



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

EDITION DECEMBRE 2001

| | |
|---|----|
| PREFACE | 2 |
| PREAMBULE | 3 |
| 1. LES PRINCIPES DEONTOLOGIQUES | 4 |
| 1. 1. Généralités..... | 4 |
| 1. 2. L'obligation d'information | 6 |
| 2. PRINCIPES D'ORGANISATION | 8 |
| 2. 1. Les démarches qualité | 8 |
| 2. 2. Charte de fonctionnement des équipes anesthésiques et chirurgicales | 8 |
| 3. LES STRUCTURES..... | 9 |
| 3. 1. Etablissement public de santé..... | 9 |
| 3. 2. Etablissement de santé privé..... | 10 |
| 4. LA MISE EN ŒUVRE DES PRINCIPES DEONTOLOGIQUES ET D'ORGANISATION AUX RELATIONS ENTRE ANESTHESISTES-REANIMATEURS ET CHIRURGIENS OU AUTRES SPECIALISTES | 11 |
| 4. 1. Consultation pré-anesthésique..... | 11 |
| 4. 2. Consultation de cardiologie à la demande d'un autre médecin spécialiste à l'occasion d'une intervention requérant une anesthésie..... | 12 |
| 4. 3. Le programme opératoire | 12 |
| 4. 4. La surveillance post-interventionnelle | 13 |
| 4. 5. Les soins intensifs et la réanimation chirurgicale..... | 14 |
| 4. 6. L'hospitalisation | 14 |
| 4. 7. Pratique de l'anesthésie et de la sédation par des spécialistes non anesthésistes- réanimateurs..... | 15 |
| 4. 8. La chirurgie ambulatoire..... | 15 |
| 4. 9. Les transfusions sanguines | 16 |
| 5. SAGES-FEMMES, GYNECOLOGUES-OBSTETRICIENS ET ANESTHESISTES- REANIMATEURS | 17 |
| 6. LES INFIRMIER(E)S ANESTHESISTES DIPLOME(E)S D'ETAT | 18 |
| REMERCIEMENTS | 20 |

PREFACE

Depuis 1994 et la parution de ces recommandations, de nouvelles questions ont vu le jour, qui n'avaient pas été développées ou insuffisamment dans la précédente édition, par exemple à propos de l'information du patient. Par ailleurs, de nombreux textes réglementaires ayant un rapport direct avec les recommandations ont été publiés depuis lors. On citera, pour mémoire, le nouveau code de déontologie médicale (décret n° 95-1000 du 6 septembre 1995), le décret n° 94-1050 du 5 décembre 1994 sur la pratique de l'anesthésie dans les établissements de santé, les décrets n° 98-899 et 98-900 du 9 octobre 1998, sur les activités d'obstétrique, de néonatalogie ou de réanimation néonatale.

On doit également observer que les praticiens, de plus en plus troublés par les risques judiciaires qu'ils encourent dans la pratique de leur art, demandent l'aide de leur Ordre et de leurs organisations professionnelles.

Ces dernières années ont aussi été marquées par les initiatives des professionnels (élaboration de référentiels...) et des pouvoirs publics (accréditation...) en matière d'assurance qualité.

Enfin, le déclin annoncé de la démographie médicale dans certaines spécialités chirurgicales et surtout chez les anesthésistes-réanimateurs a également une incidence dans les relations entre médecins et rend impérieux l'amélioration des modes de fonctionnement mais aussi un relèvement du numerus clausus. Les situations sont très différentes d'un secteur à l'autre, d'un type d'établissement à l'autre, mais la pénurie fait déjà sentir ses effets ici et là.

Pour toutes ces raisons, une actualisation des recommandations a paru indispensable.

*Professeur Bernard HOERNI
Président du Conseil national de l'Ordre des médecins*

17 octobre 2001

PREAMBULE

Le développement sans précédent des techniques médicales au cours de la seconde moitié du XXe siècle a profondément modifié les conditions d'exercice de certaines spécialités.

Ainsi la pratique de l'anesthésie et de la réanimation est non seulement nécessaire à la réalisation de l'acte chirurgical, mais également à celle de bien des techniques instrumentales à visée diagnostique ou thérapeutique.

Ainsi, de partenaire traditionnel du chirurgien, l'anesthésiste-réanimateur est devenu le collaborateur privilégié d'un grand nombre de spécialistes.

Au sein de ces équipes, l'anesthésiste-réanimateur doit accomplir sa tâche en toute indépendance, comme le souligne le code de déontologie. Mais son statut de spécialiste à part entière est néanmoins exceptionnel, original et unique, car son action se confond dans le temps et dans l'espace avec celle du chirurgien ou du spécialiste avec lequel il accepte de collaborer.

Il en résulte un incontournable consensus qui est la seule garantie pour le patient du bon déroulement de l'acte dont il doit bénéficier.

Les changements progressifs engendrés par les progrès techniques ont pu être à l'origine de situations conflictuelles pouvant remettre en cause l'accomplissement de l'activité chirurgicale ou instrumentale dans des conditions normales de sécurité pour les patients et de sérénité dans les relations entre médecins.

Cette union sacrée ne dépend que des hommes, de leur capacité à dépasser des intérêts individuels au bénéfice de l'intérêt du patient qui reste la mission essentielle. Ce constat a été à l'origine des réflexions et des recommandations formulées par un groupe de travail, réuni à l'initiative de l'Ordre national des médecins.

Je remercie tous les spécialistes qui ont accepté de réaliser cette tâche difficile. Notre but a été de rappeler les responsabilités des uns et des autres dans cet exercice conjoint. Mais au-delà de ces règles, reste le souci qui doit animer les uns et les autres de travailler dans un esprit de respect mutuel. Elles doivent guider le comportement de tous ceux qui, par nature, ont accepté librement, parfois par nécessité, d'œuvrer ensemble dans cette mission de soins.

