

ANESTHÉSIOLOGIE

LA REVUE DU SYNDICAT NATIONAL
DES ANESTHÉSISTES-RÉANIMATEURS DE FRANCE



Le journal en pdf

Édito : Le temps de travail et les nouveaux process médicaux

Assemblée générale du 18 juin

Juridique : défaut de surveillance en SSPI : qui est responsable ?

Les guides

S'inscrire au SNARF



Syndicat national des
anesthésistes réanimateurs
de France

Le Syndicat National des Anesthésistes Réanimateurs de France et
le Quotidien du Médecin s'associent pour vous faire profiter d'une offre exceptionnelle

OFFRE SPÉCIALE ADHÉRENTS SNARF

-25%

SUR VOTRE
ABONNEMENT ANNUEL
AU QUOTIDIEN
DU MÉDECIN

OFFRE INTÉGRALE

171€¹⁵

au lieu de 229€

OFFRE DIGITALE

134€²⁵

au lieu de 179€

L'ACTUALITÉ MÉDICALE ET SOCIO-PROFESSIONNELLE, PARTOUT, TOUT LE TEMPS

ABONNEZ-VOUS ET BÉNÉFICIEZ DE :



L'édition quotidienne en ligne



Le magazine papier livré une fois par
semaine chez vous (offre intégrale)



Passages gratuits de **lignes d'annonces**



Services numériques exclusifs (Application
mobile, archives...)



Réponses à vos questions grâce à notre
comité d'experts



Suppléments du Quotidien



Le journal le plus lu par les professionnels de la santé



Pour bénéficier de cette offre, **connectez-vous ou créez
votre compte, puis saisissez le coupon QDM-SNARF**
lors du choix de votre offre



SCANNEZ-MOI

Édito : Le temps de travail et les nouveaux process médicaux

Par le Dr Marc Gentili, Trésorier, CHP Saint-Grégoire

Les temps changent et c'est bien normal, il en est de même pour le travail.

Dans un monde où les loisirs en général et d'autres activités extra-professionnelles prennent une part de plus en plus prépondérante et bénéfique, la médecine est aujourd'hui confrontée à ce débat entre charge professionnelle et qualité de vie.

Les avancées scientifiques croissantes ont facilité d'immenses progrès pharmacologiques et technologiques dont nous bénéficions en particulier dans notre spécialité ce qui ne peut cependant qu'accroître la complexité de notre métier en terme de responsabilité juridique et de maintien des compétences cliniques.

La concentration des plateaux techniques hospitaliers avec disparition des petites structures peu productives ajoutée à l'hyper-spécialisation chirurgicale s'accompagne d'une standardisation des pratiques et d'une productivité accrue sur ces plateaux techniques. De telles transformations confirment la relative « industrialisation » de la médecine.

Autrefois tâcheron dédié à un opérateur et exerçant sur une seule salle d'opération, le médecin anesthésiste-réanimateur se transforme peu ou prou en manager d'équipe. La question du nombre de sites opératoires sous la responsabilité d'un seul MAR est clairement posée.

Les contraintes de temps, la complexité technique, les difficultés organisationnelles ajoutées parfois à des difficultés de communication majorent la charge de travail et sont sources potentielles de stress professionnel.

La question de la qualité de vie est corrélée à celle du travail tout court.

La réduction du temps de travail est inéluctable y compris dans le secteur privé et devrait poursuivre sa décroissance vers des semaines de 4 jours, tendance qui semble souhaitée par les jeunes générations optant de plus en plus pour des activités à temps partiel.

