

Le Risque partagé

Responsabilité des différents intervenants

D.MONTPELLIER* **. C. MANAOUIL**

* Département d'anesthésie réanimation A C.H.U. AMIENS

** Service de médecine légale C.H.U. AMIENS

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

A. de Saint Exupery

Il est courant, en milieu hospitalier public ou privé, de travailler en équipe médicale. Le colloque singulier entre le médecin et son patient fait de plus en plus partie du passé. On parle plus volontiers d'équipe soignante en particulier dans la Loi du 04 mars 2002, c'est-à-dire élargie notamment aux paramédicaux et plus particulièrement aux I.A.D.E. (Infirmier Anesthésiste Diplômé d'Etat) dans l'activité de l'anesthésie réanimation. Le code de la santé publique prévoit également que le service public hospitalier exerce une mission de formation (art. L. 6112-1 CSP) aux différentes professions médicales et paramédicales. Il y a donc dans l'équipe médicales des étudiants, étudiants hospitaliers, internes, élèves infirmières, élèves sages femmes

S'ils ont des rôles différents, les membres de l'équipe soignante ont des obligations communes qui sont désormais issues du code de santé publique pour tous les professionnels de santé où sont intégrés :

- L'ancien code de déontologie pour les médecins (Art L-4127 du CSP)
- L'ancien décret n°2002-194 du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier avec en particulier l'article 10 consacré exclusivement aux I.A.D.E. (Art R 4311-12 CSP)
- Le décret n° 99-930, art.3, du 10 novembre 1999, fixant le statut des internes et des résidents en médecine (Art R 6153 CSP).

Il n'y a pas de réelle définition de l'équipe médicale qui est uniquement justifiée par le malade qui est le centre des préoccupations. Son statut juridique n'est cependant pas défini si bien que par défaut de dispositions particulières en matière médicale si bien que les juges apprécient seul le caractère fautif des actes de ses membres et déterminent la responsabilité médicale des différents acteurs qui ont contribué à la réalisation du préjudice.

Cadre juridique

Le système juridique français se caractérise par deux systèmes totalement indépendants l'un de l'autre : L'ordre administratif (droit public) et l'ordre judiciaire (droit privé) qui comprend la juridiction civile et la juridiction pénale. A ces deux systèmes s'est ajoutée depuis la Loi du 4 mars 2002 dite Loi KOUCHNER la Commission Régionale de Conciliation et d'Indemnisation (C.R.C.I.) d'implantation régionale qui peut prendre en charge les conséquences des infections nosocomiales et celles de « l'Aléa Thérapeutique »

Chaque agent du service public est pénalement responsable de ses actes et peut être à tout moment mis en cause personnellement devant la juridiction pénale. La juridiction civile et la demande de réparations sous forme de dommages et intérêts ne concerne directement que les

médecins en activité libérale. La majeure partie des procédures pour réparation d'un préjudice en secteur hospitalier s'effectue devant le tribunal administratif. Les commissions régionales de conciliation et d'indemnisation interviennent aussi bien pour le secteur public que privé.

La juridiction administrative a pour objet de traiter les problèmes dans lesquels est impliqué l'Etat. C'est donc cette juridiction qui est concernée en cas de soins prodigués dans un établissement public. Il n'existe pas de responsabilité personnelle pour chaque membre de l'équipe soignante qui est un agent de l'Etat, sauf cas d'infraction au code pénal où est alors encourue une responsabilité pénale devant les tribunaux de l'ordre judiciaire. C'est l'hôpital qui est poursuivi et qui prend en charge la réparation du dommage. La seule exception reste la faute détachable du service qui est une situation exceptionnelle liée à un fait d'une grande gravité. Dans ce cas le tribunal peut mettre directement en cause l'agent du service public ou bien encore l'hôpital peut mener secondairement une action récursoire envers l'agent c'est-à-dire indemniser la victime puis « se retourner contre son agent en cas de faute grave ». En pratique ce sont les assurances qui exercent un tel recours qui reste très rare.

Notion de faute de service et de faute personnelle

1. Faute de service

La faute de service est une faute anonyme. C'est une responsabilité collective de l'équipe médicale. Il n'y a pas de partage de responsabilité entre les soignants car plusieurs fautes peuvent concourir au dommage. Il n'y a pas de recherche de responsabilité individuelle. Ce n'est ni la faute d'une personne morale ni celle d'une personne physique. Il peut s'agir d'un retard anormal au diagnostic, d'une mauvaise organisation des soins tel un défaut de surveillance, une carence, une maladresse ou une négligence. Lors de l'expertise l'hôpital est représenté par le chef de service et/ou le directeur de l'établissement mais n'empêche pas les membres de l'équipe médicale d'être éventuellement présents pour expliquer leur prise en charge devant l'expert. La faute de service représente la différence entre le niveau de qualité ou de sécurité procuré à l'usager et celui qu'il est en droit d'espérer de tout service public.

