UNIVERSITÉ DE PARIS

FACULTÉ DE MÉDECINE

CHAIRE DE TECHNIQUE CHIRURGICALE

PROFESSEUR : M. P. MOULONGUET

COURS D'ANESTHÉSIOLOGIE

EDITION ENTIÈREMENT REFONDUE

SEPTIÈME FASCICULE

ANNÉE SCOLAIRE 1949-1950

COMITÉ PARISIEN DES ŒUVRES EN FAVEUR
DE LA JEUNESSE SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE

Tél. : ODÉon 06-70 et 06-71 15, Rue Soufflot, PARIS (5e)

Service des Cours Polycopiés

73° Leçon

ORGANISATION DE L'ANESTHESIOLOGIE EN FRANCE

PROBLEMES MEDICO-LEGAUX DE L' ANESTHESIOLOGIE

par le Pr. P. Moulonguet.

Nous allons traiter aujourd'hui de deux questions connexes : l'organisation de l'anesthésiologie en France et les problèmes médico-légaux posés par l'anesthésiologie.

L'anesthésiologie : Rappelons-en tout d'abord les tâches multiples. En quoi consistent-elles ? Comme vous le savez, l'anesthésiologie a un champ beaucoup plus vaste que l'anesthésie proprement dite, puisqu'elle embrasse d'abord l'examen du malade avant l'opération, le choix de l'anesthésique (qui sera fait en accord avec le chirurgien), puis la préparation qu'on appelle pré-anesthésie, l'anesthésie, et pendant l'anesthésie la surveillance de l'état général du malade, la prévention du choc opératoire : ce qu'on appelle la réanimation per-opératoire ou peranimation; ensuite la surveillance des suites immédiates : phase quelquefois critique, qui comporte le transport de l'opéré, l'installation dans son lit, au cours de laquelle peuvent survenir des incidents graves, qui nécessitent la présence de l'anesthésiologiste au chevet du malade; enfin, l'anesthésiologiste devra encore surveiller, les jours suivants, les troubles de l'état général qui ne sont pas directement en rapport avec le foyer opératoire et que le chirurgien a intérêt à laisser à la direction de l'anesthésiologiste : j'entends par là surtout le maintien de la tension artérielle, les incidents au niveau de l'appareil respiratoire, et les troubles portant sur tous les métaboliames.

On vous a parlé de tout cela très longuement ces temps-ci et vous savez maintenant que tout ce domaine vous appartient. Vous voyez donc la complexité du rôle de l'anesthésiologiste, et c'est pour cela que, dans cet enseignement, il est prévu, en sus de la série de cours qui se termine aujourd'hui, des travaux pratiques qui portent plus spécialement sur la réanimation. Ils vous seront faits par le Docteur Moullec et vous serez convoqués, par séries, pour apprendre à tester les groupes sanguins, à préparer le sang conservé, bref, pour recevoir des notions pratiques sur toutes ces questions. Il y a enfin des stages qui s'étagent sur deux ans et comportent des stages d'anesthésie proprement dite et des stages dans des services où la réanimation et l'hémobiologie ont une importance particulière, parce que ce sont des services où on fait de la chirurgie d'avant-garde : rappelez-vous ce que M. le Brigand vous a exposé sur les problèmes de la réanimation appliquée à la chirurgie des malformations cardio-vasculaires. Vous voyez que cet enseignement cherche à répondre aux différentes nécessités de l'anesthésiologie.

Tout ceci doit vous conduire à exercer une spécialité, spécialité nouvelle, qui est, comme il apparait d'après l'exposé que je viens de vous faire, axée sur la chirurgie.

Nous verrons tout à l'heure qu'il existe une spécialité voisine, l'hémobiologie, qui n'a pas cette orientation exclusive vers la chirurgie.

Si vous le voulez bien, nous allons prendre la pratique de cette anesthésiologie dans deux circonstances: la pratique privée, et la pratique hospitalière.

Commençons donc par la pratique privée. Etes-vous seuls autorisés à donner l'anesthésie ? - Non. L'anesthésie appartient à tous les médecins et il est certain que l'orientation générale des esprits n'est pas du tout vers un monopole qui vous serait accordé. L'Ordre des médecins n'a pas l'intention d'enlever aux médecins le droit et la possibilité de donner des anesthésies. Il y a plus, car il n'est pas dit non plus que l'anesthésie ne peut pas être donnée par un non médecin, par une infirmière auxiliaire anesthésiste par exemple. C'est peut-être très regrettable. Nous en discuterons, mais les choses sont ainsi : l'anesthésie peut être donnée, sous la responsabilité du chirurgien, par un non médecin. Voilà l'état des choses actuellement.