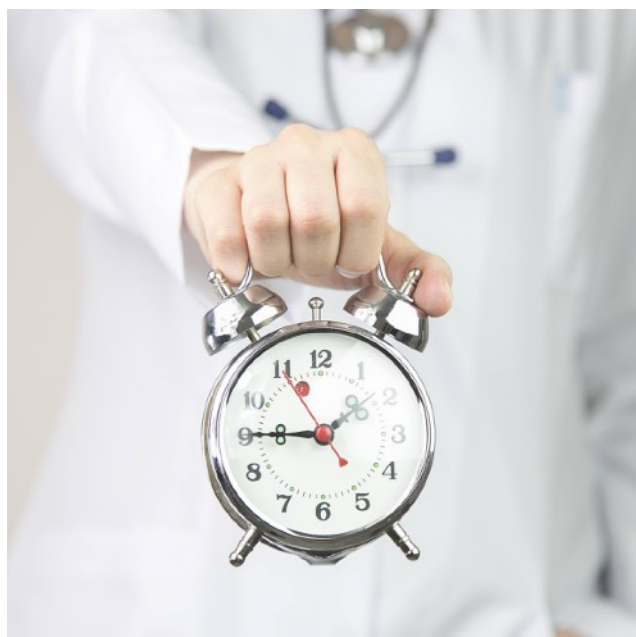
La diversité professionnelle autrefois quasi suspecte se généralise incluant des activités de remplacement, des périodes outre-mer, des activités mixtes (publique-privé) ou en partie libérales en établissement public.

Les longues carrières dans un seul et même établissement deviendront de plus en plus rares.

Ces jeunes générations devront cependant envisager un nécessaire prolongement de l'activité médicale pour compenser les faibles cotisations des premières années d'étude sans doute bien au-delà de 65 ans...

La poursuite du métier au-delà de l'âge habituel de la retraite est déjà observée chez les baby-boomers et a permis de faire face à la pénurie de MAR.

Les questions de vigilance et de maintien des compétences techniques se posent cependant. Il faudra en conclusion insister sur les activités à temps partiel et le décloisonnement pour limiter l'épuisement professionnel...



Résultats de l'assemblée générale du SNARF du 18 juin 2022

Vote aux élections et composition du nouveau conseil d'administration

Résultats du vote :

Votants : 254

Exprimés : 252 (2 nuls)

Dr Bassam AL NASSER : 251 voix, élu

Dr Marie-Paule CHARIOT : 254 voix, élue

Dr Marie-Laure CITTANOVA : 248 voix, élu

Bruno DEVAUX : 253 voix, élu

Dr Anne HARDY-TAMAKOSHI (collège réanimation): 250 voix, élue

Dr Nadia SMAIL : 251 voix, élue

Dr Benoît VANDENBUNDER : 252 voix, élu

Dr Patrick-Georges YAVORDIOS : 252 voix, élu



Composition du conseil d'administration :

Bureau :

Président : Dr Etienne FOURQUET

Secrétaire général : Dr Julien CABATON

Trésorier : Dr Marc GENTILI

1ère Vice-Présidente : Dr Marie-Paule CHARIOT

Vice-Président : Laurent DELAUNAY

Vice-Président : Dr Patrick-Georges YAVORDIOS

Secrétaire général adjoint : Dr Bruno DEVAUX

Trésorier-adjoint : Dr Edouard AUBERT

Présidents d'Honneur : Dr Christian-Michel ARNAUD, Dr Gérard CHAPUS, Dr Jean-Marc DUMEIX, Dr Michel LEVY

Collège réanimation : Dr Anne HARDY-TAMAKOSHI, Dr Stéphane PETIT-MAIRE

Président délégué d'ARRES : Dr Patrick-Georges YAVORDIOS

Administrateurs :

Dr Bassam AL NASSER, Dr Marie-Laure CITTANOVA, Dr Matthieu CLOSON, Dr Laurent DELAUNAY, Dr Patrick HAHN, Dr Didier LUGRIN, Dr Jean-Claude PAUCHARD, Dr Stéphane PETIT-MAIRE, Dr Jean-Christian SLETH, Dr Nadia SMAIL, Dr Benoît VANDENBUNDER



Allocution du président

Dr Etienne FOURQUET

Chers collègues, chers adhérents, mesdames et messieurs les membres du Conseil d'administration,

L'allocution du président est un exercice salutaire qui permet de faire le bilan des actions menées par tous les acteurs du syndicat du président à l'adhérent.

C'est un exercice de mémoire mais également de souvenirs qui renforce ce qui définit notre syndicat. Un lieu d'échange, de partage, de construction et de propositions au service de notre profession pour valoriser son image et la défendre lorsqu'elle est attaquée.