2. Faute personnelle ou détachable du service

La faute personnelle ou détachable du service est soit totalement en dehors de l'activité professionnelle de l'agent (activité de soins en dehors de l'établissement tel que sur la voie publique ou dans l'entourage du médecin y compris sur le personnel de l'établissement en dehors du cadre d'une consultation) soit d'une telle gravité qu'elle sort de l'activité normale du service public et révèle un manquement volontaire et inexcusable à des obligations d'ordre professionnel et déontologique (abandon d'un malade sous anesthésie générale, refus de déplacement, violences sur un malade, ivresse, non respect des règles professionnelles).

Rapports anesthésistes- chirurgiens

Il n'est pas très loin le temps où le chirurgien était considéré comme le seul médecin avec qui le malade établissait un contrat de soins, nanti d'une compétence biblique dans tous les domaines. Ceci était confirmé par la jurisprudence de l'époque et le code de déontologie qui indiquait dans les années 1960 que « le chirurgien choisissait l'anesthésiste ». Le chirurgien est devenu ensuite dans les années 1970 « un chef d'équipe » à travers l'arrêt du 24 avril 1973 de « l'affaire Albertine SARRAZIN » où il était dit que le chirurgien devait informer l'anesthésiste des antécédents de la patiente et s'assurer qu'il les connaît. L'évolution actuelle s'est faite à partir d'un arrêt de la cour de cassation du 30 mai 1986 dans l'affaire

FARCAT. « *La surveillance postopératoire incombe au médecin anesthésiste et au*

chirurgien pour ce qui concerne leur spécialité respective, mais chacun est tenu et est seulement tenu d'une obligation générale de prudence et de diligence quant au domaine de compétence de l'autre. »

Les règles de déontologie dans l'article R 4 127-64 du CSP précisent « lorsque plusieurs médecins collaborent à l'examen ou au traitement d'un malade, ils doivent se tenir mutuellement informés, chacun des praticiens assume ses responsabilités personnelles et veille à l'information du malade »

A côté des problèmes purement réglementaires il convient d'insister sur l'importance des rapports humains entre les différents praticiens afin d'éviter des situations conflictuelles pouvant altérer la prise en charge des patients.

Ancien Décret du 11 février 2002 intégré au CSP relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'IADE (C. Meistelman. AGORA. Rennes 2005)

Ce décret stipule que l'IADE est seul habilité, à condition qu'un médecin anesthésiste réanimateur puisse intervenir à tout moment et après qu'un médecin anesthésiste réanimateur ait examiné le patient et établi le protocole à appliquer les techniques d'anesthésie générale ou locorégionale et de réanimation per opératoire. Le décret précise que l'IADE accomplit les soins et peut à l'initiative exclusive des médecins anesthésistes réanimateurs réaliser les gestes techniques qui concourent à l'application du protocole. L'un des principaux mérites de ce décret est de consacrer l'exercice exclusif de la profession à l'IADE titulaire du diplôme sanctionnant ses connaissances spécifiques.

Il est clairement spécifié que le médecin susceptible d'intervenir à tout moment doit être un MAR alors que le précédent décret du 15 mars 1993 ne parlait que de médecin sans préciser sa qualification. Le vieux mythe du chirurgien responsable de l'équipe a donc définitivement disparu. En dehors de ce point fondamental, une polémique est née de la rédaction du décret car l'IADE n'est plus habilité à "participer à l'application" mais à "appliquer" les techniques d'anesthésie. Certains ont alors considéré que le degré d'autonomie donné à l'IADE par le décret pouvait lui permettre de réaliser seul certains gestes voire l'anesthésie en elle-même. C'est oublier que le décret n° 94-1050 du 5 décembre 1994 a clairement défini le cadre dans lequel l'anesthésie se déroule. Le décret précise que le MAR est responsable du protocole d'anesthésie et de sa mise en œuvre. A l'initiative exclusive du MAR, l'IADE peut réaliser les gestes techniques d'anesthésie qui concourent à l'application du protocole. Concernant les anesthésies locorégionales, le décret est plus explicite qu'il n'y paraît. Il est précisé que "L'IADE est habilité à réaliser les réinjections dans les dispositifs mis en place par l'anesthésiste selon ses prescriptions écrites". Certains ont argumenté que l'IADE pourrait "par décision médicale pratiquer des rachianesthésies et même des péri bulbaires" en arguant du fait qu'il n'y a pas mise en place d'un dispositif et qu'il s'agit d'une injection unique. Il est très probable qu'en cas de complication d'une anesthésie locorégionale réalisée par un IADE, les magistrats seraient d'une sévérité extrême à l'égard de l'IADE et ce d'autant plus que ce dernier devrait justifier de sa formation spécifique à ces techniques. De plus se pose le problème de l'information du patient lors de la consultation d'anesthésie et de la loi de 2002 relative aux droits des patients. Ces derniers ayant droit à une information claire leur permettant de prendre une décision en toute connaissance de cause, on imagine mal un MAR expliquer au patient que l'anesthésie locorégionale sera réalisée par une autre personne qu'un MAR et non médecin de surcroît.