Tous les professionnels de santé concernés par cet exercice conjoint qui ont participé à ce travail sont conscients de cette évolution. Ils sont unanimes à souhaiter que, grâce à ces recommandations, ce travail d'équipe se déroule dans le meilleur esprit de confraternité.

*Professeur Bernard GLORION
Président du Conseil national de l'Ordre des médecins*

Mai 1994

1. LES PRINCIPES DEONTOLOGIQUES

1. 1. Généralités

Les règles du code de déontologie médicale s'appliquent entre confrères de disciplines différentes mais complémentaires. Elles n'ont rien de spécifique à l'anesthésie-réanimation ou à la chirurgie, même si certaines apparaissent plus sensibles, telles que l'absence de subordination ou les règles de confraternité.

On s'abstiendra, notamment en présence de tiers, de toute injure, insulte ou calomnie. Aucune pression d'ordre matériel ou moral ne doit être faite car elle serait susceptible d'entraver les libertés fondamentales du médecin ou de porter préjudice à la sécurité du patient.

L'anesthésiste-réanimateur, pas plus que le chirurgien ou d'autres spécialistes, ne doit entreprendre d'actes pour lesquels il n'est pas compétent. Le code de déontologie médicale prévoit le recours chaque fois que cela est nécessaire à un tiers compétent (article 32), et l'article 70 rappelle que le médecin ne doit pas intervenir dans des domaines qui dépassent ses connaissances, son expérience et les moyens dont il dispose.

Chirurgien et anesthésiste-réanimateur forment une équipe. Médecins de spécialités complémentaires, ils participent conjointement à la prise en charge du patient au cours de la période pré, per et post-opératoire, avec pour objectif de lui assurer la meilleure qualité des soins et la plus grande sécurité. Le chirurgien, habituellement premier consulté, organise la prise en charge du patient en ce qui concerne les soins chirurgicaux. La pratique d'une activité partagée, au bénéfice du patient, dans des locaux communs, nécessite la définition préalable, dans le respect mutuel, des compétences et des responsabilités de chacun, basée sur l'observance des règles de la déontologie médicale.

Ces principes s'appliquent également aux relations entre anesthésistes-réanimateurs et spécialistes des disciplines médicales nécessitant un recours à l'anesthésie-réanimation.

La réunion de plusieurs compétences autour du même patient implique que la décision ne puisse plus être individuelle mais collective, même si la responsabilité demeure individuelle (art. 64 du code de déontologie).

Le développement des consultations d'anesthésie a permis la reconnaissance par le patient de l'anesthésiste-réanimateur comme l'un des médecins participant à l'acte médical et consacre l'engagement de sa responsabilité directe envers le patient.

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.

La juridiction ordinale est particulièrement sévère dans les situations d'urgence et rappelle que la continuité des soins est due au patient quelles que soient les circonstances, l'article 47¹ du code de déontologie médicale ne prévoyant pas de gradation dans l'urgence.

De la même manière, un refus de collaboration ne peut être manifesté dans des conditions contraires à la confraternité: il suppose une information préalable entre praticiens qui doit être argumentée sur des éléments objectifs.

La collaboration entre praticiens comporte des exigences: l'article 64 du code de déontologie médicale prévoit que les praticiens qui prennent en charge un même patient doivent se tenir mutuellement informés. En aucun cas, des dissensions personnelles ne doivent altérer cette obligation.

L'échange d'informations réciproques entre l'opérateur et l'anesthésiste-réanimateur doit être le plus large possible, aussi bien par le dialogue que par la communication écrite.

Il appartient au chirurgien d'informer l'anesthésiste-réanimateur des constatations faites à l'occasion de son examen médical, y compris par écrit, et des propositions thérapeutiques qu'il a formulées, ainsi que d'éventuels examens complémentaires demandés. Il doit en particulier informer l'anesthésiste-réanimateur de l'importance de l'intervention et des conséquences de l'acte opératoire ou de l'abstention de l'acte opératoire. Ces observations sont valables également, en tant que de besoin, pour tout opérateur.

L'anesthésiste-réanimateur a, pour sa part, le devoir d'informer l'opérateur de toute contre-indication d'ordre anesthésique, temporaire ou définitive, à l'intervention, comme de toute difficulté particulière qu'il suspecterait.

L'opérateur doit tenir compte de l'avis de l'anesthésiste-réanimateur et ne peut lui imposer de pratiquer l'anesthésie contre sa conscience. Il ne peut non plus lui être imposé de pratiquer des actes contraires à ses convictions.

Dans le cadre des interruptions volontaires de grossesse un anesthésiste-réanimateur pourra faire jouer la clause de conscience et refuser sa participation (article 18 du code de déontologie.) On peut aussi noter qu'aux termes de la loi n° 2001-586 du 4 juillet 2001 relatif à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception, il est clairement mentionné qu'un médecin n'est jamais tenu de pratiquer (et donc de participer à) une stérilisation à visée contraceptive, mais qu'il doit informer l'intéressée de ce refus dès la première consultation.

1 « *Quelles que soient les circonstances, la continuité de soins aux patients doit être assurée.*

Hors le cas d'urgence et celui où il manquerait à ses devoirs d'humanité, un médecin a le droit de refuser ses soins pour des raisons professionnelles ou personnelles.


S'il se dégage de sa mission, il doit alors en avertir le patient et transmettre au médecin désigné par celui-ci les informations utiles à la poursuite de soins. »


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.