La richesse de notre syndicat se trouve au cœur de l'engagement de chacun, de sa capacité à représenter, à échanger et à argumenter. Au-delà des textes, des communiqués de presse, des billets d'humeur, il y a des hommes et des femmes engagés qui portent vos messages auprès des instances, des tutelles, tant au niveau local que régional et national.

Ce mandat qui s'achève aura été marqué du sceau des élections. Une année électorale est toujours surprenante par ce qu'elle apporte de questionnement social et sociétal.

La sortie des vagues COVID successives a montré combien les acteurs de santé sont au cœur du soin. Leur reconnaissance par les applaudissements est allée droit au cœur de chacun. Il n'en reste pas moins que jamais les vocations n'auront autant manquées. On ne compte plus les services, les salles de bloc opératoires fermés faute de personnel. La période de l'été, déjà difficile, s'annonce encore plus complexe et l'on voit ressurgir le spectre de l'administratif impuissant et destructeur dans toute sa splendeur avec entre ses mains une gamme d'outils qui va des injonctions paradoxales jusqu'à la contrainte par la réquisition.

Le management à la française a encore bien des progrès à faire, que ce soit dans la haute administration française, qu'au sein même des établissements. Toutes les chartes d'éthique, de déontologie, de bien-traitance n'auront de sens que lorsqu'elles seront appliquées.

L'anesthésie réanimation a su, au cours des dernières années, répondre à une augmentation de la demande en développant le travail coordonné en équipe.

Ce mode de travail est aujourd'hui plébiscité par l'ensemble des acteurs de la santé. La confiance nécessaire, la construction de projet commun, un but clair et défini donnent un sens au quotidien.

Cela s'est accompagné en libéral par une augmentation de la charge de travail, une réorganisation vers l'entreprise libérale, un partage des contraintes et des bénéfices. Cela s'est fait aux dépens de la partie urgence extra-hospitalière qui a disparu de notre exercice. Les gardes et astreintes pour assurer la Permanence des soins en établissement de santé (PDES) deviennent rédhibitoires et entraînent une désorganisation de l'activité de bloc opératoire.

La réanimation devient le parent pauvre de notre exercice.

Dr Etienne
FOURQUET,
Président du
SNARF



...Allocution du président

Cette mutation n'a pas été comprise ni reconnue par les tutelles et les réponses apportées lors des crises successives l'ont confirmé. La seule réponse par l'activité et le nombre est insuffisante. L'industrialisation et le « comptage des biscottes » trouvent leurs limites et ne sont pas adaptées à l'ensemble de l'activité de soins.

Le fouet ne peut suffire.



Nous saluons une élection particulière : celle de Laurent DELAUNAY à la présidence du CNP-ARMPO pour le SNARF. Laurent est un acteur historique de la profession est un des représentant libéraux les plus emblématiques. Chacun connaît la qualité de son travail et son engagement lors de la crise COVID a été reconnu de tous.

Il sera entouré des Dr CABATON, FOURQUET, GENTILI, PETIT-MAIRE pour le SNARF et des différents représentants de chaque composante du CNP ARMPO. Il succède au Pr Pierre ALBALADEJO qui accède à la présidence de la SFAR. Nous remercions le Pr BOUAZIZ pour le travail effectué toute ses années à la présidence de la SFAR. Nous souhaitons à Pierre ALBALADEJO une présidence aussi fructueuse que celle qu'il a entretenue au CNP ARMPO.

Le CNP ARMPO est devenu au fil du temps l'interlocuteur incontournable avant toute décision institutionnelle concernant notre spécialité. C'est là que sont discuté la plupart des textes régissant notre spécialité.

On peut saluer le décret « soins critiques » publié en avril et remercier le Dr PETIT-MAIRE qui en a assuré le suivi. Il sera complété par un décret « soins renforcés ».

On est encore en attente des textes concernant les IADE et la pratique avancée.

Le rapport de l'IGAS sur la réserve sanitaire en anesthésie réanimation est en cours de publication.

Les travaux de réécriture de la nomenclature dans le cadre du Haut Conseil de la Nomenclature (HCN) sont encore en cours. C'est la caisse qui a dicté l'organisation, le calendrier et le cahier des charges. Nous n'avons peu d'illusion sur les objectifs financiers que cachent ce pseudo travail scientifique.

