



# « Le Risque Partagé »

## Responsabilité des différents intervenants

Drs Dominique MONTPELLIER\*, Cécile MANAOUIL\*\*

\* Département d'Anesthésie Réanimation A

\*\* Consultation de médecine légale, CHU Amiens

XXIII<sup>ème</sup> Journée d'Anesthésie Réanimation de Picardie

Amiens - 16 juin 2006

**« La grandeur d'un métier est peut-être  
d'unir des hommes: Il n'est qu'un luxe  
véritable, et c'est celui des relations  
humaines »**

*Antoine de Saint-Exupéry*



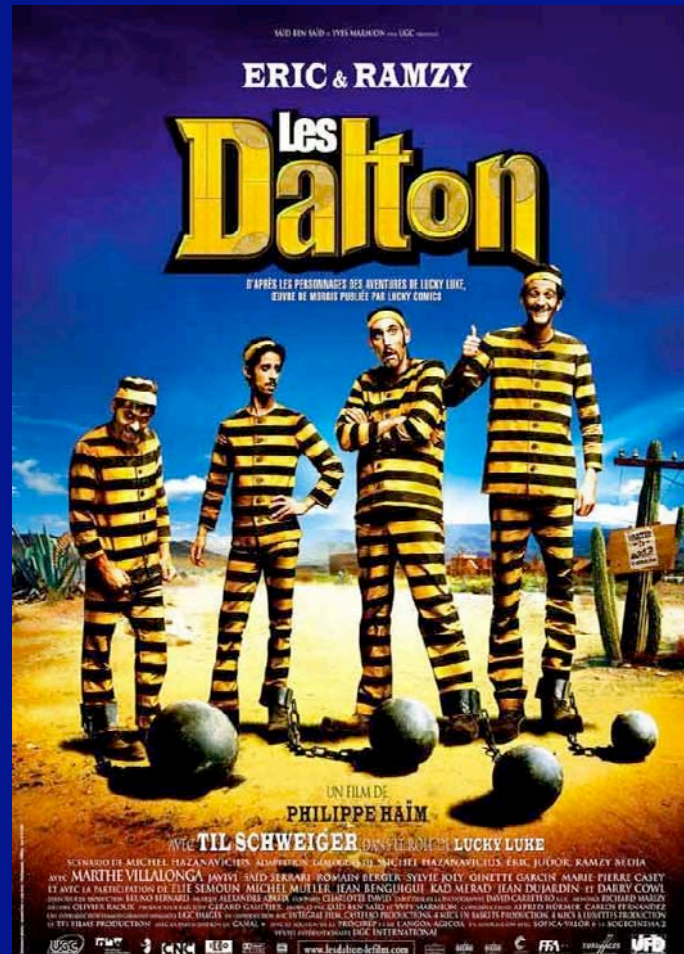
# L'EQUIPE MEDICALE?

- Pas de définition juridique, n'existe que par le malade qui est le centre des préoccupations
- Equipe « soignante » dans la loi du 4 mars 2002
- Equipe d'anesthésie d'un côté avec le Couple Médecin – I.A.D.E.
- Equipe chirurgicale de l'autre avec l'autre couple Chirurgien – I.B.O.D.E.
- **Ces deux équipes n'ont font qu'une pour la justice**
- Mission de formation (art L 6112-1 CSP) avec intégration d'internes et d'élèves para-médicaux (I.A.D.E.)

**L'EQUIPE MEDICALE doit être:**



# Et Non Pas :



# Demande de la victime ou ayant droit

Sanction

Indemnisation

professionnelle

pénale

Contentieux

Non contentieux

*privé*

Conseil de l'ordre

Conseil d'État

*public*

Commission disciplinaire

Conseil d'État

TGI :  
correctionnel

Cour de cass.

*privé*

TGI :  
civil

Cour de cass.