Mais il y a un fait nouveau, c'est que la Sécurité Sociale, qui est l'organe payeur en quelque sorte, dont vous aurez par conséquent à vous occuper pour vivre, n'admet la signature authentifiant l'anesthésie, que si c'est la signature d'un médecin spécialiste. Et de plus en plus, la Sécurité Sociale fait un contrôle et n'accepte de rémunérer l'anesthésie que si elle a été donnée par un spécialiste authentifié, parce qu'il a le certificat d'étude spéciale d'anesthésiologie, ou bien parce qu'il aura été qualifié par une commission, qui est en voie de se constituer, et qui dressera la liste des anesthésiologistes déjà confirmés, qui ne sont pas en âge ni en situation de refaire des études. Je répète, pour que vous compreniez bien, qu'on peut actuellement accéder de deux façons à l'anesthésiologie : ou en faisant les études que nous sommes actuellement chargés de vous donner, ou bien en étant qualifié par les commissions régionales et nationale de contrôle, dont l'action sera sans mi doute temporaire.

Du reste, le mot spécialiste n'est pas tout à fait exact ici, tel que je viens de l'employer, car en réalité, d'après la définition qui a été donnée par le Conseil de l'Ordre, l'anesthésiologie représente une compétence. La différence est que les compétents ne s'interdisent pas l'exercice de la médecine générale en sus du domaine spécial où ils sont qualifiés, tandis que les spécialistes s'interdisent d'exercer tout acte médical en dehors de leur spécialité. Voilà tout au moins où l'on en est en ce moment-ci et je ne pense pas que l'on puisse envisager de changement prochain à ce sujet.

L'anesthésiologiste, donc, ne s'interdit pas l'exercice de la médecine. Puisque vous serez précisément compétent et non, au propre sens, spécialiste, vous ne serez pas obligé d'abandonner systématiquement toute autre activité médicale. Je vais y revenir.

Comment la Sécurité Sociale rémunère-t-elle l'anesthésie ? Vous le savez peut-être : elle rémunère seulement les anesthésies en circuit fermé et les anesthésies intra-veineuses continues. Ces anesthésies-là, elle les rémunère au taux de 2/IO du K opératoire, si le K opératoire est compris entre 50 et IOO. Elle les rémunère 3/IO si le K opératoire est plus grand que IOO. Par conséquent, pour une intervention qui vaut K 80, l'anesthésiologiste qui a signé la feuille et qui est autorisé comme spécialiste, tou-

chera K I6. Pour une intervention qui vaut K I20, l'anesthésiologiste qui a signé la feuille et qui y est autorisé en tant que spécialiste, touchera les 3/IO : 3xI2, c'est-à-dire 36. Voilà comment c'est organisé actuellement.

D'autre part, les actes de réanimation comportent le groupage des malades, qui est coté B IO, et B 25 s'il y a détermination du facteur rhésus, et la pratique de la transfusion (prélèvement de sang et perfusion) qui est cotée K 20 la première fois et K IO les transfusions suivantes.

Arrivons-en maintenant à l'application précise de cette pratique civile.

Les uns seront anesthésiologistes d'un chirurgien. Il faut reconnaître que pour qu'un chirurgien puisse faire vivre à lui seul un anesthésiologiste, il faut qu'il ait une pratique considérable. Par conséquent tous vous ne pourrez pas être attachés à la pratique d'un seul chirurgien. D'autres pourront être anesthésiologistes de plusieurs chirurgiens, ou anesthésiologistes dans une ville en relation, en bons termes avec divers chirurgiens qui s'arrangent entre eux pour partager vos services. D'autres encore pourront être anesthésiologistes d'une région, là où cette spécialité n'est pas encore très répandue. D'autres encore pourront être anesthésiologistes dans une clinique, attachés dans cette clinique à plusieurs chirurgiens et préparant, endormant et soignant les malades de ces différents chirurgiens. Toutes ces formules peuvent se concevoir.