Le SNARF reste adhérent exclusif du syndicat de verticalité Avenir Spé qui, par son succès en association avec la liste du Bloc, a obtenu la représentativité et la possibilité de signer seul la convention. Un travail préparatoire important est en cours.

Le rapprochement avec l'AAL est plus que jamais d'actualité. La réunification de la représentation syndicale de la spécialité est un objectif annoncé. Plus que jamais il est nécessaire d'unir toutes les forces vives.

Dans le cadre des relations avec la FHP via le CLAHP, il a été noté une augmentation des tensions entre les praticiens et certaines directions d'établissement très légèrement attisée par les vagues COVID successives. Face à ce doux euphémisme, il est proposé à chaque partie de se retrouver au sein d'une commission de résolution des différends amiables. Cette médiation peut être saisie par les deux parties et est totalement indépendante. Le représentant des médecins libéraux est le Dr Pierre LANOT, ancien secrétaire général du SNARF, jeune retraité qui poursuit son engagement auprès de la profession que je remercie et félicite sincèrement. Vous pouvez le contacter via le SNARF ou via la FHP.

...Allocution du président



J'en profite pour remercier nos différents partenaires :

L'assureur BRANCHET, partenaire historique du SNARF qui, via la protection juridique associée à tous les contrats, vous recommande d'activer cette garantie afin de vous soutenir au plus tôt lors des conflits que vous rencontrez.

Le cabinet AUBER, représenté par Maître Laure SOULIER et Maître Philip COHEN qui n'hésitera jamais à vous assister et à vous prodiguer les meilleurs conseils dans vos différentes démarches juridiques.

ARRES ASSPRO, qui a vu son activité présentielle reprendre avec plaisir. Patrick Georges YAVORDIOS accompagné de Mathieu CLOSON vous accueillent avec enthousiasme à toute formation.

Yvan VIALON, ingénieur patrimonial indépendant qui, via VYP finance, vous accueille sur Paris et Lyon et vous apporte une expertise reconnue.

Le QUOTIDIEN DU MÉDECIN avec lequel nous avons conclu un accord de partenariat permettant à nos adhérents de bénéficier de tarifs préférentiels.

Notre déléguée générale Valérie-Anne HAUCHART et notre secrétaire Marie-Chantal LEGROS qui vous accueillent au SNARF, répondent à vos questions, nous transmettent vos interrogations et assurent le lien essentiel entre tous les acteurs.

Un grand merci à tous les membres du conseil d'administration qui, en toutes circonstances, m'ont apporté un soutien constant et indéfectible. Votre amitié et votre engagement me vont droit au cœur.

Vos cotisations sont indispensables à notre soutien à et toute nouvelle « bonne volonté » sera toujours la bienvenue !

Je transmets la parole à Julien notre secrétaire général et à Marc notre trésorier pour leurs rapports.

Merci à tous.

Dr Etienne FOURQUET, Président du SNARF

Rapport du Secrétaire général

Dr Julien CABATON

Chères consœurs et chers confrères,

Pour ce premier rapport de la période 2021-2022 en tant que Secrétaire général du SNARF, je tenais tout d'abord à remercier avec gratitude et reconnaissance mon prédécesseur Pierre Lanot pour le long et sérieux travail accompli, et j'espère être à la hauteur de la tâche que le président du SNARF Etienne Fourquet, ainsi que l'ensemble du conseil d'administration, m'ont confiée.

L'année 2021 n'aurait-elle pas été, hélas, une pâle copie de 2020... ?

Tout d'abord, l'épidémie de COVID ne s'est malheureusement pas terminée : les 3^{ème} et 4^{ème} vagues ont en 2021 encore causé de nombreux décès en France et dans le monde, avec une nouvelle fois une mobilisation des libéraux de notre spécialité dans cette bataille, et de nouvelles déprogrammations encore imposées arbitrairement et sans concertation par les ARS de certaines régions.

Une fois encore, nous avons subi les injonctions d'administratifs souvent déconnectés du terrain, hélas trop souvent hospitalo-centrés, et des médecins anesthésistes-réanimateurs libéraux qui se sont vus menacés de réquisition, qui ont été payés parfois avec un an de retard pour mise à disposition de leurs IADE, et qui n'ont à ce jour toujours pas perçu de versement de l'indemnisation pour perte d'activité DIPA 5...