*public*

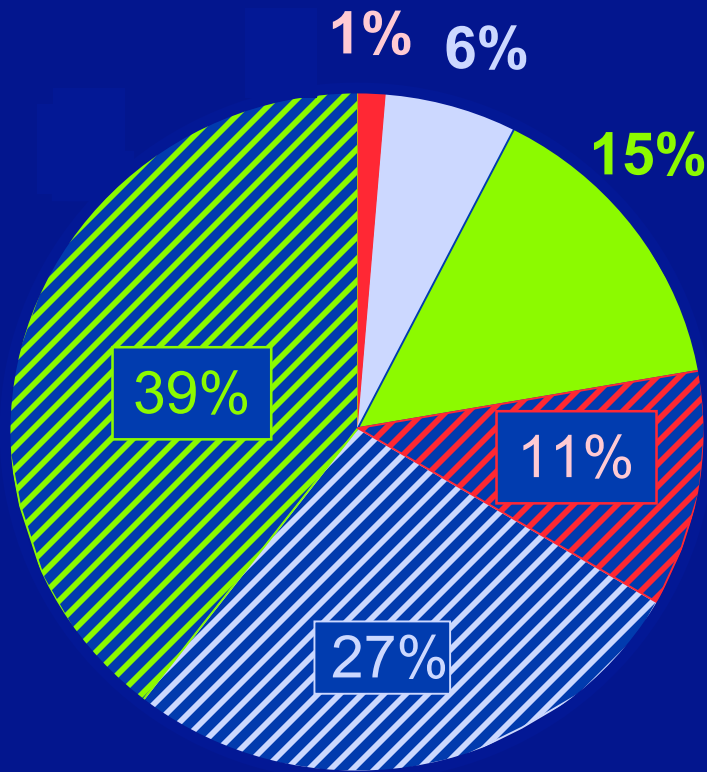
Tribunal administratif

Conseil d'État

Commission régionale de conciliation et d'indemnisation

# Devenir du contentieux médical

Toutes disciplines  
(n=1501) 1998-1999



condamnation,  
indemnisation,  
ou transaction

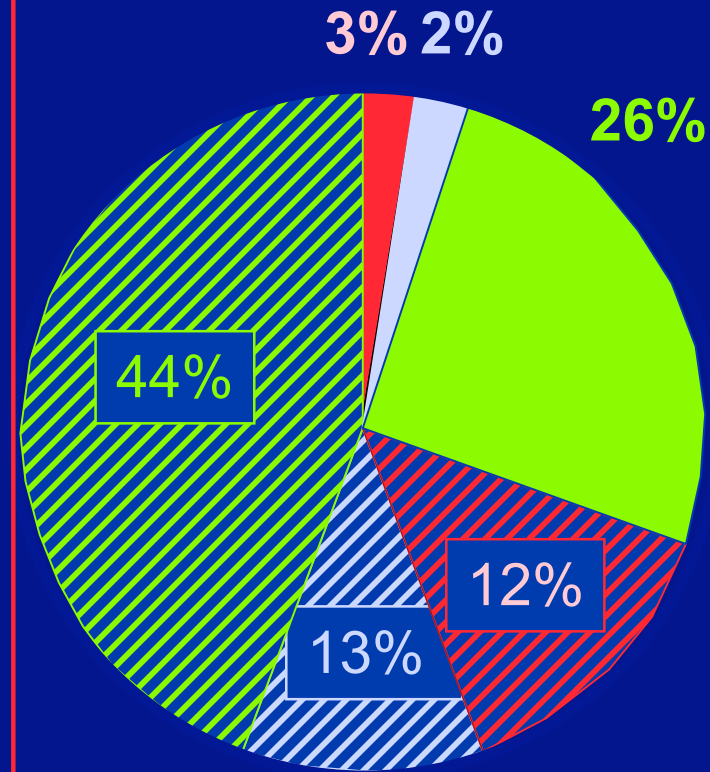
OUI

■ Pénal  
■ Civil  
■ hors tribunal

NON

▨ Pénal  
▨ Civil  
▨ hors tribunal

Anesthésie-réanimation  
(n=304) 1996-1998