D'autre part, comme je vous le disais tout à l'heure, l'anesthésiologie est une compétence et par conséquent on peut admettre aussi, la formule est moins bonne et peut être temporaire, un anesthésiologiste qui ne serait pas assez occupé et qui pourrait faire en sus, soit du laboratoire, soit de l'anatomopathologie. Enfin on peut concevoir qu'un anesthésiologiste embrasse en même temps que l'anesthésiologie qui ne l'occupe pas entièrement, la pratique médicale et par là il arrive à se constituer une existence financièrement équilibrée.

Plus souhaitable est l'association et la pratique jumelée de l'anesthésiologie et de l'hémobiologie. Elle a été d'ailleurs prévue par le Conseil de l'Ordre. Ces deux disciplines ont de nombreux points de contact et, parce

que je trouve très recommandable leur association, je vais y insister.

Qu'est-ce qu'on entend sous le mot nouveau d'hémobiologie ? L'hémobiologie comporte l'organisation et la direction des banques de sang et des centres de transfusion, les travaux de laboratoire qui s'y rapportent, la connaissance des applications des transfusions, l'accent étant mis, dans cette partie clinique, sur les applications médicales, plutôt que chirurgicales. Vous voyez que les tâches de l'hémobiologie sont différentes de celles de l'anesthésiologie, surtout en ce qu'elles comportent des compétences étendues de biologie et de techniques de laboratoire, et en ce qu'elles s'appliquent à des problèmes touchant spécialement les malades médicaux, que ne rencontre guère l'anesthésiologiste, dont les patients sont des malades chirurgicaux.

Il est entendu que, dans ce cours, vous avez, je crois, et vous allez encore acquérir dans les travaux pratiques, les connaissances suffisantes pour pouvoir faire des transfusions et donner toute garantie de leur exécution correcte. Nous chercherons également dans les stages, et notamment dans ceux de réanimation à Broussais, à Saint Antoine, à vous donner ces connaissances difficiles de clinique post-opératoire qui sont indispensables pour guider les premiers jours de l'opéré, souvent périlleux et où les indications thérapeutiques sont quelquefois très délicates à poser. En effet, cet opéré d'une intervention grave a des réactions complexes, les unes venant précisément du foyer opératoire, les autres provenant du déséquilibre de toutes les fonctions dont sont responsables l'opération, l'anesthésie, le jeûne, etc.. etc... : c'est ce qu'on appelle " la maladie opératoire ". L'analyse et la correction de ces troubles sont naturellement des plus complexes. Il y a là pour vous une tâche essentiellement médicale, qui exige de fortes connaissances cliniques, des qualités de finesse, disons même de flair, qu'on ne peut acquérir que par la pratique : c'est à cela que répondent les stages de réanimation que vous devez tous faire. J'espère que, après deux ans, vous serez armés pour bien connaître cette partie de votre art qui est la plus difficile, sans nul doute.

Il n'en est pas moins vrai que la compétence d'hémobiologie a été reconnue par le Conseil de l'Ordre et qu'elle échappe dans son enseignement à ce cours, puisqu'elle a été en principe rattachée au Centre National de Transfusion dirigé par le Docteur Tzanck. De plus, il existe en France

une organisation régionale des centres de transfusion sanguine et des banques de sang, qui dépend en principe de cet Institut, de ce Centre National de Transfusion. Je crois donc que, pour ceux d'entre vous qui veulent aller s'installer en province et qui peuvent aspirer à devenir à la fois anesthésiologiste et directeur de banques de sang, pour être à même de recruter les donneurs, de tenir en ordre leurs fiches, d'avoir des relations avec les autorités civiles intéressées, pour ceux-là il est utile, presqu'indispensable, qu'ils soient diplômés, certifiés par l'Institut National de Transfusion. C'est le conseil que j'ai donné à ceux d'entre vous que j'ai pu approcher. Je crois que, pendant ces deux ans, il serait bon que vous vous inscriviez aux cours de quelques semaines qui sont organisés à Saint Antoine, et à l'issue desquels vous pouvez être reconnus aptes dans ces questions d'hémobiologie.