Pour résumer, en cas d'accident, le magistrat vérifiera l'adéquation entre l'acte incriminé et les exigences formulées par le texte, le non respect pouvant majorer la responsabilité de l'infirmier, même si l'acte a été demandé par un médecin.

En 2005, il apparaît à la lecture de l'ensemble des textes cités qu'un MAR ne peut prendre la responsabilité de l'anesthésie dans deux salles d'opération différentes qu'à la condition que l'induction anesthésique soit réalisée par lui-même ou par un IADE mais en sa présence. La surveillance per opératoire ne peut être réalisée que par lui-même ou un IADE. Il est désormais clair que l'hypothèse d'un MAR sur plus de deux salles d'opération quand bien même il y aurait un IADE dans chaque salle est à proscrire car en cas d'incidents simultanés un tel schéma d'organisation ne peut garantir la sécurité des patients. Comme le soulignent très justement C. Triboulet et M.P. Vinh, c'est à l'IADE d' "apprendre à dire non" quand les conditions de sécurité ne sont pas remplies quand bien même la direction de l'établissement accepterait de tels manquements à la sécurité (4). Maître P. Cohen, avocat au barreau de Paris note à propos de ce genre de situations : "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 potentielle de mise en danger des patients, entraînera nécessairement en cas d'accident non seulement la responsabilité du médecin anesthésiste réanimateur et/ou de l'IADE, mais également du chirurgien et de l'établissement qui ne pouvaient méconnaître les obligations réglementaires précitées et ont participé à la création d'une telle situation dangereuse, manquant à leurs propres obligations contractuelles envers les patients" (6).

De même, un IADE qui accepterait de réaliser seul une anesthésie en invoquant qu'un médecin demandeur d'un acte d'anesthésie le lui a ordonné alors que le MAR n'est pas présent et n'a pas donné son accord serait considéré comme responsable en cas de problème survenant lors de l'anesthésie sauf à l'IADE de démontrer qu'il y avait un caractère d'urgence extrême lié à un risque vital pour le patient en cas de non réalisation de l'anesthésie. Il pourrait alors s'appuyer sur l'article 13 du décret du 11 février 2002 qui stipule qu'en l'absence de médecin : "l'infirmier est habilité, après avoir reconnu une situation relevant de l'urgence ou de la détresse psychologique, à mettre en œuvre des protocoles de soins d'urgence préalablement écrits, datés et signés par le médecin responsable".

Ce cas de figure pourrait se poser en cas de MAR retenu par une autre urgence vitale en réanimation par exemple ou ne pouvant atteindre l'hôpital dans les délais les plus brefs. Il apparaît que dans ces conditions de survenue exceptionnelle d'urgence absolue, l'IADE est bien habilité à décider et à pratiquer les gestes à réaliser en attendant que le MAR puisse le rejoindre. Si ce cas de figure doit rester exceptionnel il démontre l'intérêt de la rédaction et de la mise en place de protocoles qui doivent alors être connus de tous et facilement disponibles en salle d'opération. Ces protocoles devront être réactualisés régulièrement et les utilisateurs avertis des modifications éventuelles. Parallèlement à ce problème du nombre de MAR disponibles au bloc opératoire, se pose la question de l'encadrement et de la délégation aux élèves IADE. Le fait de déléguer à un élève IADE seul la surveillance per opératoire d'un patient anesthésié est en violation de l'article 10 du décret n° 2002- 194. Pour participer aux activités d'anesthésie réanimation, un élève IADE doit obligatoirement être en présence d'un IADE ou d'un MAR. De même, un établissement qui, confronté à la pénurie ou à une surcharge d'activité, utiliserait un élève IADE pour surveiller des patients anesthésiés et ce sans encadrement serait pleinement responsable des conséquences en cas de problème.