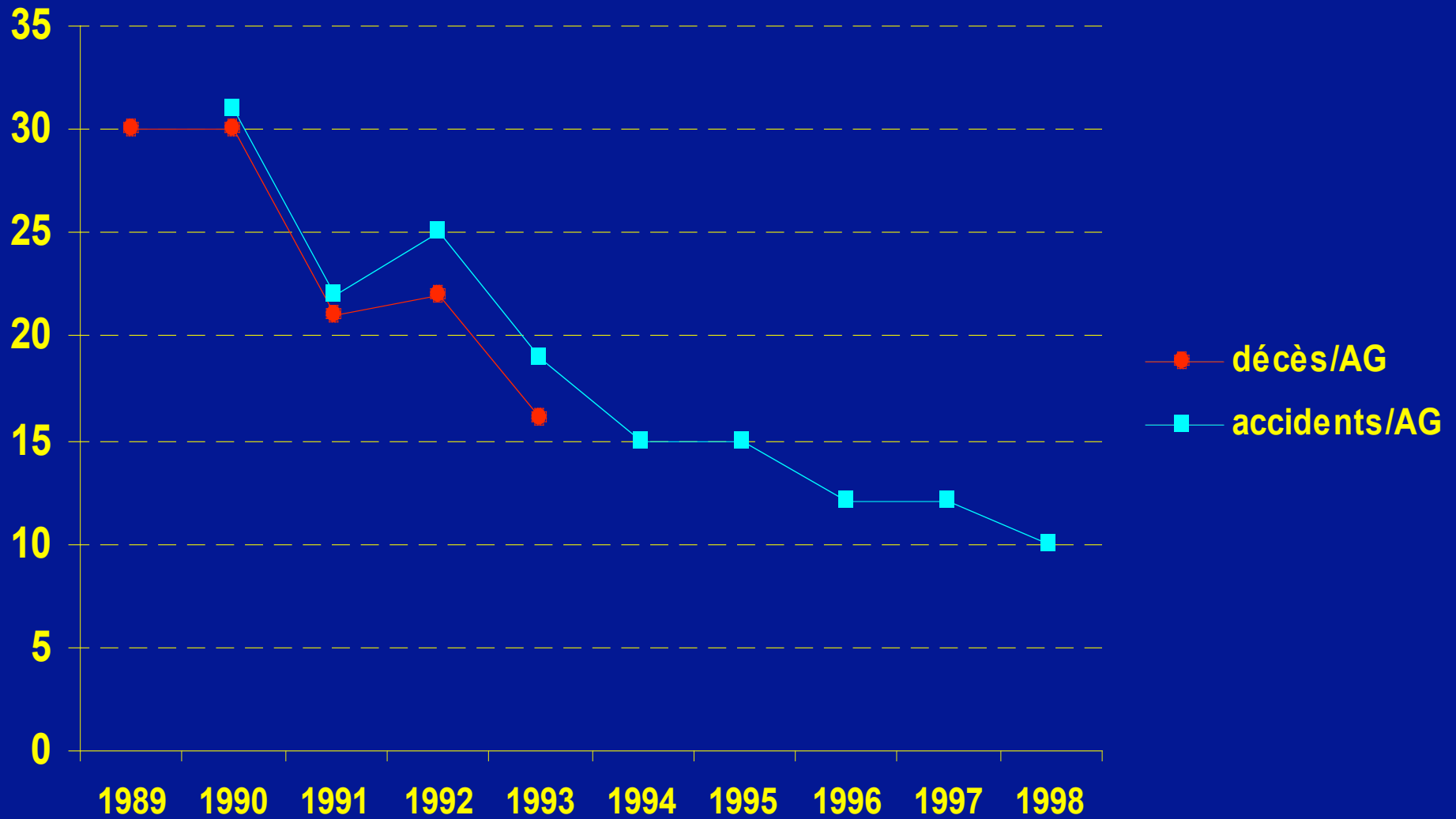


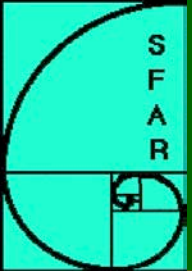
# RAPPORT DU SOU MEDICAL

- 5121 sociétaires : 209 déclarations (pour 183 anesthésistes libéraux)
  - ⇒ 71 Intubation
  - ⇒ 26 Anesthésie Générale
  - ⇒ 27 Loco Régionale
  - ⇒ 7 Mauvaise prise en charge
  - ⇒ 40 complications post opératoires
  - ⇒ 13 pas de responsabilité
  - ⇒ 2 pour des activités de réanimation
  - ⇒ 2 pour des chambres implantables
  - ⇒ 1 pour VHC

