

Arrêt de la Cour de cassation du 15 octobre 2025 (n°24-16.873) :
Une réponse prévisible, qui n'apporte pas nécessairement de nouvelle restriction.

Auteur : Maître Margo BOISSON, Avocate au Barreau de Paris
Pour l'AAL.

1. Rappel des faits et de la procédure

Un établissement de santé privé situé a décidé en 2018, de rompre sans préavis le contrat d'exercice libéral d'un médecin anesthésiste-réanimateur pour deux motifs graves, à savoir « **la maltraitance des patients d'une part et l'absence de sécurité dans la prise en charge des patients d'autre part** ».

Considérant cette rupture abusive, le praticien a assigné la Clinique devant le juge judiciaire pour obtenir une indemnisation.

Ses demandes ont toutes été rejetées d'abord par le Tribunal puis par la Cour d'appel de Fort-de-France (30 avril 2024, n°RG 22/00233), considérant que la rupture sans préavis était justifiée par **les deux motifs graves démontrés par la Clinique**, à savoir autant la maltraitance des patients que l'absence de sécurité.

C'est dans ces circonstances, que le praticien a formé un pourvoi en cassation, sur le moyen tiré de la mauvaise interprétation de la notion de « site » prévue par l'article R4311-12 du Code de la santé publique (CSP).

Or, la Cour de cassation (Civ 1^e, 15/10/2025, n°24-16.873) a rejeté son pourvoi en confirmant que :

*« C'est à bon droit que la cour d'appel en a déduit que, **lorsque des actes d'anesthésie ou la surveillance post interventionnelle sont réalisés par des IADE, l'anesthésiste doit être dans le bloc opératoire et non dans les étages de l'établissement ou en consultation afin de pouvoir se libérer immédiatement pour faire face à une urgence vitale lors d'une intervention**, que la pratique de M. [V], consistant à prendre en charge simultanément trois patients, l'un en consultation pré-opératoire et les deux autres sous la surveillance de deux IADE au bloc opératoire où il n'était pas physiquement présent, en étant, de surcroît, rémunéré au titre de l'ensemble de ces actes, contrevenait à ces dispositions. »*

2. Le cadre juridique applicable : L'article R.4311-12 CSP

Selon l'article R. 4311-12 du CSP, l'IADE exerce ses activités sous le contrôle exclusif d'un médecin anesthésiste-réanimateur sous deux conditions **cumulatives** :

« 1° Ait préalablement examiné le patient et établi par écrit la stratégie anesthésique comprenant les objectifs à atteindre, le choix et les conditions de mise en œuvre de la technique d'anesthésie ;

*2° Soit présent sur **le site où sont réalisés les actes d'anesthésie ou la surveillance post interventionnelle**, et puisse **intervenir à tout moment**. »*

Le 2° apporte donc une condition de disponibilité de lieu (« *le site* ») et une disponibilité de temps (« *à tout moment* ») sans autre précision. Le moyen soulevé par le praticien dans cette affaire était que « le site » pouvait être compris comme l'établissement au sens large, donc y compris dans les étages.

Or, s'il est vrai que ce texte n'impose pas, textuellement, une présence physique permanente du médecin anesthésiste-réanimateur dans la salle d'intervention ou même dans le bloc opératoire, lorsqu'il a délégué la surveillance peropératoire à un IADE, **une disponibilité immédiate** reste imposée.

3. L'apport de l'arrêt du 15 octobre 2025 : une solution d'espèce prévisible

Depuis le 15 octobre dernier, les médecins anesthésistes-réanimateurs s'inquiètent de la portée d'un tel arrêt de cassation, qui imposerait leur présence permanente dans le bloc opératoire.

Outre la question de la définition du bloc opératoire qui resterait alors en suspens (salle d'intervention ? plateau technique ? étage du bloc ?), il faut surtout prendre du recul sur l'espèce de cette affaire.

Tout d'abord, rappelons que la rupture sans préavis du contrat d'exercice de ce praticien, intervient dans un contexte grave décrit par la Clinique, avec survenue d'événements indésirables, attestations de maltraitance de patients, et réalisation de consultations plusieurs étages au-dessus du bloc opératoire où se situent deux salles d'intervention dont il avait la charge.