Ce mépris envers l'anesthésie-réanimation libérale s'est poursuivi par la non-revalorisation du tarif de la garde de réanimation en établissement privé (inférieure à l'astreinte), pour laquelle nous n'avons pas encore eu de réponse du ministère à notre courrier commun avec l'ARDPS sur ce sujet. On aurait pu espérer que la défense des services de réanimation en établissements privés soit une priorité dans un tel contexte épidémique, ce n'est hélas pas le cas.

L'engagement des anesthésistes réanimateurs reste total pour prendre en charge tous nos concitoyens en cas de crise sanitaire et leur éviter toute perte de chance. Mais pour qu'il se fasse sereinement, le SNARF répète qu'il faut impérativement revoir la coordination des soins au niveau des territoires avec les ARS et la rémunération des praticiens.

Parallèlement à ces vagues, le chantier de « rafraichissement » de la CCAM a débuté fin 2021. Il est une de nos préoccupations majeures pour les années à venir.

En effet, sous couvert d'une demande de « simplification » de la liste des actes (actuellement dans les 10000 tarifs d'actes chirurgicaux avec autant de tarifs d'actes d'anesthésie adossés), la CNAM, via le Haut-Commissariat à la Nomenclature (HCN), a choisi des experts en évinçant volontairement tout représentant syndical des discussions, et cherche sans l'avouer à désolidariser le tarif de l'acte d'anesthésie de celui de l'acte chirurgical.

Nous pensons que ceci nous sera délétère sur le plan comptable, mais aussi organisationnel, et n'a aucun fondement médical. Rappelons que depuis plus de 10 années la CPAM a décoté les actes de nos confrères biologistes puis radiologues, et semble continuer dans

Dr Julien
CABATON,
Secrétaire
général du
SNARF



...Rapport du Secrétaire général

cette ligne droite de nivellement par le bas des revenus des médecins libéraux français.

Cette période a aussi été celle des discussions sur l'accès au statut d'IPA des IADE. Elles se poursuivent encore avec de multiples réunions présentes et distancielles entre DGOS, CNP ARMO et CNP IADE et IPA. Ces travaux se font en excellente collaboration avec nos confrères hospitaliers et universitaires, ainsi que les jeunes anesthésistes-réanimateurs du SNJAR, avec une unité de notre spécialité exemplaire face à nos interlocuteurs. Nous luttons pour le respect des décrets d'anesthésie de 1994 et de 2017, afin de maintenir l'exclusivité de responsabilité de l'acte d'anesthésie par les anesthésistes-réanimateurs.

Rien n'est fixé, et nous avons encore récemment manifesté notre vigilance et nos doutes par un communiqué commun avec le SNPHARE et le SNJAR, à la suite de plusieurs communications déjà faites en commun via le CNPARMO.

C'est grâce à cette bonne entente que les conséquences organisationnelles du nouveau décret Soins critiques, récemment paru, ont pu être anticipées pour nos équipes libérales, par la vigilance et le travail des représentants du SNARF au CNP ARMO.

L'année 2021 a aussi été celle de notre rapprochement avec l'AAL, initiée en juin 2021. Il se poursuit, avec la tenue de réunions communes, une communication synergique et conjointe, et l'organisation de formations. Les représentants des deux structures collaborent en bonne entente sur tous les sujets d'actualité, et nous poursuivons notre démarche d'alliance syndicale dans le seul but de défendre au mieux, par tous les moyens, les intérêts de l'anesthésie réanimation libérale.

Enfin, nous avons poursuivi notre activité de veille syndicale permanente, cœur de notre vocation de syndicalistes, à laquelle nous tentons de répondre dans les meilleurs délais en vous recontactant, concernant par exemple les questions sur l'accès à l'OPTAM, les problèmes de paiement d'astreinte ou de consultations APC par certaines caisses (ça recommence !), les relations avec vos directions d'établissements, etc...



...Rapport du Secrétaire général

Continuez à nous contacter en cas de problème, car c'est ainsi que le SNARF reste et restera en lien avec vos problèmes professionnels quotidiens, en les faisant remonter dans les instances concernées où siègent nos représentants (Commissions paritaires locales/régionales/nationale, Conférence des Présidents de CME, etc...).