1. 2. L'obligation d'information

1 - Les principes en sont fixés par le code de déontologie médicale, notamment :


 **l'article 35** : « *Le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille, une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose. Tout au long de la maladie, il tient compte de la personnalité du patient dans ses explications et veille à leur compréhension...* » ;

 **l'article 36** : « *Le consentement de la personne examinée ou soignée doit être recherché dans tous les cas*

Lorsque le malade, en état d'exprimer sa volonté, refuse les investigations ou le traitement proposés, le médecin doit respecter ce refus après avoir informé le malade de ses conséquences

Si le malade est hors d'état d'exprimer sa volonté, le médecin ne peut intervenir sans que ses proches aient été prévenus et informés, sauf urgence ou impossibilité

Les obligations du médecin à l'égard du patient lorsque celui-ci est mineur ou un majeur protégé sont définies à l'article 42. » ;

 **l'article 64** : « *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...* »

2 - L'ANAES pour sa part recommande :

« Chaque médecin informe le patient de l'ensemble des éléments relevant de sa discipline, en situant ces derniers dans la démarche générale de soins. Il ne doit pas supposer que d'autres que lui ont déjà donné cette information. »

Le contenu de cette information est également précisé par l'ANAES : « *L'information, outre bien évidemment les réponses aux questions posées par le patient, doit prendre en compte la situation propre de chaque personne. Elle porte tant sur des éléments généraux que sur des éléments spécifiques :*

1. *l'état du patient et son évolution prévisible, ce qui nécessite des explications sur la maladie ou l'état pathologique, et son évolution habituelle avec et sans traitement ;*
2. *la description et le déroulement des examens, des investigations, des soins, des thérapeutiques, des interventions envisagés et de leurs alternatives ;*
3. *leur objectif, leur utilité et les bénéfices escomptés ;*
4. *leurs conséquences et leurs inconvénients ;*
5. *leurs complications et leurs risques éventuels, y compris exceptionnels ;*
6. *les précautions générales et particulières recommandées aux patients. »*

3 - Il incombe en conséquence :

- ☞ au chirurgien (ou tout autre opérateur) d'informer le patient sur sa maladie, son évolution sans traitement chirurgical, le motif et les modalités de l'intervention, ses avantages, ses conséquences, 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.

Toutefois, cette distinction schématique se heurte à plusieurs difficultés. Techniquement, les deux médecins étant amenés à intervenir en même temps sur le même patient, l'action de l'un influe nécessairement sur celle de l'autre. Psychologiquement, la distinction entre plusieurs spécialités n'est pas simple ni pertinente pour le patient. De plus, il n'est pas rare que celui-ci revienne sur un point abordé avec le premier médecin consulté. 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 patient de poser (ou reposer) les questions plus précises au spécialiste concerné. Cette règle de bonne pratique doit être conduite avec tact. Il serait en tout cas regrettable que le patient ait la sensation que le médecin esquive ses questions, s'en « débarrasse » sur son confrère ou qu'il existe une divergence d'appréciation entre les deux médecins.

L'information réciproque des praticiens, qui est aussi une obligation, ne sera pas développée ici, sauf pour ce qui concerne l'information du patient. Il découle en effet des préconisations précédentes que chaque médecin doit pouvoir prendre connaissance de ce dont le patient a été informé. Le dossier médical doit donc en conserver une trace écrite. Ce dossier doit également permettre à tout médecin devant apporter ses soins au patient de comprendre la nature de l'intervention chirurgicale, de la technique anesthésique et de l'éventuelle réanimation envisagées. Au cas où le médecin qui informe le patient n'est pas celui qui réalisera l'intervention ou l'anesthésie, ou assumera les suites opératoires, il aura soin d'en informer le patient et de faire en sorte que le(s) médecin(s) qui interviendra(ont) puisse(nt) disposer des renseignements nécessaires.

Charte de fonctionnement des équipes anesthésiques et chirurgicales

« L'acte » d'information nécessite pour sa satisfaction, comme tout acte médical, une bonne intelligence entre les médecins intervenants et le respect, sans exclusive, des compétences de l'autre.

Dans un domaine très particulier, la loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 portant sur l'interruption volontaire de grossesse a prévu qu'une mineure pouvait dans les conditions précisées par la loi consentir seule à une interruption volontaire de grossesse ainsi qu'aux actes médicaux et aux soins qui lui sont liés.

Ces termes renvoient, entre autres, aux actes d'anesthésie. Si le consentement est donné au médecin sollicité pour une interruption volontaire de grossesse, l'anesthésiste-réanimateur, également consulté dans ce cadre, devra cependant s'assurer qu'il a bien été obtenu.

2. PRINCIPES D'ORGANISATION

2. 1. Les démarches qualité

L'évolution de notre société engage les médecins vers une évaluation de leurs pratiques et vers des démarches qualité.

Parmi celles-ci, la principale pour les médecins est, à ce jour, l'accréditation des établissements de soins (décret n° 97-311 du 7 avril 1997). Dans ce cadre, la validation de procédures écrites sera la règle et il convient d'encourager les anesthésistes-réanimateurs, les chirurgiens et autres spécialistes ou professionnels de santé à rédiger ensemble et à cosigner des chartes de fonctionnement. Ces chartes prennent en compte les recommandations de bonne pratique clinique, notamment celles élaborées par les sociétés savantes ou les collèges de spécialité, et validées par l'ANAES. Ces chartes définissent précisément les rôles, les fonctions, l'organisation des pratiques et les responsabilités respectives des différents professionnels de santé.

On n'oubliera pas de citer le développement de l'évaluation des pratiques professionnelles qui a reçu une consécration législative et réglementaire pour les médecins libéraux.

2. 2. 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, et 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.