D'autre part, il faut tenir compte des applications cliniques spéciales à l'hémobiologie : je veux parler de ses applications médicales. Je ne suis pas compétent pour vous y préparer, et c'est au Centre de Saint Antoine que vous pourrez en être avertis. Ainsi, prenons l'exemple de l'exsanguino-transfusion. Il est possible que comme anesthésiologiste, accoutumé aux transfusions, vous soyez prié de vous occuper d'un malade justiciable d'une exsanguino-transfusion. C'est à Saint Antoine qu'on vous en donnera le principe, la technique et les applications : applications dans les anuries, dans les maladies du sang, dans la pathologie infantile. Je n'insiste pas davantage sur ces questions plus en devenir que classiques. Vous en savez assez pour comprendre qu'il serait bon que vous complétiez vos connaissances des problèmes purement chirurgicaux; ceux d'entre vous, du moins, qui voulez aller en province où la spécialisation est toujours moins exacte qu'à Paris, et qui pourraient ainsi pratiquer à la fois anesthésiologie et hémobiologie, grâce à cette double compétence que vous aurez acquise ici, à la Faculté, et à Saint Antoine.

Voilà ce que je peux vous dire de pratique au sujet de l'exercice privé de l'anesthésiologie.

Voyons maintenant la pratique hospitalière.

Le sujet a été discuté récemment au Conseil Supérieur des hôpitaux, qui se préoccupe de l'organisation de la médecine hospitalière en France; une de ses sessions a été consacrée à l'organisation de l'anesthésiologie dans les différents hôpitaux de France :

dans lès hôpitaux des grandes villes, sièges d'une Faculté, dans les hôpitaux de villes moins importantes, mais qui ont une pratique chirurgicale de premier ordre, dans les hôpitaux de moindre importance qu'on appelle H1, H2, H3 dans le jargon technique. J'ai été chargé de faire ce rapport. J'y ai mis l'accent sur la distinction entre l'anesthésiologie et l'anesthésie proprement dite et j'ai essayé de faire comprendre à tous mes auditeurs plus ou moins compétents, que seul un médecin pouvait être anesthésiologiste. Il est bien entendu que l'anesthésiologiste est chargé, non seulement d'endormir, mais encore de choisir l'anesthésie, de maintenir le bon état du patient pendant l'opération, de le surveiller après l'opération : tout cela est inconcevable s'il n'est pas médecin et, mieux encore, très entendu au point de vue clinique, physiologique, etc...

Or, cette anesthésiologie ne peut pour le moment pas être instituée dans tous les hôpitaux du territoire. Il y a une situation de fait : dans beaucoup d'hôpitaux, l'anesthésie est donnée soit par une infirmière, soit par une bonne-soeur, par (dit-on) le chauffeur du chirurgien... Enfin, quoi qu'il en soit, il y a des situations de fait et surtout il y a, en province, des chirurgiens qui prétendent impossible, dans telle petite ville où la pratique chirurgicale est correcte, mais les opérations presque toutes mineures, d'installer un anesthésiologiste. Dans ce cas, ai-je dit dans ce rapport, il ne fallait pas vouloir modifier en théorie, par des titres fallacieux, une situation qui ne peut pas être améliorée dans la réalité. Il n'y aura donc pas d'anesthésiologiste dans ces hôpitaux et l'anesthésie sera donnée, sous le contrôle du chirurgien, bien entendu, par les auxiliaires actuels. Le chirurgien conservera, lui même ou par ses assistants, la préparation de l'opération et la surveillance de l'état général pendant l'opération et les jours suivants; en fait, il ne sera pas dépossédé de ses fonctions anciennes de " médecin de l'acte opératoire ", tant que ne pourra pas être installé à côté de lui un anesthésiologiste qui l'en déchargera. C'est ce que j'ai exposé dans les termes suivants ; " Lorsque les conditions locales empêcheront l'installation d'un médecin anesthésiologiste compétent, il serait déplorable de prétendre décharger le chirurgien de ses responsabilités pour en charger un incompétent ou une infirmière. A défaut du mieux, il faut conserver ce qui existe et ne pas instaurer le pire ".

Ne nous attardons pas à ces situations du passé, et voyons comment fonctionnera le service d'anesthésiologie dans les hôpitaux, dès à présent nombreux, où il peut être créé.

Il suffit de passer en revue le détail des occupations d'un anesthésiologiste avant et après les opérations pour aboutir à la conclusion que le service comporte une présence quasi continue. Si on considère les urgences, la présence doit être continue. Alors il y a deux solutions: ou bien il faut un anesthésiologiste à plein temps, ou bien il faut une équipe anesthésiologique.