Deux anesthésistes condamnés au pénal en 2004

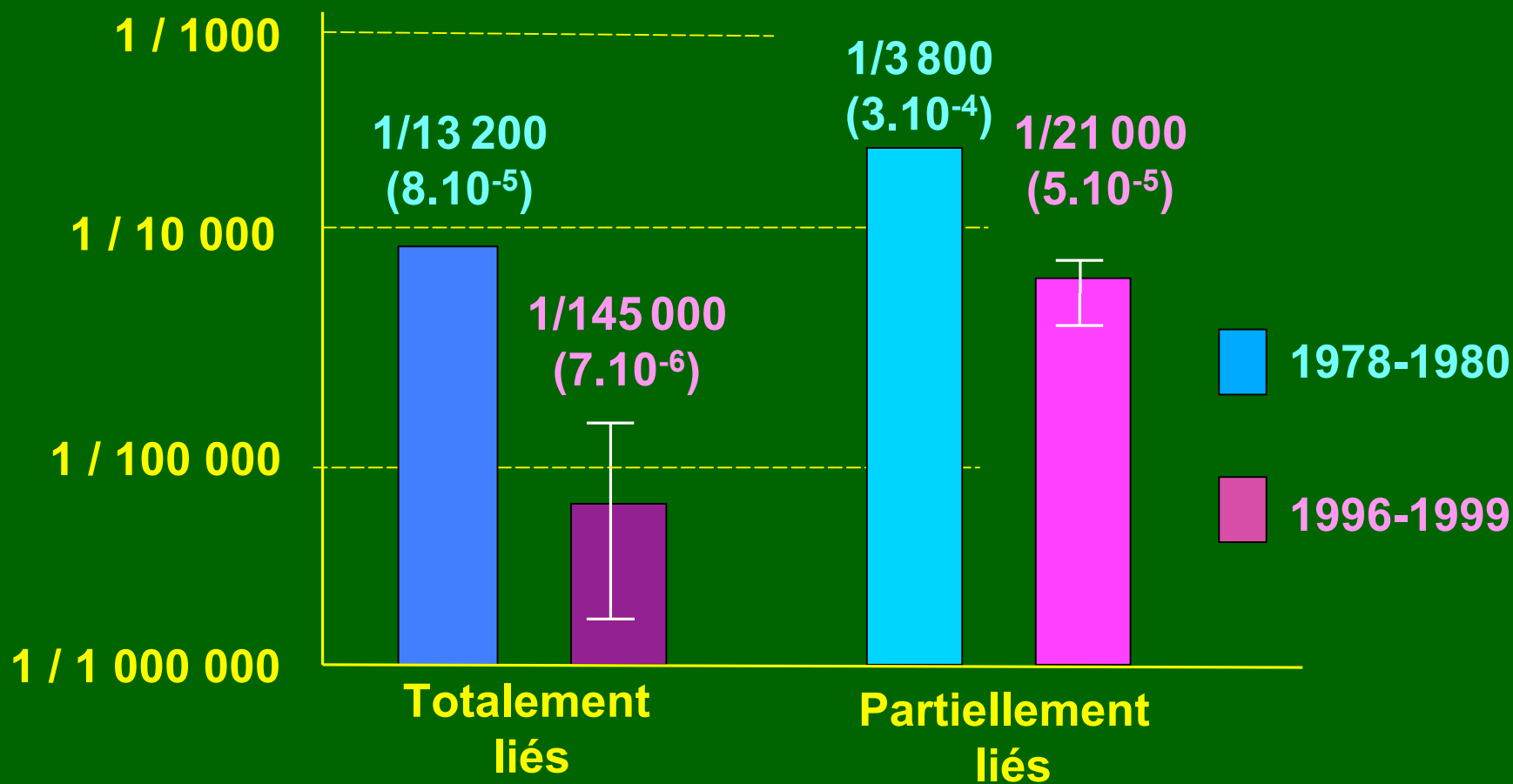
# France : données du GAMM

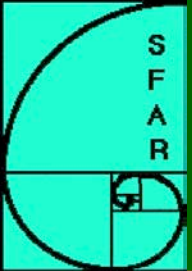




# Enquête SFAR-INSERM

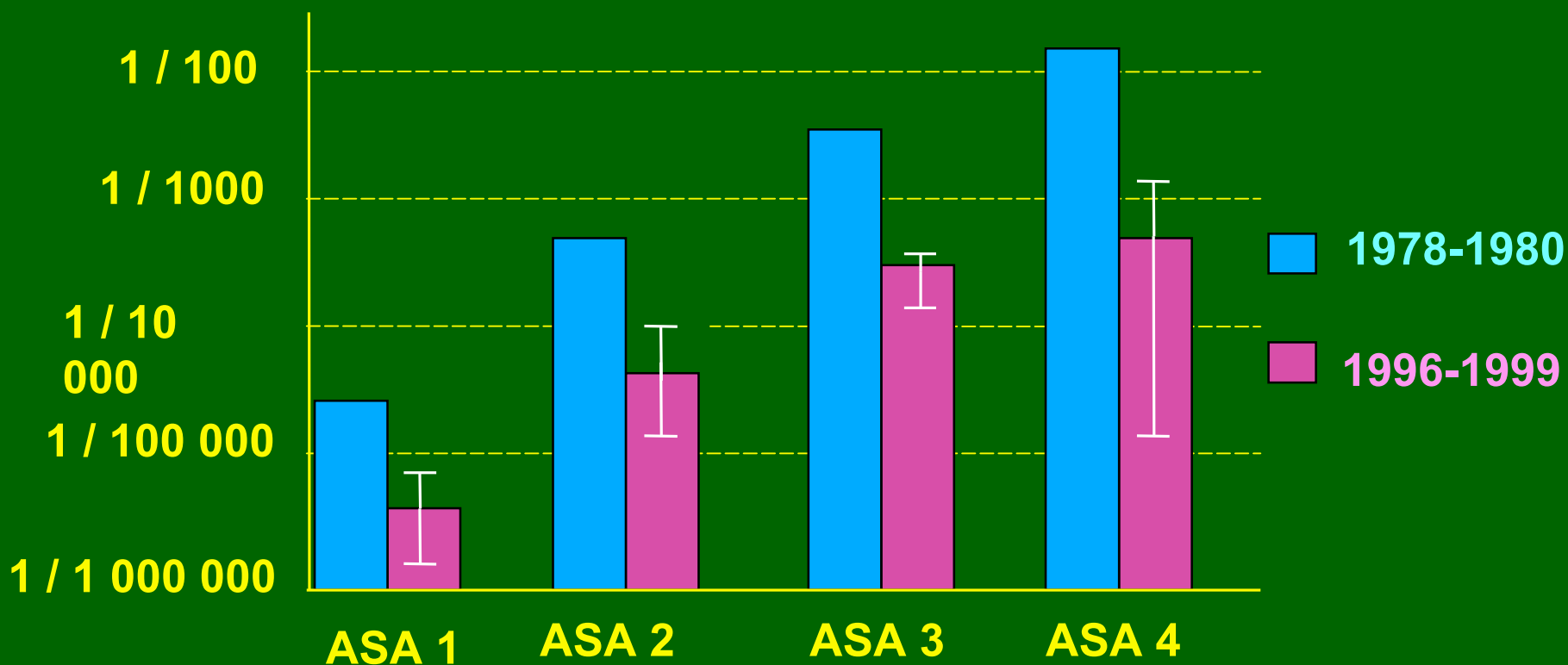
## Taux de décès en rapport avec l'anesthésie



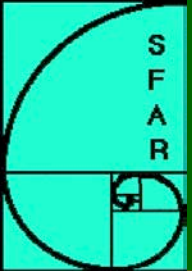


# Enquête SFAR-INSERM

## Taux de décès selon la gravité des patients après regroupement des cas totalement et partiellement liés à l'anesthésie