3. LES STRUCTURES

3. 1. Etablissement public de santé

A l'hôpital public, l'ensemble des activités des anesthésistes-réanimateurs s'exerce dans le cadre d'un service, qui reste la structure fondamentale du fonctionnement hospitalier au niveau d'un établissement. Dans les hôpitaux de grande dimension comportant plusieurs établissements, notamment dans les centres hospitaliers universitaires, plusieurs services d'anesthésie-réanimation peuvent se regrouper dans une structure fédérative permettant la mise en commun de la gestion, de la recherche et de l'enseignement. Dans les services de taille importante, il peut être justifié d'individualiser des unités fonctionnelles dont le responsable, en liaison étroite avec le service, peut assurer le fonctionnement au quotidien en prise directe avec le terrain et entretenir le dialogue avec l'équipe chirurgicale. Les anesthésistes-réanimateurs sont affectés par le chef du service d'anesthésie-réanimation à un service de chirurgie, en fonction des besoins, des possibilités et de leur compétence. Il est tenu compte dans toute la mesure du possible du souhait des intéressés. Les anesthésistes-réanimateurs affectés dans un service de chirurgie relèvent de l'autorité et de la responsabilité du chef de service d'anesthésie-réanimation, par l'intermédiaire éventuellement d'un responsable d'unité fonctionnelle. Cependant il est souhaitable que les anesthésistes-réanimateurs participent le plus largement possible aux activités du service de chirurgie où ils travaillent (réunions, symposium, travaux du service...). Les anesthésistes-réanimateurs doivent pouvoir disposer au sein de la structure chirurgicale des locaux qui leur sont nécessaires tels que bureaux, salles de stockage ou de rangement... indépendamment des locaux techniques spécifiques à l'anesthésie-réanimation tels que salle de pré-anesthésie, salle de surveillance post-interventionnelle, secteur de soins intensifs ou de réanimation.

Le médecin anesthésiste-réanimateur est responsable du fonctionnement de la salle de surveillance post-interventionnelle. Le rattachement administratif des secteurs de soins intensifs ou de réanimation chirurgicale, soit au service de chirurgie, soit au service d'anesthésie-réanimation, dépend du fonctionnement réel de ces structures, de la nature (type d'interventions, importance des altérations pathologiques) et de l'origine des patients qui y sont adressés.

Si le secteur de soins intensifs ou de réanimation chirurgicale est ouvert aux patients provenant de plusieurs services de chirurgie, il apparaît logique de le rattacher au service d'anesthésie-réanimation avec, suivant son importance, création ou non d'une unité fonctionnelle. Lorsque le secteur de soins intensifs ou de réanimation chirurgicale fait partie administrativement d'un service de chirurgie, il est souhaitable que les médecins anesthésistes-réanimateurs qui y travaillent voient reconnues leur responsabilité thérapeutique dans leur domaine de compétence et leur autorité médicale sur le personnel soignant. La désignation d'un praticien hospitalier d'anesthésie-réanimation responsable fait l'objet d'un accord entre le chef de service d'anesthésie-réanimation et le chef du service de chirurgie qui l'accepte.

3. 2. Etablissement de santé privé

Les relations entre le médecin anesthésiste-réanimateur et les spécialistes qui demandent son concours pour assurer des soins aux patients ne sont pas très différentes en pratique privée de ce qu'elles sont à l'hôpital public. On y retrouvera des conflits dont l'origine provient d'incompatibilités entre personnes et de carences ou de défaillances dans les organisations.

En revanche, certaines difficultés plus spécifiques peuvent surgir du fait de conflits d'intérêts et du caractère plus individualiste de l'exercice professionnel, en clinique privée.

La plupart de ces conflits tournent autour :

- de la fixation des honoraires. L'anesthésiste-réanimateur peut reprocher au chirurgien des honoraires élevés notamment pour des interventions fonctionnelles sortant du champ d'application de la sécurité sociale. Le chirurgien peut s'insurger contre des dépassements d'honoraires d'anesthésistes-réanimateurs du secteur II alors qu'eux-mêmes n'y ont pas accès, et inversement. Anesthésistes-réanimateurs comme chirurgiens choisissent librement leur secteur d'exercice conventionnel. Ils fixent leurs honoraires avec tact et mesure sur une note distincte (article 53 et 54 du code de déontologie). Le choix du secteur conventionnel ne devrait pas être un obstacle à la collaboration d'anesthésistes-réanimateurs et de chirurgiens exerçant dans des secteurs différents.

Dans le domaine des honoraires l'application de l'arrêté du 17 octobre 1996 relatif à la publicité des prix des actes médicaux et chirurgicaux à visée esthétique peut faire difficulté car le chirurgien chargé de remettre le devis ne connaît pas nécessairement les honoraires que va réclamer l'anesthésiste et n'a pas compétence pour les fixer.

- des critères de gestion. Diverses structures juridiques régissent le fonctionnement des établissements de santé privés. En fonction de leur statut de propriétaire ou d'actionnaire majoritaire, l'anesthésiste-réanimateur ou le chirurgien peut être tenté d'imposer des contraintes de fonctionnement incompatibles avec la sécurité des patients, les moyens de travail indispensables ou l'organisation souhaitable des activités.

La propriété de l'outil de travail et les intérêts légitimes qui s'y attachent ne sauraient justifier la privation de moyens indispensables à des patients (locaux, effectifs, équipements), ni l'établissement de contraintes abusives (article 71 du code de déontologie).

Le respect des règles de la déontologie médicale, la signature de contrats soumis préalablement à l'Ordre pour avis, la mise en place de conférences médicales, constituent les meilleures méthodes pour éviter l'apparition de conflits susceptibles de dégénérer entre confrères.