La solution a plein temps est une solution coûteuse. Or, vous savez que les hôpitaux de France ne paient pas leurs médecins. Jusqu'à ces dernières années, ils leur allouaient une indemnité infime; actuellement, les médecins hospitaliers sont honorés par la Sécurité Sociale, mais à un taux qui ne permettrait pas à un anesthésiologiste de vivre. Si on veut un anesthésiologiste à plein temps, il faut lui donner de quoi vivre, c'est-à-dire un fixe important. Cela bouleverserait les habitudes budgétaires des Commissions administratives des hôpitaux. Je crois , par conséquent, que cette solution à plein temps n'est pas mûre et n'est certainement pas la solution courante de demain.

Il faut alors que l'anesthésiologiste soit doublé. Qu'il ait avec lui un assistant, comme lui pourvu du certificat d'études spéciales, ou reconnu compétent, il faut qu'il ait des élèves résidents d'anesthésie, qui monteront les gardes. De plus, il est nécessaire de lui adjoindre des auxiliaires anesthésistes, infirmiers ou infirmières, qui rempliront des rôles fort utiles auprès des anesthésiologistes.

Voilà, je crois, comme il faut prévoir les choses et, suivant le type de l'hôpital, organiser une équipe plus ou moins importante. Ainsi, par exemple, pour un hôpital de ville de Faculté, l'anesthésiologiste se fera aider par plusieurs assistants d'anesthésie, des résidents d'anesthésie et des auxilaires médicaux. S'il s'agit d'un centre moins important, l'anesthésiologiste devra se contenter d'une équipe moins nombreuse.

Reste la question du recrutement. Sur ce point prenons exemple sur l'organisation des hôpitaux de l'Assistance Publique de Paris. Pour être assistant d'anesthésiologie, il faut passer un concours; il a d'abord été " sur titres ", mais maintenant il se fera " sur épreuves ". D'assistant d'anesthésiologie, on pourra devenir,

par concours, anesthésiologiste des hôpitaux de Paris. Il en est de même pour l'hôpital de telle ou telle ville de province. Le recrutement se fera par des épreuves dont le programme a ét été proposé, devant un jury dont la composition est prévue. De tels concours ont déjà eu lieu. On en annonce de tous côtés : c'est pour votre promotion et les promotions voisines une conjoncture très intéressante.

° ° °

Je viens de vous parler à plusieurs reprises des auxiliaires anesthésistes. On peut les concevoir dans deux positions différentes. Ou bien elles sont attachées à l'anesthésiologiste. Celui-ci a besoin en effet d'une, et même pour les opérations importantes, de deux auxiliaires : vous savez qu'il ne peut pas conduire l'anesthésie et, en même temps, s'il est besoin d'une transfusion, convoquer un donneur, faire la prise de sang, mettre en route la transfusion et s'occuper des autres soins à donner pour la réanimation. Il faut donc que quelqu'un prenne à sa place la charge de l'anesthésie qui a été bien réglée et qu'il n'y a plus qu'à continuer. Ou bien, s'il conserve le maniement de l'appareil d'anesthésie, il faut que, sous ses ordres, une infirmière mette en route la parfusion. En bref, il faut un auxiliaire qui soit attaché à l'anesthésiologiste et qui agisse sous ses ordres.

Mais il faut également rappeler la situation des hôpitaux sans anesthésiologiste, où l'infirmière anesthésiste reste sous la direction du chirurgien. De toutes les façons, il faut qu'elle ait un responsable : ou c'est le chirurgien, suivant la méthode ancienne, ou c'est l'anesthésiologiste.

Dans l'un et l'autre cas, il y a évidemment intérêt à instruire les auxiliaires anesthésistes, et il va y avoir, dans quelques semaines ici, un cours qui sera fait sous la direction du Professeur agrégé Baumann pour leur formation.

Quel sera au juste leur statut ? - Ici deux écoles.

Certains prétendent qu'il est préférable de ne pas préciser exactement ce qu'elles auront le droit de faire et ce qu'elles n'auront pas le droit de faire. D'autres, au contraire qui ont l'esprit plus " code civil",

voudraient que leur champ d'action soit nettement déterminé. Il est question, par exemple, de leur permettre les anesthésies intra-veineuses, mais pas le cyclopropane, parce qu'il est trop difficile et délicat à administrer. On est prêt à leur reconnaître le droit de donner une anesthésie lorsque l'intubation a été faite par un médecin, mais on ne leur reconnaîtrait le droit de mettre elles-même la sonde, étant donné les accidents qui peuvent résulter de l'intubation. Pour le curare, puisque la curarisation présuppose qu'on sera peut-être obligé de faire une intubation, l'intubation leur étant interdite, le curare leur serait également interdit.

