

ÉTHIQUE MÉDICALE/MEDICAL ETHICS

RECOMMANDATIONS CONCERNANT LES RELATIONS ENTRE CHIRURGIENS ET ANESTHÉSISTES-RÉANIMATEURS

Michel DAHER

Daher M. Recommandations concernant les relations entre chirurgiens et anesthésistes-réanimateurs. J Med Liban 2007 ; 55 (2) : 59-62.

ABSTRACT : Surgeon and anesthesiologist work as a team. Physicians of different but complementary specialties, they work jointly in the management of the patient during the pre, per and postoperative periods, with the main objective of ensuring the best quality of care and the greatest safety. However, the unprecedented development of new technologies during the last decades, deeply modified the conditions of exercise of these two specialties. Thus, the practice of anaesthesia is not only necessary for performing the surgical act, but also for diagnostic and therapeutic techniques using high technologies. So, from a traditional partner of the surgeon, the anesthetist became the privileged collaborator of a great number of specialists. Within these teams, the anesthetist must achieve his/her task in all independence, as stated in the Lebanese Code of Ethics.

I will try in this message to point out the responsibilities of each of the two partners in this joint practice. The practice of a shared activity, in the same place, for the benefit of the patient, requires a preliminary definition of roles, in the mutual respect of competencies and responsibilities of each specialist, based on the respect of the rules edicted in the Code of Ethics.

INTRODUCTION

Chirurgien et anesthésiste-réanimateur forment une équipe. Médecins de spécialités complémentaires, ils participent conjointement à la prise en charge du malade au cours des périodes pré-, per et postopératoires, avec pour objectif de lui assurer la meilleure qualité de soins et la plus grande sécurité.

Cependant, le développement sans précédent des techniques médicales au cours des dernières décennies a profondément modifié les conditions d'exercice de ces deux spécialités. Ainsi la pratique de l'anesthésie est non seulement nécessaire à la réalisation de l'acte chirur-

gical, mais également à celle d'un nombre croissant de techniques instrumentales à visée diagnostique ou thérapeutique. Ainsi, de partenaire traditionnel du chirurgien, l'anesthésiste 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 libanais de déontologie médicale (CLDM) [1]. Son statut de spécialiste à part entière est 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.

J'essaierai dans ce message de rappeler les responsabilités des uns et des autres dans cet exercice conjoint. La pratique d'une activité partagée, au bénéfice du malade, 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.

LES PRINCIPES DÉONTOLOGIQUES

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. 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. (CLDM, Art. 14 et 48, § 1 et 2).

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 (CLDM, Art. 27, § 1 et 2) qui 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. Le chirurgien, habituellement premier consulté, organise la prise en charge du patient en ce qui concerne les soins chirurgicaux. Ces principes s'appliquent également aux relations entre anesthésistes-réanimateurs et spécialistes des disciplines médicales nécessitant un recours à l'anesthésie-réanimation (CLDM, Art 27, § 14, et Art. 48).

Service de Chirurgie générale, Hôpital Saint-Georges-CHU, Beyrouth, Liban.

Correspondance : B.P. 166378. Beyrouth. Liban.
E-mail : mmdaher@inco.com.lb

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 (CLDM, Art. 18).

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 (CLDM, Art. 18).

Le travail en équipe peut avoir des limites. C'est bien le sens de l'article 28 du Code de déontologie 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 discernement, car les devoirs de dévouement et de continuité des soins s'imposent aux médecins en toute circonstance, et plus particulièrement dans les situations d'urgence.

La continuité des soins est due au patient quelles que soient les circonstances. 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 (CLDM, Art. 3, 5 et 6).

La collaboration entre spécialistes comporte des exigences. En prenant en charge un même patient, ils doivent se tenir mutuellement informés. Des dissensions personnelles ne doivent en aucun cas altérer cette obligation (CLDM, Art. 14 et 27).

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. 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.

Le chirurgien 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 (CLDM, Art. 32, § 1 et 2).

L'OBLIGATION D'INFORMER LE PATIENT : LE CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ

1. Les principes en sont fixés par la loi N° 574 du 12/2/2004 sur les Droits du patient et le Consentement éclairé [2] et notamment les articles 2, 3, 5, 6 et 7 :

« *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...* ».