4. LA MISE EN ŒUVRE DES PRINCIPES DEONTOLOGIQUES ET D'ORGANISATION AUX RELATIONS ENTRE ANESTHESISTES-REANIMATEURS ET CHIRURGIENS OU AUTRES SPECIALISTES

4. 1. Consultation pré-anesthésique

La consultation pré-anesthésique a été rendue obligatoire par le décret n° 94-1050 du 5 décembre 1994² pour tout patient dont l'état nécessite une anesthésie générale ou loco-régionale. Elle permet d'obtenir du patient un consentement libre et éclairé. Le consentement sera libre, en effet, dès lors que la consultation comme la réglementation le prévoit est faite à distance de l'intervention et permet de récuser l'une des modalités anesthésiques proposées ou même l'anesthésiste-réanimateur. Il sera éclairé puisque l'anesthésiste-réanimateur informe directement le patient des risques encourus et répond aux questions qu'il lui pose.

Il apparaît donc 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.

La consultation pré-anesthésique sera développée, en accord avec les chirurgiens et le cas échéant les autres spécialistes concernés, de manière à s'intégrer dans une procédure commune d'évaluation préopératoire. La consultation pré-anesthésique est réalisée sitôt après la consultation de l'opérateur ou de façon différée. Il est souhaitable de laisser au patient le temps de réfléchir ou de prendre ses dispositions.

Les anesthésistes-réanimateurs doivent pouvoir disposer de locaux et de moyens adéquats et de possibilités de secrétariat. Ce secrétariat peut être celui du service d'anesthésie-réanimation ou celui du service de chirurgie, mais ce point doit faire l'objet d'un accord et être clairement précisé.

Dans l'intérêt de tous et notamment du patient, il est préférable que le médecin anesthésiste qui procède à la consultation effectue lui-même la visite pré-anesthésique et l'anesthésie. Lorsque cela est impossible, il est indispensable qu'il en informe le patient. Le médecin anesthésiste-réanimateur effectuant l'anesthésie prend alors connaissance du dossier médical et se présente au patient avant l'intervention, à l'occasion de la visite pré-anesthésique. Dans cette hypothèse, on n'insistera jamais assez sur la qualité et la lisibilité du dossier médical, même si cette recommandation est valable pour toutes les situations.

La multiplication injustifiée des intervenants dilue les responsabilités, nuit à la cohésion des équipes et augmente les risques de défauts de communication.

² décret codifié dans le code de la santé publique sous les articles D 712-40 à D 71251

4. 2. Consultation de cardiologie à la demande d'un autre médecin spécialiste à l'occasion d'une intervention requérant une anesthésie

Cette consultation peut être demandée par l'opérateur, l'anesthésiste-réanimateur ou même les deux.

Il importe ici de retenir quatre principes de collaboration

1 – La demande faite au consultant doit être précise et les réponses en rapport avec les questions posées.

Le consultant informera, le cas échéant, le patient qu'en raison de son état de santé une nouvelle discussion avec l'anesthésiste-réanimateur et/ou avec le chirurgien s'impose avant toute décision définitive.

2 – Anesthésistes-réanimateurs et opérateurs doivent se tenir mutuellement informés des demandes de consultation qu'ils ont faites et de leur résultat.

3 – La décision finale de l'indication d'anesthésie et de ses modalités relève de la responsabilité du médecin anesthésiste-réanimateur.

4 – Dans certaines situations des désaccords se manifestent entre les différents intervenants sur la conduite à tenir. Si chacun doit assumer ses responsabilités dans son domaine de compétence, il faut aussi réaffirmer qu'une concertation réelle et sérieuse doit précéder les décisions à prendre.

4. 3. Le programme opératoire

En vertu de l'article 1 § 3 du décret n° 94-1050 du 5 décembre 1994, (article D.712-42 du code de la santé publique), le tableau fixant le programme opératoire doit être établi par les médecins réalisant les interventions, les médecins anesthésistes-réanimateurs concernés et le responsable de l'organisation du secteur opératoire. Il doit tenir compte des disponibilités de chacun, et on ne saurait imposer au médecin anesthésiste-réanimateur d'entreprendre plusieurs anesthésies simultanément.

Le programme opératoire est réalisé conjointement par les chirurgiens, les spécialistes, les anesthésistes-réanimateurs et les responsables du bloc opératoire, en tenant compte des disponibilités de chacun, des impératifs d'hygiène, de sécurité et d'organisation du fonctionnement du bloc opératoire. Les horaires et ordre de passage doivent être définis d'un commun accord et la ponctualité s'impose à chacun des membres de l'équipe.

Il est recommandé que le programme soit écrit, au plus tard, la veille et signé par un responsable désigné par les chirurgiens et le cas échéant les autres spécialistes concernés, les anesthésistes-réanimateurs et le responsable du bloc opératoire.

Le programme doit tenir compte des interventions qui pourraient être ajoutées du fait de l'entrée de patients en urgence. La gestion de ces urgences doit être définie à l'avance dans l'organisation générale du fonctionnement de l'établissement et du bloc opératoire.

Dans ce domaine, on doit saluer l'initiative des pouvoirs publics qui ont prévu la mise en place de conseils de blocs opératoires dans les établissements publics de santé. On peut espérer que ces conseils deviennent rapidement opérationnels et se mettent aussi en place dans les établissements privés.

4. 4. La surveillance post-interventionnelle

Le réveil fait partie intégrante de l'anesthésie dont il constitue l'un des temps les plus périlleux.

Le fonctionnement de la salle de surveillance post-interventionnelle doit donc être considéré comme prioritaire et les moyens en locaux, matériel et personnels, assurés aux anesthésistes-réanimateurs. Ces moyens sont énumérés dans le code de la santé publique à l'article 1 § 4 du décret n° 94-1050 du 5 décembre 1994 (articles D.712-47 et D.712-49.)