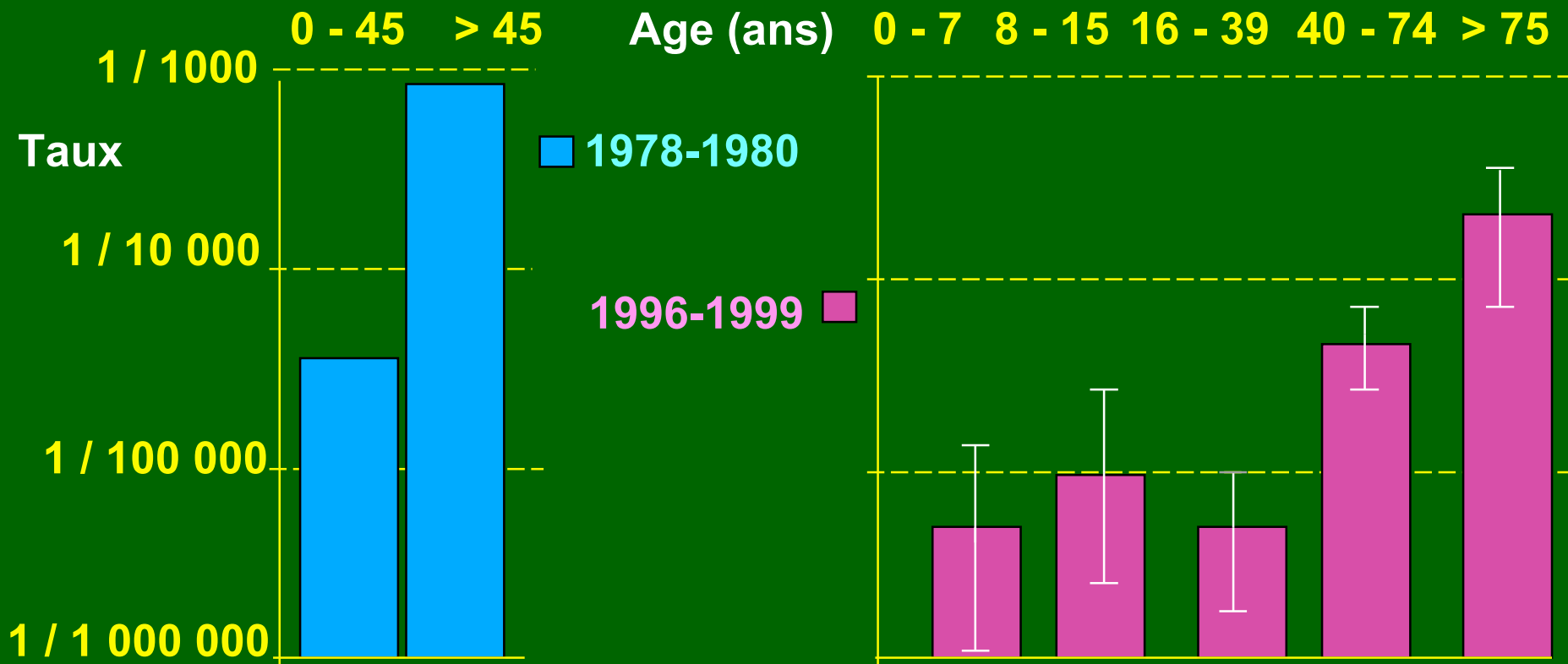
*d'après Lienhart et al, 2003*



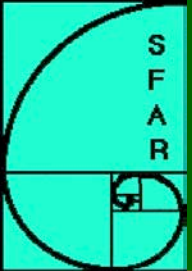
# Enquête SFAR-INSERM

## Taux de décès selon l'âge

après regroupement des cas totalement  
et partiellement liés à l'anesthésie



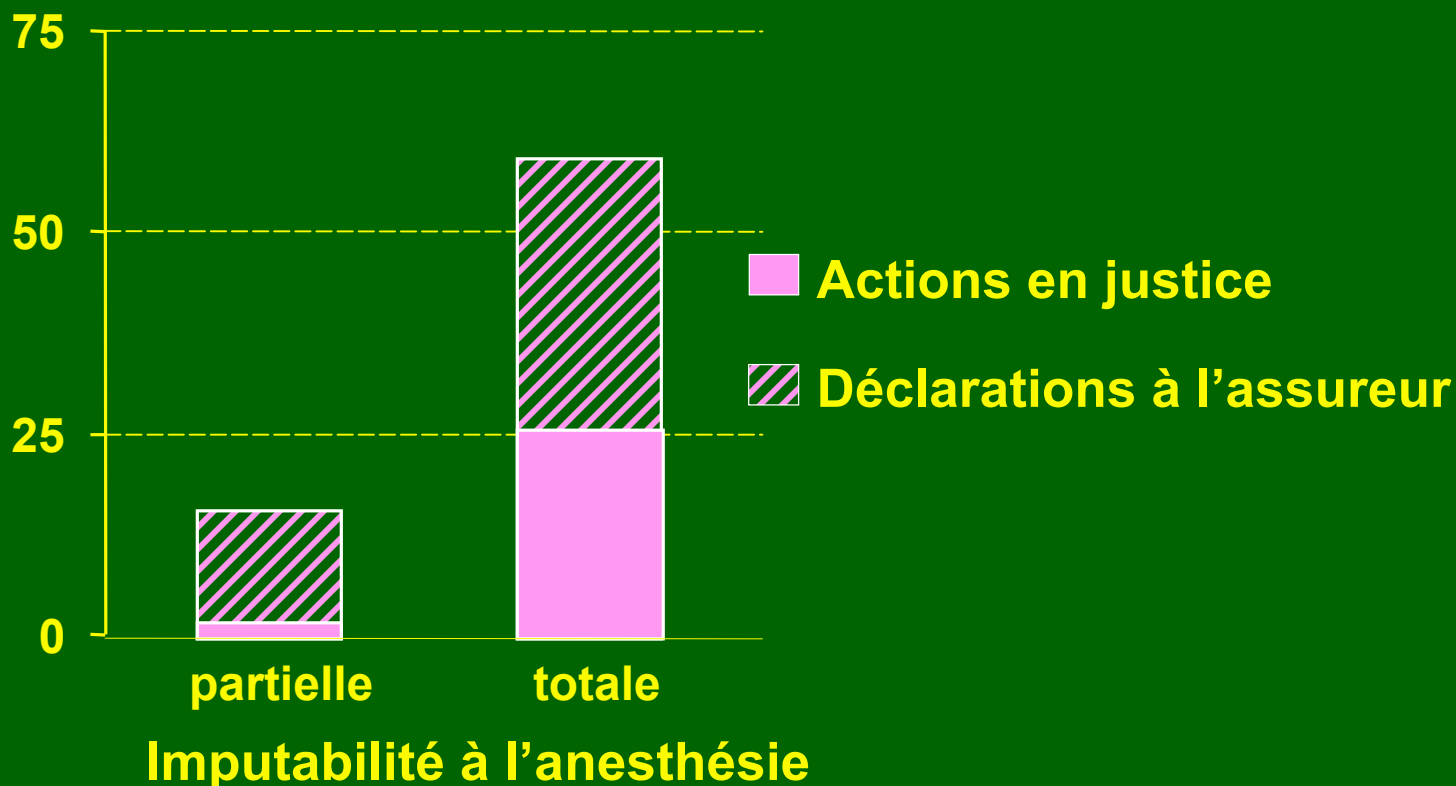
d'après Lienhart et al, 2003



# Enquête SFAR-INSERM

## Les déclarations et les plaintes

### Pourcentage de cas



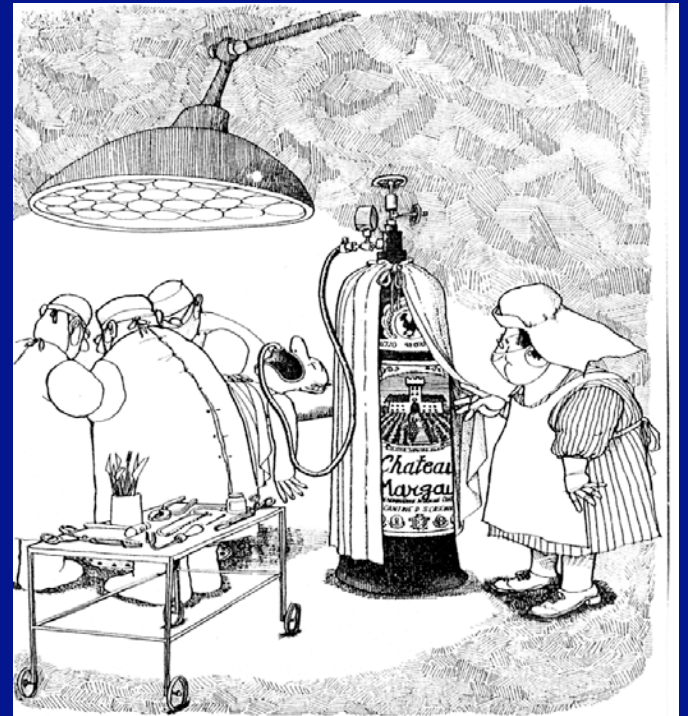
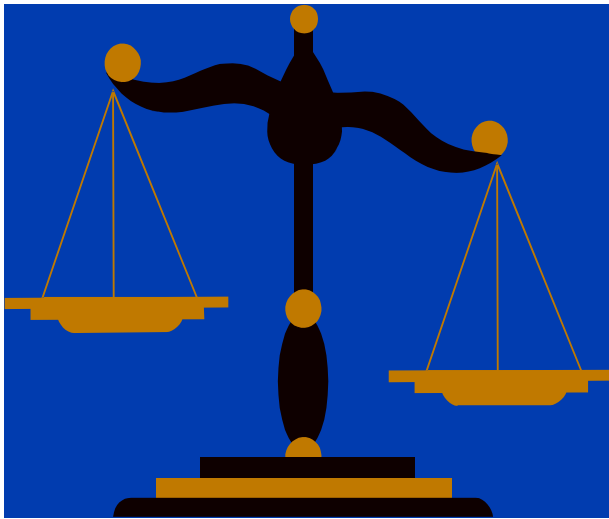
# FAUTE DE SERVICE

- Responsabilité collective: Faute anonyme
- N'est pas la faute d'une personne physique
- L'établissement représenté par le directeur et/ou le chef de service
- Différence entre ce que l'utilisateur peut attendre du service public et ce qu'il reçoit
- Organisation peut être mise en cause

# FAUTE PERSONNELLE

- Soit hors activité professionnelle habituelle
- Soit manquement volontaire et inexcusable à des obligations professionnelles :
  1. Abandon de malade
  2. Violences sur malade
  3. Ivresse
  4. Refus de déplacement

# FAUTE PERSONNELLE



# Pénal et Administratif ?

- En juridiction Pénale:  
« Plus on est de fous plus on est condamné »
- En juridiction administrative :  
« Plus on est de fou moins on est condamné »

# Rapports Anesthésistes-Chirurgiens

- 1960 : Choisi par le chirurgien qui est le seul médecin reconnu par le malade
- 1970 : Chirurgien est le chef d'équipe (affaire Albertine Sarrazin)
- 1980 : Affaire FARCAT
- Art R 4127- 64 CSP : Chacun doit informer l'autre mais est responsable de ses actes. Soins en commun (installations).
- Recommandations du Conseil de l'Ordre
- Importance des rapports humains - Eviter les conflits
- C'est souvent le chirurgien qui est d'abord mis en cause dans les complications péri opératoires (infection-décès) ⇒ élargissement de la mission dans un second temps.

# LE COUPLE ANESTHESISTE-CHIRURGIEN



Qui est le  
chirurgien?