Tout cela est en discussion. Je vous laisse votre opinion personnelle sur les avantages ou les inconvénients de ces réglementations. Il y aura probablement un statut des auxiliaires anesthésistes, mais tout cela n'est pas encore déterminé actuellement.

Il y a encore un point à préciser, c'est que l'auxiliaire anesthésiste, ne donnant jamais l'anesthésie sous sa responsabilité, ne peut pas être rémunéré à l'acte, et cela jamais et en aucun cas. Son activité est régie par l'arrêté du 29 Octobre 1945; article 51 : " L'infirmière ne pourra être rémunérée que pour les soins dont elle prend la responsabilité : piqûres, pansements "; article 57 : " l'Anesthésie est l'un des actes qui sont interdits à l'infirmière, si elle n'est pas couverte par un médecin." Par conséquent l'anesthésie ne rentre pas dans le cadre de l'article 51 visant la rémunération de l'infirmière. Donc l'infirmière aura un traitement fixe et ne sera pas rémunérée à l'acte comme vous l'êtes, vous, à partir du moment où vous êtes reconnu spécialiste par la Sécurité Sociale.

Autre problème, celui des sages-femmes. Pour les sages-femmes, les conditions sont différentes parce qu'il faut qu'elles s'occupent d'abord de l'enfant. Il y a une question de réanimation du nouveau-né qui est très importante, dont les sages-femmes doivent être très averties et qui entre exactement dans leur discipline. Souvenez-vous de la leçon de M. Mayer. D'autre part, il y a la question de l'accouchement sans douleur, très en vogue, très discuté. Il s'agit de savoir si la sage-femme pourra donner de sa propre autorité une analgésie ou une anesthésie pour éviter les douleurs de l'enfantement. Il est très probable que la sage-femme ne pourra pas prendre cette initiative et qu'elle ne pourra donner l'anesthésie obstétricale qu'en présence et sous la responsabilité du médecin de la parturiente ou de l'

accoucheur. A ce point de vue, ses droits et ses devoirs seraient les mêmes que ceux des infirmières auxiliaires anesthésistes. Mais elle aurait son rôle propre et sa responsabilité personnelle en ce qui concerne la réanimation du nouveau-né. Enfin, les sages-femmes ne pourraient pas donner d'anesthésie en dehors de l'accouchement et des opérations obstétricales. Elles ne pourraient pas intervenir comme auxiliaire anesthésiste dans les interventions chirurgicales. Le domaine d'action des infirmières et des sages-femmes serait donc nettement délimité.

Toute cette réglementation est à l'étude et je ne puis vous en donner les grandes lignes qu'au conditionnel. Le statut des auxiliaires anesthésistes n'est pas édicté.

°
° °

Voilà comment se pose le problème actuellement, et où en est l'organisation de l'anesthésiologie en France.

Mais il faut encore envisager une question très délicate : c'est la question des rapports des anesthésiologistes avec les chirurgiens. L'anesthésiologiste, le chirurgien et les aides du chirurgien constituent une équipe. Cette équipe doit, en principe, avoir une direction et, en principe, cette direction est celle du chirurgien. Pourquoi? Parce que, sauf exception, c'est au chirurgien que le malade est venu se confier et que c'est le chirurgien qui dit: si vous vous confiez à moi, vous serez endormi par Monsieur X. Parce que c'est également le chirurgien qui conserve la direction de l'ensemble des soins mais il est bien entendu que dans cette association : chirurgien-anesthésiologiste, la compétence joue, comme toujours, un rôle capital. L'autorité ne se donne point, elle s'acquiert. C'est par la connaissance profonde, et plus exacte que celle que peut avoir le chirurgien, des nécessités de l'anesthésiologie, que vous prendrez la première place dans le dialogue : " qu'est-ce qu'on va lui donner ? Comment va-t-on le préparer ? Quelle prémédication fait-on ? Fait on ou ne fait-on pas du sang ? Avant ou après ? etc.... L'anesthésiologiste compétent, tout naturellement et obligatoirement, imposera son avis au chirurgien, qui n'a pas suivi d'aussi près que lui ces problèmes de physiologie pathologique.