Le suivi de l'opéré en salle de surveillance post-interventionnelle est réalisé sous la surveillance conjointe du chirurgien (ou du spécialiste concerné) et de l'anesthésiste-réanimateur. L'anesthésiste-réanimateur devra préciser par écrit la nature et le rythme des actes de soins et de surveillance ordonnés.

Les prescriptions du chirurgien concernant la période post-opératoire immédiate, telles que la surveillance des drains, de la plaie opératoire, des aspirations... doivent figurer par écrit sur le même document qui sera versé au dossier médical du patient.

Le personnel dévolu à la salle de surveillance post-interventionnelle devra indiquer la réalisation de chacun de ses actes, l'évolution des paramètres surveillés et noter l'heure d'entrée et de sortie de la salle de surveillance post-interventionnelle sur un document qui devra suivre le patient lorsqu'il sera reconduit dans le secteur d'hospitalisation.

La sortie du patient de la salle de surveillance post-interventionnelle ne peut être décidée que par le médecin anesthésiste-réanimateur après un examen de l'état de conscience et des fonctions vitales de l'opéré.

L'orientation du patient au sortir de la salle de surveillance post-interventionnelle vers le secteur d'hospitalisation ou de soins intensifs est une décision commune tenant compte aussi bien des impératifs chirurgicaux qu'anesthésiques.

4. 5. 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.

Les prescriptions médicamenteuses doivent faire l'objet d'un protocole écrit précisant les domaines d'intervention et de responsabilité de chacun. Pendant tout le séjour du patient dans ces secteurs, le personnel infirmier devra réaliser des prescriptions venant soit de l'anesthésiste-réanimateur, soit du chirurgien. Il est donc indispensable que ces prescriptions soient clairement exprimées par écrit, datées et signées, comme l'impose, de façon générale, le décret n° 93-221 du 16 février 1993 relatif aux règles professionnelles des infirmiers et infirmières.

Cela est particulièrement indiqué dans le cas des prescriptions d'antibiotiques et d'anticoagulants, dont les conséquences peuvent être lourdes en cas de complications post-opératoires qui engagent la responsabilité des prescripteurs. Il en est de même pour la prescription des examens biologiques ou radiologiques post-opératoires, et de leur interprétation, qui ne doit pas être anonyme mais visée par le prescripteur.

L'entrée et la sortie des patients des secteurs de soins intensifs et de réanimation chirurgicale se feront sur la base d'un accord conjoint.

4. 6. 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. La multiplicité des intervenants est source de confusions, d'erreurs de transmission parfois préjudiciables à l'état des patients. Plutôt que des accords tacites, même admis par tous, il est recommandé d'établir des règles de fonctionnement définies après concertation entre tous les intervenants, admises et formalisées dans un document de référence.

En fonction des façons de travailler de l'équipe, les protocoles thérapeutiques préciseront des modalités strictes ou une politique plus générale de prescription dans le but de préserver un plus large espace de liberté. Les prescriptions devront être consignées par écrit.

Anesthésistes-réanimateurs et chirurgiens ou autres opérateurs interviennent chacun dans leur domaine de compétence, mais en situation d'urgence, la diligence et la déontologie médicale excluent qu'un médecin se retranche derrière sa spécialité pour s'exonérer de sa mission d'assistance en cas de complication post-opératoire quelle qu'en soit la nature.

4. 7. Pratique de l'anesthésie et de la sédation par des spécialistes non anesthésistes-réanimateurs

Une mise en garde s'impose : comme il a été précisé au chapitre 1.1, chaque médecin doit se limiter à son domaine de compétence, sauf circonstances exceptionnelles. Il y va de la sécurité des patients et l'article 40 du code de déontologie médicale interdit au médecin de leur faire courir un risque injustifié.

Ces principes trouvent ici un retentissement tout particulier, compte tenu de la dangerosité des produits anesthésiques et de la nécessité de maîtriser les techniques de réanimation. Il apparaît donc contraire à la déontologie et au code de la santé publique (articles D 712-40 et suivants) qu'une anesthésie générale ou loco-régionale puisse être mise en œuvre sans anesthésiste-réanimateur.

L'anesthésie locale ou la sédation qu'un chirurgien ou tout autre opérateur peut effectuer requiert une formation, une expérience ou des connaissances particulières et, le cas échéant, le concours de l'anesthésiste-réanimateur. Il importe alors de fixer les règles de cette coopération. Un règlement écrit doit déterminer, dans les différentes situations possibles, les modalités de l'intervention de l'anesthésiste-réanimateur. L'anesthésiste-réanimateur et le chirurgien ou le spécialiste concerné doivent s'entendre, selon l'indication et la technique d'anesthésie locale, sur l'opportunité d'une consultation pré-anesthésique, d'une prémédication, d'une présence de l'anesthésiste en précisant son caractère d'obligation ou de recours éventuel, du passage éventuel en salle de surveillance post-interventionnelle, et enfin d'un traitement antalgique post-opératoire.

On notera, par ailleurs, les spécificités de l'exercice cardiologique au sein d'une unité de soins intensifs en cardiologie, dans laquelle les cardiologues ont à la fois la connaissance et la pratique de la réanimation.

En conclusion, soit un acte médical, quel qu'il soit, nécessite un médecin anesthésiste, soit il ne le requiert pas, mais les situations intermédiaires sont à éviter tant pour la sécurité des patients que pour l'organisation et la programmation des soins.

4. 8. La chirurgie ambulatoire

La chirurgie ambulatoire est une chirurgie programmée, organisée, exigeant donc une logistique stricte. Du fait de sa très courte durée de séjour, le patient est nécessairement plus encore au centre du fonctionnement de la structure, défini par le décret n° 92-1102 du 2 octobre 1992, codifié sous les articles D 712-30 à D 712-34 du code de la santé publique.