# Cas clinique

- Femme opérée d'un cancer du rectum
- Mort brutale à J 4 d'une embolie pulmonaire diagnostic de facilité (dangereux)
- J1 pas de Fraxiparine, J2 Fraxiparine, J3 Fraxiparine peut être car prescrit puis annulée
- Chirurgien déclare: « Je ne sais pas, je ne m'occupe pas des traitements »
- Experts considèrent que des protocoles doivent être établis en commun  $\Rightarrow$  mise en cause de chacun et défaut d'organisation

# Responsabilité de l'I.A.D.E.

- Art. R 4311- 1 à 15 du CSP relatifs aux actes professionnels
- Art. D 4311- 45 à 48 du CSP relatifs à la profession d'I.A.D.E.: Compétence exclusive
- Est sous la seule responsabilité du M.A.R. qui est responsable du protocole d'anesthésie et de sa mise en œuvre. L'IADE applique le protocole
- **Problème de la loco régionale ?** Plus possible en particulier depuis la Loi du 4 mars 2002 avec un malade qui doit être informé
- En cas d'accident le Magistrat vérifiera **qui a fait quoi ?**
- Responsabilité de l'infirmier sera engagée même si il a fait le geste à la demande du médecin: Il faut savoir dire **NON**

# Problèmes de tous les jours

- Nombres de salles et composition:
    - ⇒ Induction par MAR ou en présence
    - ⇒ Surveillance que par MAR ou IADE
    - ⇒ Un médecin pour deux salles MAXI
    - ⇒ Schema d'organisation, conseil de bloc opératoire, programme opératoire
    - ⇒ Accréditation
- “ Là encore savoir dire NON”

# Maître COHEN du barreau de Paris

« La méconnaissance de ces conditions de sécurité anesthésique dans l'établissement de la programmation opératoire et dans le fonctionnement d'ensemble des activités en plateau technique constituant nécessairement une situation potentiellement de mise en danger des patients, entraînera nécessairement en cas d'accident non seulement la responsabilité du médecin anesthésiste et/ ou de l'IADE mais également du chirurgien et de l'établissement qui ne pouvaient méconnaître les obligations réglementaires précitées qui ont participé à la création d'une telle situation dangereuse manquant à leurs propres obligations contractuelles envers les patients »

# UN IADE peut il endormir seul ?

- **NON** mais :
- Situation d'urgence vitale « l'infirmier est habilité, après avoir reconnu une situation relevant de l'urgence à mettre en œuvre des protocoles de soins d'urgence préalablement écrits » le temps que le MAR arrive
- **Anesthésie extra hospitalière ?**
- **Un élève IADE ne peut être seul.**

# RESPONSABILITE DE L'INTERNE

- Est sous la responsabilité du praticien avec qui il travaille
- Responsable de ses fautes personnelles
- Relève du droit administratif à l'hôpital
- Prudence en cas de remplacement :
  - ⇒ Licence de remplacement
  - ⇒ Déclaration par le remplaçé

# RESPONSABILITE DE L'INSTITUTION

- Mode de fonctionnement de l'établissement:
- Evaluation des pratiques professionnelles à travers l'accréditation et les recommandations de la SFAR : 2ème étape sera l'évaluation des soins
- Le directeur et le chef de service restent par ailleurs responsables pénalement.

# Et L'ASSURANCE ?

- Obligatoire en secteur privé depuis la loi du 04 mars 2002
- Conseillée à l'hôpital car :
  - ⇒ Théoriquement personnel assuré par l'hôpital
  - ⇒ Il n'est pas sur que l'hôpital défende de façon importante son agent s'il est le seul mis en cause
  - ⇒ Peut se reporter contre lui

# L'EQUIPE EN CLINIQUE

- Qui peut être mis en cause ?
  - ⇒ La clinique dans son ensemble
  - ⇒ Chaque praticien de façon individuelle
  - ⇒ les deux à la fois
  - ⇒ Si IADE est il salarié de la clinique ou du médecin ?

# QUESTIONS POSEES LORS D'UNE EXPERTISE C.R.C.I.

- Etat antérieur de la victime
- Circonstances dans lesquelles le dommage est survenu
- Cause et nature du dommage:
  - Acte de prévention
  - Acte de diagnostic
  - Acte de soins
- S'agit-il:
  - D'un accident médical
  - D'une affection iatrogène
  - D'une infection nosocomiale

# QUESTIONS POSEES

- Le comportement de l'équipe médicale ou du médecin mis en cause a-t-il été conforme aux règles de l'art et aux données de la science à l'époque du fait générateur ?
  1. Comportement du groupe
  2. Comportement individuel

# Questions posées

- Est-ce que le dommage est en relation avec des moyens en personnel ou (et) matériels insuffisants en qualité ou (et) quantité ?
  1. Organisation étudiée aussi bien pour le personnel que pour le matériel
  2. Qualité: Formation et statut du personnel
  3. Quantité: Personnel par salle
  4. Matériel conforme à la structure

# QUESTIONS POSEES

- Est-ce que le dommage subi par le patient est anormal au regard de son état de santé antérieur comme de l'évolution prévisible de celui-ci ?

Pouvait on s'attendre :

1. A sa mort, à son choc septique etc....
2. A sa paraplégie

# CAS CLINIQUE

- Homme de 72 ans pour prothèse totale de genou après deux ostéotomies sous A.G.
- Obèse, bronchitique chronique
- Vu en C.P.A. trois semaines auparavant avec refus de loco régionale (AG sans problème)
- Consultation cardio normale
- Revu en VPA avec toujours refus de l'ALR

# Cas Clinique

- Anesthésie générale avec:  
Diprivan® , Fentanyl® , Pavulon®
- Arrêt cardio circulatoire avec bronchospasme après l'intubation
- Tous les paramètres ventilatoires et circulatoires ont été enregistrés
- Deux heures de réanimations par deux MAR, chirurgiens et infirmières
- Dosages sanguins effectués et revenus positifs pour le Pavulon®
- Refus d'autopsie

# QUESTIONS

- Etat antérieur de la victime : **Antécédents**
- Circonstances dans lesquelles le dommage est survenu
- Cause et nature du dommage:
  - Acte de prévention
  - Acte de diagnostic
  - Acte de soins**
- S'agit-il:
  - D'un accident médical**
  - D'une affection iatrogène
  - D'une infection nosocomiale

# QUESTIONS

- Le comportement de l'équipe médicale ou du médecin mis en cause a-t-il été conforme aux règles de l'art et aux données de la science à l'époque du fait générateur ?