Certains ont pu penser que les chirurgiens auraient intérêt à s'attacher un anesthésiologiste spécialiste, parce que ainsi ils se déchargeraient de la responsabili-

té des accidents anesthésiques. Ce point de vue est, je crois, indéfendable, parce qu'il est très difficile de savoir, lorsqu'un malade meurt, s'il est mort de l'anesthésie ou de l'opération et il serait parfaitement regrettable et ridicule de voir le chirurgien et l'anesthésiologiste se rejeter mutuellement la responsabilité de l'accident. Dispute insoluble d'ailleurs au point de vue scientifique; voilà, par exemple, une statistique de Bishop publiée dans "Anesthésiology " en 1946 : 6 morts sur la table au cours de 20.000 opérations, avec les diagnostics suivants : tumeur du cerveau, injection de novocaïne dans le sympathique dorsal, réparation du bec de lièvre, imperforation oesophagienne, réduction d'une fracture du col fémoral, intubation trachéale chez un enfant d'un an. D'après l'analyse faite par l'auteur, il était impossible de dire, sauf dans le dernier cas, si ce drame de mort sur la table d'opération était dû à l'anesthésie donnée ou à l'opération entreprise.

Par conséquent, il serait tout à fait vain de la part du chirurgien de penser qu'ayant fait appel à un anesthésiologiste il pourrait se décharger sur lui automatiquement d'une partie de ses responsabilités. Il n'en reste pas moins que le chirurgien devant choisir ses aides et étant responsable de leur qualité, a tout avantage à choisir un anesthésiologiste parfaitement compétent, instruit et expérimenté. Il n'en déchargera que mieux sa propre responsabilité s'il est poursuivi. Il aura alors la partie belle pour dire devant les tribunaux : " Mon anesthésiologiste est parfaitement compétent; j'ai pris toutes les précautions; j'ai fait tout ce que je pouvais faire. Il y a des accidents que les plus capables ne peuvent pas éviter ".

°
° °

Nous voici amenés aux problèmes médico-légaux qui doivent faire la deuxième partie de cette leçon.

Qu'elle est actuellement la situation de l'anesthésiologiste au point de vue médico-légal en France ? Elle est extrêmement imprécise, car, en tout et pour tout, il n'y a qu'un jugement rendu par la Cour d'Alger en 1894, et qui concerne une chloroformisation donnée par une infirmière. Le tribunal a reconnu que le chirurgien avait eu tort de faire donner l'anesthésie par une personne insuffisamment compétente. La jurisprudence est donc extrêmement peu explicite en ce qui concerne l'anesthésiologie.

Mais nous pouvons tout de même aller plus loin, en vous exposant comment se présente la responsabilité médicale en général dans notre pays.

Jusqu'à un arrêt qui a été rendu par la Cour de Cassation le 20 Mai I936, la responsabilité médicale était délictuelle, c'est-à-dire que le médecin ou le chirurgien risquaient de se voir poursuivis pour le tort qu'ils avaient pu commettre à leur client, dans les mêmes conditions que n'importe qui, responsable d'un dommage commis à autrui. L'arrêt du 20 Mai I936 a changé notre position juridique en établissant (et ceci semble définitif) que la responsabilité médicale était une responsabilité contractuelle, c'est-à-dire qu'elle découlait d'un contrat tacite préalable entre le malade et son chirurgien ou son anesthésiologiste.

De ce contrat résultent des obligations bilatérales : c'est ce qu'on appelle (excusez-moi ce mot un peu technique) un contrat synallagmatique. Le patient, d'après ce contrat synallagmatique, a une obligation : celle d'honorer son médecin. Et le médecin a des obligations, qui sont définies en ces termes : " Il se forme entre le médecin et son client un véritable contrat, comportant, pour le praticien, l'engagement sinon, bien évidemment, de guérir le malade, du moins de lui donner des soins, non pas quelconques, mais consciencieux et attentifs et, réserve faite de circonstances exceptionnelles, conformes aux données acquises de la science ". Voilà quelle est actuellement la responsabilité médicale : elle n'est engagée que s'il y a "faute de technique médicale".