Responsabilité de l'institution

A côté de la responsabilité de l'acte médical du praticien (geste chirurgical, radiologie interventionnelle, endoscopie ...) est désormais souvent mis en cause le mode de fonctionnement de l'établissement de soins. Dans le but d'améliorer la qualité de prise en charge du patient sont apparus des règles de bonnes pratiques professionnelles à travers des décrets et des circulaires élaborés par les différents acteurs de santé en collaboration avec les

sociétés savantes en particulier la société française d'anesthésie réanimation. A côté des différentes conférences de consensus concernant les techniques anesthésiques, des textes ont défini les principes de sécurité anesthésique tant du point de vue architectural (salle de réveil), matériel, personnel, qualification des intervenants que du mode de fonctionnement avec la constitution des conseils de bloc opératoire, de charte de bloc opératoire, d'établissement de programme opératoire en commun. Ce processus est actuellement poursuivi à travers l'accréditation qui garantit des plateaux techniques définis avec une démarche qualité tant dans la structure que dans le soin.

L'évolution de la formation continue et l'évaluation des pratiques professionnelles prendront dans les années une place importante dans la responsabilité médicale.

Place de l'expertise médicale

L'expert médical est un technicien au service de la justice. Cette activité est en pleine mutation et n'échappe pas à l'obligation de formation continue et à l'évaluation périodique des connaissances. L'expert, médecin en fin de carrière consacrant l'ensemble de son activité à cette activité est du domaine du passé. Là encore l'équipe médicale est présente avec de plus en plus souvent des collègues d'experts ou au moins l'appel à un saphiteur d'une spécialité concernée.

Cette collégialité est nécessaire à l'examen des différents éléments d'un dossier car l'accident d'anesthésie comme l'accident d'aviation est souvent multi factoriels. Tout y est étudié, le matériel, l'organisation, les intervenants. La conclusion n'est pas forcément la mise en cause systématique des médecins ou de l'établissement et la démarche principale est d'étudier si le comportement de l'équipe médicale a été conforme aux données actuelles de la médecine.

La loi du 4 mars 2002 a par ailleurs été un pas important dans la détermination de la responsabilité médicale car la notion « d'aléa thérapeutique » a été enfin reconnue. A travers cette reconnaissance existe enfin la possibilité de l'accident sans faute du praticien et la l'indemnisation éventuelle du patient sans pour autant culpabiliser le médecin pour toute sa carrière. Le choc anaphylactique est le modèle du genre dans notre spécialité.

RÉFÉRENCES

- Bacache M. L'obligation d'information du médecin. Médecine et droit 2005; 3-9
- Balagny E. Infirmier anesthésiste. Cadre réglementaire, exercice professionnel, responsabilité, Traité d'anesthésie générale à mises à jour périodiques. Dalens B, Arnette. 2001, pp 1-11
- Cohen P. Un anesthésiste, deux salles. Anesthésiologie 2004; 13-5
- Desmots JM. Problèmes médico-légaux en anesthésie réanimation, Anesthésie Réanimation chirurgicale. Samii K. Paris, Flammarion, 2003, pp 1282-9
- Galpérine M. Le décret d'actes et la responsabilité de l'infirmier anesthésiste. Oxymag 2002; 17-8
- Lienhart A, Gentili M, groupe contentieux de la Sfar. L'anesthésiste réanimateur et la justice: éléments de compréhension et conseils de la Sfar. AFAR 2002; 21: fi 108-fi 127
- Lubrano JJ, Hureau J. Quelques principes généraux. Le système juridictionnel français, L'expertise médicale en responsabilité médicale et en réparation du dommage corporel. Hureau J, Poitout D. Paris, Masson, 2005, pp 3-7

- Manaouil C, Graser M, Verrier A, Jardé O. Responsabilité de l'équipe médicale en droit administratif – Interactions avec le droit pénal et le droit civil : Revue générale de droit médical . N°14. 2004. Page 41 à 77.
- Meistelman C, Pertek J.P. Responsabilité professionnelle de l'IADE. AGORA. Rennes. 2005. Page 357 à 363
- Triboulet C, Vinh MP. Apprendre à dire non. Oxymag 2003; 21-2

- Décret n° 94-1050 du 5 décembre 1994 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 (troisième partie : Décrets).
- Circulaire DH/FH/n°2000-264 du 19 mai 2000 définissant l'obligation d'établir un programme opératoire