« *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...* »

« *Lorsque plusieurs médecins collaborent à l'examen ou au traitement d'un malade, ils doivent se tenir mutuellement informés...* »

Par conséquent, 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 doit prendre en compte la situation propre de chaque personne. Elle porte tant sur des éléments généraux que sur des éléments spécifiques :

– 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 ;

– la description et le déroulement des examens, des investigations, des soins, des thérapeutiques, des interventions envisagés et de leurs alternatives : leur objectif, leur utilité et les bénéfices escomptés, leurs conséquences et leurs inconvénients ; les précautions générales et particulières recommandées aux patients.

2. Il incombe en conséquence :

Au chirurgien 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.

A 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. 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 com-

prendre la nature de l'intervention chirurgicale, de la technique anesthésique et de l'éventuelle réanimation envisagées (CLDM, Art. 29).

LA MISE EN ŒUVRE DES PRINCIPES DÉONTOLOGIQUES ET D'ORGANISATION DANS LES RELATIONS ENTRE ANESTHÉSISTES ET CHIRURGIENS

Il est nécessaire que les anesthésistes-réanimateurs et les chirurgiens rédigent une charte portant sur les cinq points de fonctionnement de l'équipe : la consultation d'anesthésie, le programme opératoire, le réveil anesthésique, les soins intensifs et la réanimation chirurgicale. La répartition des tâches et des responsabilités doit être explicite.

1. La consultation préanesthésique

La consultation préanesthésique est obligatoire pour tout patient dont l'état nécessite une anesthésie générale ou locorégionale. 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. 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 le chirurgien, que le patient aura préalablement consulté, lui rappelle tout l'intérêt de cette consultation.

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

2. Le programme opératoire

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 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.

3. La surveillance postopératoire

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 postchirurgicale doit donc être considéré comme prioritaire et les moyens en locaux, matériel et personnels, assurés aux anesthésistes-réanimateurs.

Le suivi de l'opéré en salle de surveillance post-chirurgicale 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 postopératoire immédiate, telle que la surveillance des drains, de la plaie opératoire, des aspirations, etc., 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-chirurgicale 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 postinterventionnelle sur un document qui devra suivre le patient lorsqu'il sera reconduit dans les chambres d'hospitalisation.

La sortie du patient de la salle de surveillance postchirurgicale 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 postchirurgicale vers le secteur d'hospitalisation ou de soins intensifs est une décision commune tenant compte aussi bien des impératifs chirurgicaux qu'anesthésiques.

4. Les soins intensifs et la réanimation chirurgicale

La responsabilité de chaque membre de l'équipe doit être bien définie lorsque le patient est orienté vers un secteur de soins intensifs ou de réanimation chirurgicale. Chaque hôpital peut avoir son protocole différent : l'opéré peut être placé soit sous la responsabilité médicale de l'anesthésiste-réanimateur soit sous celle du chirurgien. Dans tous les cas, certaines décisions relèvent de la compétence du chirurgien : mobilisation ou immobilisation des opérés, ablation des sondes et des drains, etc.

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. Lorsque l'opéré retourne en secteur d'hospitalisation, il se trouve placé sous la responsabilité de l'opérateur.

5. 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 doit être informé par l'opérateur des suites de l'intervention et des modalités du traitement à suivre. Il reçoit à sa sortie les recommandations sur la conduite à tenir en matière de surveillance postopératoire ou anesthésique. Tout ceci explique les contraintes auxquelles anesthésistes-réanimateurs et chirurgiens sont exposés, obligeant à une stricte observance du règlement intérieur défini en commun.

CONCLUSION

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. Conscient de cette évolution, je souhaite que, grâce à ces recommandations, ce travail d'équipe se déroule dans le meilleur esprit de confraternité.

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

En cas de désaccord entre l'anesthésiste-réanimateur et le chirurgien, 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 de différends opposant les médecins entre eux. Un arbitrage sera recherché, dans l'intérêt des patients, au niveau du comité médical ou du comité d'éthique de l'hôpital, et éventuellement auprès des instances ordinales (CLDM, Art. 48 et 5).

RÉFÉRENCES

1. Code libanais de déontologie médicale, Loi N° 288, 22 février 1994, J.O. n° 9 du 3 mars 1994.
2. Loi N° 574 (11/2/2004) sur les Droits du patient et le Consentement éclairé, J. O. n° 9 du 12 février 2004.