Voyons au point de vue pratique les conséquences de cette jurisprudence et, pour ce faire, comparons les avantages et les inconvénients pour le médecin de cette nouvelle responsabilité contractuelle par rapport à l'ancienne responsabilité délictuelle. Celle-ci était définie par le Code Civil de la façon suivante (article I382) : " Tout fait quelconque de l'homme qui cause à autrui un dommage, oblige celui par la faute de qui il est arrivé à le réparer ". et (article I384) : " On est responsable non seulement du dommage que l'on cause par son propre fait, mais encore de celui qui est causé par le fait des choses que l'on a sous sa garde". (Pour vous, il s'agit des appareils que vous utilisez).

Les avantages du contrat synallagmatique ne sont pas négligeables. D'abord la preuve de notre faute supposée doit être faite par le patient ; vous avez fait un contrat,

vous êtes censé, à priori, avoir appliqué les règles de ce contrat ; il faut que le patient, ou ses représentants, dise et démontre que vous ne les avez pas appliqués. Vous concevez l'avantage de cette position pour le médecin.

D'autre part, la répération du dommage qui, d'après l'article I382 doit être de la totalité du préjudice causé, n'est plus, dans la responsabilité contractuelle, l'équivalent de la totalité, mais seulement d'une partie du préjudice, celui"qui est une suite immédiate et directe de l'inexécution de la convention".

Enfin, il n'y a plus responsabilité du fait des choses, et par conséquent s'il se produit, du fait des appareils et sans qu'il y ait de votre faute, un accident, une explosion par exemple, il ne peut être mis à votre charge si vous avez pris toutes les précautions; encore une fois, il ne peut vous être imputé l'inobservation du contrat, votre responsabilité est donc mise à couvert.

A l'inverse, la responsabilité contractuelle comporte de nouvelles responsabilités, et donc des inconvénients pour le médecin. Tout d'abord, puisqu'il y a contrat, il est obligatoire que vous ayez exposé à votre patient ce que vous allez lui faire et quels sont en gros les risques de ce que vous allez entreprendre. Pour vous, ce point a une grosse importance, car il interdit formellement l'anesthésie par surprise : j'entends sans que le patient ou ses commettants aient donné leur consentement préalable. Au cas contraire, l'accident survenant, mortel ou par mortal, serait à votre charge.

D'autre part (ceci est un détail sans conséquences à mon avis), la responsabilité délictuelle était caduque au bout de 3 ans, tandis que la responsabilité contractuelle persiste pendant 30 ans.

Cherchons à préciser par des exemples ces questions de responsabilité en anesthésiologie. Supposez que vous ayez une laryngite à la suite d'une intubation. Vous avez exposé à votre patient qu'après l'avoir endormi, vous lui glisseriez un tube; ou bien, plus souvent, l'intubation a été une nécessité de la technique chirurgicale employée. La laryngite s'étant produite sans qu'il y ait erreur ou faute de votre part, à cause de la fragilité individuelle des voies aérien-

nes, vous n'êtes pas responsable. Supposez que vous ayez, à la suite d'une rachi-anesthésie, une séquelle grave, telle qu'une paraplégie. Vous avez été d'accord avec votre patient et avec le chirurgien pour pratiquer une rachi-anesthésie; vous en avez posé les avantages et les inconvénients. Vous avez fait l'anesthésie rachidienne correctement, mais le malade avait une sensibilité particulière et il n'est pas démontré que vous avez employé une mauvaise méthode. Vous n'êtes donc pas responsable, puisque les conditions du contrat ont été remplies. Vous voyez sur ces deux exemples comment la question se pose pour vous.

Mais tout ceci est de ma part une anticipation, une recherche, d'ailleurs périlleuse, car ces questions de droit sont bien subtiles et, comme je vous l'ai dit, il n'y a pas de jugements rendus qui permettent de dire quelle sera au juste la responsabilité de l'anesthésiologiste. Je ne tiens pas à faire de jusrisprudence ni à contribuer à augmenter vos responsabilités éventuelles.

Voilà ce que je pouvais vous dire de l'état actuel de ces deux questions de l'organisation de l'anesthésiologie en France et de la responsabilité médico-légale de l'anesthésiologiste. Ce sont questions en pleine évolution et qu'il vous faut suivre dans leur développement : ce que je vous ai dit ne sera plus entièrement exact dans quelques années.

Le cours d'Anesthésiologie 1949-50 est achevé.

-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-