chacune des périodes, des normes sont établies afin d'éviter au maximum la survenue d'incidents ou de complications. Une étape importante vient d'être franchie, si l'on se réfère au rapport établi par le Haut Comité de la santé publique en novembre 1993 sur la sécurité anesthésique (Collection "Avis et rapport du Haut Comité de santé publique". Ed. Ecole Nationale de la Santé Publique, Rennes, 1994).

Dans ce document, préparé en collaboration avec les principaux responsables de l'anesthésie en France, il apparaissait en effet que, malgré les recommandations antérieures datant de près de 20 ans, environ la moitié des patients n'étaient examinés par un médecin anesthésiste que la veille de l'intervention et que 40% des patients anesthésiés dans les hôpitaux de l'Assistance Publique de Paris, ne bénéficiaient pas d'une structure dotée de moyens pour assurer une surveillance continue post-anesthésique.

La consultation pré-anesthésique est un temps essentiel, puisqu'il est bien établi que les accidents péri-opératoires, toujours graves, surviennent surtout chez les patients porteurs d'une affection antérieure (hypertension, cardiopathie ou insuffisance respiratoire). Le but de la consultation est donc d'évaluer et de détecter cet état antérieur, de le corriger ou, au minimum, de l'améliorer.

Examiner le malade seulement la veille de l'opération, ne permet pas de réaliser cet objectif qui nécessite un certain délai. Si l'on veut éviter de modifier au dernier moment les programmes opératoires, il faut la consultation à distance de l'intervention.

Le soin avec lequel la surveillance post-interventionnelle doit être organisée appartient à la même démarche sécuritaire. Les chiffres à cet égard sont formels : plus de 40% des accidents se produisent au cours de la période de réveil. Il ne s'agit pas de créer des unités de réanimation, mais de prévoir un lieu doté de matériel de surveillance et d'un personnel compétent où, le malade sortant de l'intervention, va séjourner pendant la phase de réveil jusqu'au retour à un état de vigilance et d'autonomie suffisant.

La chirurgie ambulatoire ou l'endoscopie sous sédation intraveineuse, ne doit en aucun cas faire exception à cette règle, car le risque existe également pour une anesthésie de courte durée.

[retour au menu](#)