Le SNARF ne pourrait remplir toutes ces missions sans le soutien de notre partenaire BRANCHET, que nous remercions pour sa confiance renouvelée.

Rappelons pour terminer que le SNARF, les membres de son Conseil d'administration et ses adhérents, sont présents de façon multiple :

- par la permanence de notre déléguée générale Valérie Anne HAUCHART et de notre secrétaire Marie-Chantal LEGROS pour répondre aux questions et soucis de nos adhérents, et faire vivre notre syndicat, nous les en remercions chaleureusement ;
- 8 à 10 fois par an lors de conseils d'administration par visio-conférence, et lors d'une assemblée générale physique, par la rédaction de 14 communiqués de presse et l'envoi de presque 40 newsletters par an ;
- Le nouveau président du CNP ARMO depuis avril 2022 est le Dr Laurent DELAUNAY, que nous félicitons et remercions pour son engagement immuable pour notre spécialité ;
- La participation du SNARF au CNP ARMO, structure composée de la SFAR, du SN-PHARE, du SNARF, du SNJAR et du CNEAR. Il est devenu désormais le premier interlocuteur incontournable du ministère de la Santé ;
- De nouveaux élus libéraux au Conseil d'administration de la SFAR : les Drs Marion COSTECALDE et Nadia SMAIL, qui rejoignent les Drs Frédéric LE SACHE (secrétaire adjoint), Marie-Laure CITTANOVA (trésorière), Julien AMOUR, Julien CABATON, Laurent DELAUNAY, Frédéric LACROIX et Olivier RONTES, déjà élus administrateurs de la SFAR ;
- Au sein du CFAR et d'ARRES ASSPRO, dont les formations présentielle de grande qualité ont pu reprendre avec succès en région entre autres ;
- La création d'une commission de conciliation des conflits entre directions d'établissement privés et praticiens libéraux, sous l'impulsion du Dr Pierre LANOT ;
- La présence en tant que Vice-Président du Dr Etienne FOURQUET au sein du Syndicat Avenirs Spé.

Pour toutes ces missions, nous avons besoin de vous et de votre adhésion !

Syndicalement vôtre,

Dr Julien CABATON, Secrétaire général du SNARF

**S'inscrire au SNARF
ou renouveler son adhésion :**



Rapport du Trésorier

Dr Marc GENTILI



Cher(e)s Ami(e)s, Cher(e)s Adhérent(e)s, Cher(e)s Collègues,

La liberté d'action et l'indépendance économique sont la force de notre syndicat, force qui nous permet d'agir pour la défense et la valorisation de notre exercice dont l'indépendance reste toujours menacée en dépit de son efficacité. Cette force, cette indépendance, nous vous la devons d'abord à vous, nos mandants, qui, par vos cotisations, soutenez depuis des décennies tous les efforts nécessaires à ce combat sans répit.

Après deux années « épidémiques » qui marqueront notre pays pour plusieurs décennies, notre spécialité aura été grandement sollicitée, la défense et la représentation du secteur libéral grâce au **Syndicat national des anesthésistes-réanimateurs français** se trouve encore et d'autant plus justifiée.

Dr Marc GENTILI
Trésorier du
SNARF



Des menaces bien réelles de mise en coupe réglée de la valorisation de nos actes se font jour, et justifient une vigilance de tous les instants.

La contrepartie de ce soutien c'est une transparence totale de la gestion vis-à-vis des cotisants, c'est-à-dire de nous tous. Les comptes d'exploitation de notre syndicat, le SNARF, que nous vous présentons ont été expertisés par notre comptable et certifiés par le Commissaire aux comptes.

COMPTE DE RÉSULTAT

L'année 2021 se solde par un déficit de 13010 euros contre 17220 euros en 2020.

...Rapport du Trésorier

Les cotisations des membres adhérents encaissées au titre de l'année 2021 s'élèvent à 104625 euros (-9298 euros).