Contraintes :

- amplitude de l'ouverture des services limitée à 12 H;

- présence minimale permanente d'un médecin qualifié et en sus présence permanente dans la structure d'un médecin anesthésiste-réanimateur.

Le patient doit être informé par l'opérateur des suites de l'intervention et des modalités du traitement à suivre. Il reçoit à sa sortie et avant son départ un bulletin signé par un médecin de la structure qui mentionne l'identité des personnels médicaux ayant participé à l'intervention, et les recommandations sur la conduite à tenir en matière de surveillance post-opératoire ou anesthésique (article D 712-33).

Tout ceci explique les contraintes auxquelles anesthésistes-réanimateurs et opérateurs sont exposés, obligeant à une stricte observance du règlement intérieur défini en commun qui précise notamment le fonctionnement médical général de la structure (il comportera par exemple les modalités de la sortie concertée du patient) et l'organisation des présences et permanence des personnels nécessaires à son fonctionnement (article D 712-34) qu'un médecin coordonnateur sera chargé de faire respecter.

4. 9. 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 pré-anesthésique 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.

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.

Dans tous les cas, les documents doivent porter le nom (lisible) du prescripteur et il est souhaitable que le dossier médical porte la trace du motif de la transfusion. La responsabilité de la transfusion étant fonction de l'organisation de l'établissement, il est souhaitable qu'un règlement intérieur précisant cette organisation aborde spécifiquement la question de la transfusion sanguine des patients chirurgicaux.

5. SAGES-FEMMES, GYNECOLOGUES-OBSTETRICIENS ET ANESTHESISTES-REANIMATEURS

Les sages-femmes font partie des professions médicales inscrites au code de la santé publique. Elles possèdent ainsi leur Ordre et leur code de déontologie. Cette profession médicale est régie par des textes législatifs et des textes réglementaires déterminant leurs règles d'exercice professionnel et fixant le matériel qu'elles peuvent employer et les médicaments qu'elles peuvent prescrire.

En cas d'accouchement dystocique ou de suites de couches pathologiques, elles doivent appeler le gynécologue-obstétricien de garde ou d'astreinte pour la maternité.

Pour tous les actes autorisés (réfection d'épisiotomie non compliquée...) susceptibles de nécessiter une anesthésie autre qu'une anesthésie locale, elles doivent appeler un médecin anesthésiste-réanimateur. Pour tous les autres actes, la prescription d'intervention doit être faite par le médecin gynécologue-obstétricien, le choix de la technique anesthésique revenant à l'anesthésiste-réanimateur.

La demande d'analgésie périmédullaire, peut provenir, pour un accouchement présumé normal, de la parturiente préalablement vue en consultation pré-anesthésique. Dès lors que son principe a été accepté par l'équipe obstétricale, la sage-femme apprécie l'opportunité du moment de sa réalisation et transmet la demande au médecin anesthésiste-réanimateur. La demande d'analgésie périmédullaire pour cause médicale ou obstétricale, est effectuée par le gynécologue-obstétricien.

La décision de sa réalisation et de la technique est prise par le médecin anesthésiste-réanimateur. Si une parturiente n'a jamais consulté dans la maternité où elle accouche, la demande d'analgésie périmédullaire est faite par le gynécologue-obstétricien, sa réalisation est subordonnée aux données de la consultation pré-anesthésique effectuée en urgence et aux résultats d'éventuels examens de laboratoire.

La sage-femme s'assure de la disponibilité des personnels médicaux de garde ou d'astreinte pour la maternité. Une charte doit préciser les conditions permettant de s'assurer de la disponibilité des praticiens de garde ou d'astreinte en salle de naissance, à intervenir en temps utile.

Le médecin anesthésiste-réanimateur, s'il le juge nécessaire, prend contact avec le médecin gynécologue-obstétricien.

La sage-femme est autorisée à participer à l'entretien de l'analgésie locorégionale pratiquée en dehors de la période d'expulsion, à condition qu'un médecin anesthésiste-réanimateur soit à tout moment disponible à proximité de la salle d'accouchement. Elle peut pratiquer les réinjections par la voie du dispositif mis en place par le médecin anesthésiste-réanimateur, à condition que la première injection ait été réalisée par le médecin lui-même. Les modalités de réinjection, les temps de sécurité entre deux injections, les posologies de médicaments et/ou le réglage du débit des pompes automatiques, l'ablation du cathéter péridural s'effectuent sur prescriptions du médecin anesthésiste-réanimateur, écrites et signées ou selon des protocoles de soins validés et accessibles à tous.

La surveillance de l'analgésie péridurale par la sage-femme suppose sa disponibilité et sa compétence. Ainsi, lorsqu'elle a en charge la surveillance d'un accouchement sous péridurale (surveillance des paramètres physiologiques, des effets analgésiques, de l'évolution du travail), elle ne peut être contrainte d'accomplir d'autres soins à d'autres parturientes. Tous les événements particuliers au cours de cette surveillance sont consignés dans le dossier d'anesthésie.

De façon générale, la tenue d'un dossier médical rempli par les différents intervenants et comprenant l'ensemble des données intéressant le déroulement de l'accouchement permet d'améliorer la prise en charge de la parturiente.

Pendant tout le séjour de la parturiente en salle de naissance, le médecin anesthésiste-réanimateur, ainsi que le gynécologue-obstétricien restent disponibles et interviennent dans des délais compatibles avec l'impératif de sécurité pour faire face à toute complication maternelle ou fœtale.

Toute sage-femme qui estime ne pas être en mesure de pratiquer cette technique dans les meilleures conditions de technicité et de sécurité, est légitimement en droit de refuser la prise en charge d'un tel acte.