Il s'agit donc d'un cas particulier auquel il ne faut pas identifier tous les anesthésistes, bien au contraire c'est un cas isolé et qui ne reflète heureusement pas la profession.

Ensuite et surtout, soulignons en l'espèce que ce n'est pas tant le lieu où se trouvait le médecin anesthésiste-réanimateur qui interpelle la Cour d'appel que ce qu'il faisait, considérant que « **l'activité de consultation n'est pas compatible avec la surveillance et le contrôle d'une ou plusieurs anesthésies au bloc opératoire par un IADE, le médecin ne pouvant dans ce cas se libérer immédiatement pour faire face à une urgence vitale au sein de bloc opératoire** ».

C'était une réponse prévisible : Un médecin anesthésiste-réanimateur n'est pas en capacité d'« *intervenir à tout moment* » pendant une intervention dont il a la charge s'il effectue des consultations en parallèle.

Le fait que les consultations ne soient pas au même étage que le bloc opératoire, est ici un élément supplémentaire confirmant qu'il n'avait pas le temps d'intervenir à temps en cas d'urgence (délai pour être appelé, mettre un terme à l'examen du patient, le faire sortir de la salle, prendre l'ascenseur, enfiler une tenue de bloc, etc).

La Cour de cassation ne rend pas ici un arrêt de principe définissant clairement la notion de « *site où sont réalisés les actes d'anesthésie* » prévue par l'article R4311-12 du CSP comme le seul « *bloc opératoire* », d'autant plus que ce terme est utilisé par opposition avec les étages : « *l'anesthésiste doit être dans le bloc opératoire et non dans les étages de l'établissement* ».

Autrement dit, la Cour de cassation apporte **un début de réponse et non une définition stricte** : il est désormais acquis que le médecin anesthésiste-réanimateur ne peut pas être dans les étages de

l'établissement lorsqu'il est responsable d'une intervention (condition de lieu) et il ne peut pas réaliser dans le même temps une consultation (condition de disponibilité).

L'arrêt ne crée donc pas de norme générale.

Il valide l'appréciation factuelle d'une organisation spécifique.

4. Les risques d'une interprétation extensive

Présenter l'arrêt du 15 octobre 2025 comme une définition stricte et absolue du « *site où sont réalisés les anesthésies* » modifierait l'esprit de l'article R.4311-12 CSP.

Le terme de « *site* » renvoie en réalité ici à **un périmètre fonctionnel propre à l'organisation interne de chaque établissement.**

Les discussions pluridisciplinaires des organisations validées par les ARS et par l'Assurance maladie, y compris dans les établissements publics, ne sauraient être remises en cause sauf à provoquer une rigidification injustifiée des fonctionnements internes.

A RETENIR

Le plus important restera toujours la sécurité du patient : **faisons confiance aux équipes d'anesthésie** et plus largement aux équipes du bloc opératoire, pour trouver la meilleure surveillance peropératoire et la meilleure organisation en fonction de la disposition du/des plateau(x) technique(s), de la disposition des salles et des actes réalisés.

Finalement, la Cour de cassation répond à une seule véritable question : non, effectuer une CPA n'est pas compatible avec la surveillance et le contrôle d'une anesthésie, même déléguée à un IADE. Cette pratique ne répond pas à l'obligation de disponibilité « *d'intervenir à tout moment* » découlant de l'article R4311-12 du CSP. **Ce n'est pas une surprise c'est du bon sens.**

L'article R.4311-12 du CSP doit rester la norme pour laisser **une marge de manœuvre** dans l'adaptation à chaque établissement et chaque plateau technique, en fonction de la disposition du lieu où sont réalisés les actes d'anesthésie. Il faut organiser des discussions pluridisciplinaires avec les équipes chirurgicales et paramédicales, et surtout protocoliser les choix qui sont fait en concertation pour se prémunir en cas de procédure.

Margo BOISSON

Avocate en droit de la santé

Source :

[Cour de cassation, civile, Chambre civile 1, 15 octobre 2025, 24-16.873, Publié au bulletin](#)