1. Comportement du groupe

2. Comportement individuel

# QUESTIONS

- Est-ce que le dommage est en relation avec des moyens en personnel ou (et) matériels insuffisants en qualité ou (et) quantité ?
  1. Organisation étudiée aussi bien pour le personnel que pour le matériel : **feuille informatisée, transmissions infirmières**
  2. Qualité: Formation et statut du personnel : **FMC**
  3. Quantité: Personnel par salle : **MAR en renfort**
  4. Matériel conforme à la structure

# QUESTION FINALE

- Est-ce que le dommage subi par le patient est anormal au regard de son état de santé antérieur comme de l'évolution prévisible de celui-ci ?

Pouvait on s'attendre :

- 1.A sa mort : **NON** pas pour une prothèse de genou
- 2.Par contre aucune faute ou erreur médicale
- 3.ALEA THERAPEUTIQUE

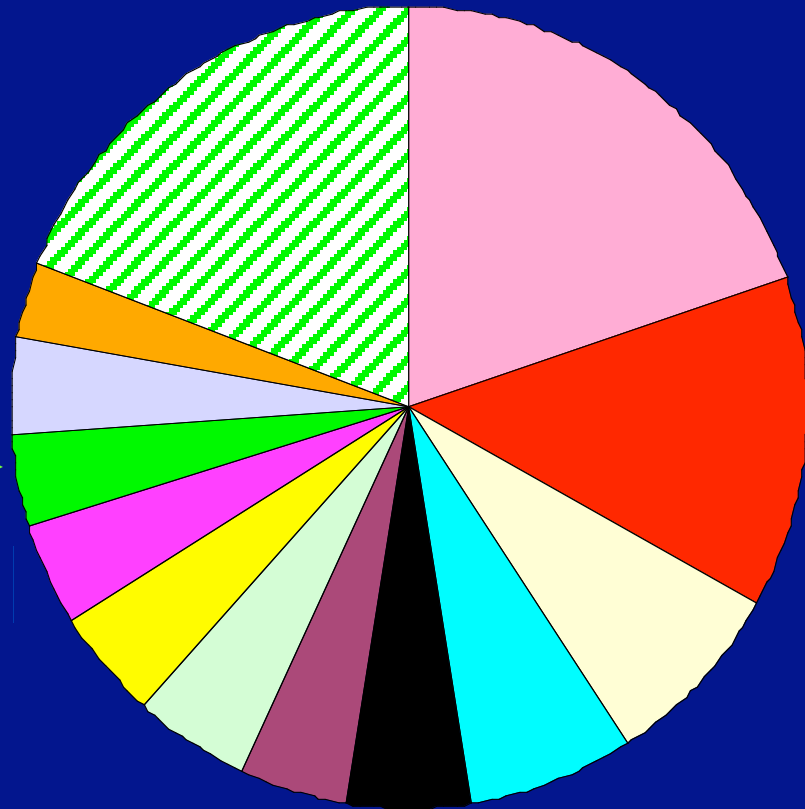
# BETISIER

- Nous n'avons pas trouvé de feuille d'anesthésie dans le dossier ? : « je n'en fais jamais quand tout se passe bien »
- Bloc huméral sans accès veineux
- Praticien hospitalier en remplacement privé
- Interne d'anesthésie comme interne de garde dans une clinique payé directement avec dossier médical parallèle au dossier officiel

# PLACE DE L'EXPERTISE MEDICALE

- Le Juge JUGE et l'Expert EXPERTISE
- Ce n'est jamais la décision finale
- De plus en plus collège d'experts pour appréhender tout le dossier
- On ne sera plus expert pour la vie: FMC
- Assister aux expertises est important car on est celui qui connaît le mieux le dossier

# Disciplines des experts dans la procédure non-contentieuse



**n = 1219**

**N pour 100 spécialistes**  
d'après données Drees 2001 ↓

Chirurgie Orthop. & Traumato. (20%)	15
Chirurgie générale & digestive (13%)	3
Bactériologie, parasito, hygiène (8%)	3
Médecine légale (6%)	5
Ophtalmologie (5%)	1
Neurochirurgie (5%)	16
Cardiologie & maladies vasc. (5%)	1
Maladies infectieuses (4%)	
Gynécologie obstétrique (4%)	1
Anesthésie, Réanimation, Urg. (4%)	0,5
Neurologie (4%)	3
Chirurgie cardiovasc. & thor. (3%)	10
Autres	

**moyenne**

**1**

Rapport CNAM octobre 2004

<http://www.sante.gouv.fr/dossiers/>

# CONCLUSIONS

- **Il faut avant tout travailler en équipe pour partager le moins possible les risques et surtout les ennuis**
- **Bien faire son métier et respecter les recommandations : la compétence professionnelle est la meilleure protection juridique**