Il est recommandé que dans chaque établissement, des réunions de concertation entre médecins anesthésistes-réanimateurs, gynécologues-obstétriciens et sages-femmes soient organisées afin d'élaborer des chartes de fonctionnement du bloc obstétrical et des protocoles de soins. Une information régulière doit être effectuée par les médecins anesthésistes-réanimateurs auprès des sages-femmes, sur les nouveaux produits utilisés et leur répercussion sur la surveillance effectuée par les sages-femmes.

6. LES INFIRMIER(E)S ANESTHESISTES DIPLOME(E)S D'ETAT

Les infirmier(e)s anesthésistes diplômé(e)s d'État (IADE) sont les collaborateurs des médecins anesthésistes-réanimateurs. Leur formation et leurs compétences sont régies par des textes réglementaires.

L'anesthésie est un acte médical qui ne peut être pratiqué que par un médecin anesthésiste-réanimateur qualifié. L'IADE aide le médecin anesthésiste-réanimateur dans sa tâche mais ne peut pas entreprendre seul une anesthésie de quelque type que ce soit en l'absence d'un médecin qualifié en anesthésie-réanimation.

L'IADE est sous la responsabilité exclusive du médecin anesthésiste-réanimateur et/ou du chef de service d'anesthésie-réanimation. Aucun autre spécialiste ne peut se substituer à eux et autoriser ou obliger l'IADE à exercer seul. Le médecin anesthésiste-réanimateur peut confier à l'IADE, temporairement, sous sa propre responsabilité, la surveillance d'un patient anesthésié, ne constituant pas un risque particulier, et à condition qu'il soit à tout moment immédiatement joignable et disponible à proximité de la salle d'opération. L'IADE est également habilité à participer à toute anesthésie locorégionale et à pratiquer des réinjections dès lors que le dispositif d'injection a été posé par un médecin anesthésiste-réanimateur et sur prescription écrite des médicaments et des posologies.

En cas de mise en œuvre d'un protocole écrit de soins d'urgence ou d'actes conservatoires accomplis jusqu'à l'intervention d'un médecin, l'IADE remet à ce dernier un compte rendu écrit, daté et signé, conformément aux textes réglementaires.

L'anesthésiste-réanimateur doit pouvoir être assisté s'il le juge nécessaire par un autre médecin et/ou un IADE, en particulier en début et fin d'anesthésie, lors des moments délicats de l'intervention ou de complications, et d'une manière plus générale lors de toute intervention présentant un risque spécifique. Dans tous les cas, la présence d'un médecin anesthésiste-réanimateur auprès d'un IADE est nécessaire.

Outre leurs activités au bloc opératoire, la compétence technique et les connaissances des IADE leur permettent d'intervenir en salle de surveillance post-interventionnelle, d'assurer le transport des patients anesthésiés ou réanimés à l'intérieur de l'établissement, d'exercer dans les secteurs de soins intensifs et de réanimation chirurgicale. Dans tous les cas, l'IADE est sous la responsabilité médicale d'un anesthésiste-réanimateur.

L'article 1 paragraphe 4 du décret n° 94-1050 du 5 décembre 1994 (article D 712-49 du code de la santé publique) impose la présence permanente en salle de surveillance post-interventionnelle d'au moins un infirmier diplômé d'Etat formé à la surveillance post-interventionnelle, si possible infirmier anesthésiste diplômé d'Etat (IADE).

Lorsque la salle dispose d'une capacité égale ou supérieure à six postes occupés, l'équipe paramédicale doit comporter au moins deux agents présents dont l'un est obligatoirement un infirmier diplômé d'Etat formé à ce type de surveillance, si possible IADE.

Ce personnel paramédical est placé sous la responsabilité médicale d'un médecin anesthésiste-réanimateur qui doit pouvoir intervenir sans délai.

Les IADE peuvent également participer aux transports inter ou intra-hospitaliers des patients, et pratiquer les gestes concourant à la mise en place sur prescription et indication du médecin de l'équipe d'intervention. Le service mobile d'urgence et de réanimation (SMUR) est un service médicalisé. L'IADE ne peut assurer seul ces transports.

Un certain nombre de responsabilités demeurent du ressort exclusif du médecin anesthésiste-réanimateur dans ses rapports avec l'infirmier anesthésiste, telles que :

- la consultation pré-anesthésique, qui est de la compétence de l'anesthésiste-réanimateur même si celui-ci peut s'entourer d'autres avis spécialisés (cardiologue, pneumologue...);
- la prescription de l'anesthésie incluant le choix du type d'anesthésie (générale, loco-régionale), des agents anesthésiques et des modalités de surveillance;
- le geste technique permettant la réalisation d'une anesthésie loco-régionale (bloc tronculaire, bloc plexique, rachianesthésie, anesthésie péridurale ou caudale, anesthésie locale intraveineuse);
- la prescription de médicaments ou de transfusions rendus nécessaires par l'état du patient en cours d'anesthésie;
- la mise en œuvre de techniques invasives (pose de voies veineuses profondes, sondes de Swan-Ganz)
- la prescription de soins et des examens post-opératoires;
- la décision de sortie de la salle de surveillance post-interventionnelle.

REMERCIEMENTS

Le Conseil national de l'Ordre des médecins tient à exprimer sa gratitude à toutes les personnes qui ont apporté, sous la conduite du Pr. Bernard GLORION, leur concours à l'actualisation de ses recommandations au cours des réunions qui se sont déroulées, les 12 janvier, 23 février, 21 mars, 6 avril et 29 juin 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

Nous tenons à remercier tout particulièrement le Pr. André LIENHART, Président de la Société française d'anesthésie et de réanimation et le Pr. Pierre-Louis FAGNIEZ, président de la Section de chirurgie digestive au Conseil national des Universités pour la constance de leur collaboration et la pertinence de leurs réflexions.