Les charges d'exploitation s'élèvent à 219306 euros contre 233167 euros pour 2021 soit une baisse de 13861 euros : par diminution des frais de transport et de communication, ce qui nous encourage à poursuivre les efforts dans ce sens pour les prochains : la banalisation des visioconférences depuis deux ans, conséquence positive de l'épidémie, contribue à la réduction des frais de transports et mobilise plus facilement les instances syndicales en évitant les aléas des transports.

La masse salariale est en baisse sensible par rapport à 2020 (107 954 euros versus 114 512 euros en 2020) : dont 77 489 euros de salaire et 30 465 euros de charges sociales.

Le montant des placements au 31/12/2021 est de 178395 euros versus 177500 euros en 2021 avec une plus-value latente de 9339 euros.

La trésorerie disponible au 31/12/2021 est de 238 000 euros et permettra de couvrir les déficits.

L'entière propriété de nos murs, vos adhésions renouvelées et une fois de plus le soutien indéfectible de l'assureur Branchet sont les piliers de cette stabilité.

La situation financière du syndicat appelle à une analyse lucide et des choix difficiles dans le courant de l'année 2022, c'est pour cela que nous vous proposons pour 2022 le budget prévisionnel et les économies suivantes : poursuite de la limitation des dépenses de déplacement, réaffectation voire cession au moins partielle des locaux de la rue Saint-Maur, réflexion quant au *manpower* en partenariat avec d'autres instances syndicales, avancée sur un projet de Journée de l'anesthésie-réanimation libérale.

Il n'est bien sûr pas dans la finalité d'un syndicat professionnel de réaliser des recettes et des profits et s'il n'y a pas de bénéfice cette année encore, cela nous engage à poursuivre la politique drastique de contrôle des dépenses mais aussi et toujours à recruter de nouveaux adhérents pour vous offrir la meilleure défense juridique et syndicale possible.

Dr Marc GENTILI, Trésorier du SNARF



Défaut de surveillance en SSPI : qui est responsable ?

Par Maîtres Philip COHEN, Laure SOULIER et Sophie TABARY, cabinet AUBER

Aux termes d'une précédente version de notre article nous exposions deux cas, ayant donné lieu à des arrêts de Cours d'Appel confirmés par la Cour de Cassation (Cour d'Appel de DOUAI, 23 mai 2013 11/05434 ; Cour d'Appel de DOUAI, 4 avril 2019 19/199).

De ces deux cas, nous avons tiré un certain nombre d'enseignements aujourd'hui une nouvelle fois confirmés par un arrêt de Cour d'Appel dans une affaire similaire (Cour d'Appel d'AIX en PROVENCE, 24 octobre 2019 19/390). Pour mémoire, il est acquis qu'une fois transféré en SSPI, le patient est sous la surveillance immédiate de l'IADE ou de l'infirmière spécialement formée à cette surveillance, sous la responsabilité médicale d'un médecin anesthésiste réanimateur à proximité et pouvant intervenir dans les plus brefs délais.

Retour sur ces deux cas complétés d'un troisième exemple pour déterminer qui est responsable en cas de défaut de surveillance en SSPI : l'infirmier de SSPI, le médecin anesthésiste, les deux ?

Premier cas : Dans les suites d'une adénoïdectomie conduite sous anesthésie générale par Sévorane, une enfant de trois ans était transférée en SSPI. À son arrivée et bien qu'il soit noté dans le compte-rendu opératoire que le réveil de l'enfant avait été constaté sur table, l'infirmière de SSPI notait que l'enfant n'était pas conscient et ne répondait pas à la stimulation. Aucun monitoring ou surveillance particulière n'était mis en place, à l'exception d'un saturomètre. Dix minutes plus tard, vraisemblablement, l'enfant présentait un laryngospasme aiguë entraînant rapidement un arrêt cardiaque. L'infirmière de SSPI prévenait l'anesthésiste qui venait immédiatement et retrouvait l'enfant cyanosé en arrêt cardio-respiratoire. Il mettait en œuvre les mesures de réanimation et l'enfant était transférée dans un service de neurologie pédiatrique en état de coma végétatif.

Quelle décision de la Cour d'Appel ?

La Cour d'Appel a retenu une perte de chance totale de 99% répartie à parts égales entre le médecin anesthésiste-réanimateur et l'infirmière.

Elle considéra :

- D'une part, que le médecin anesthésiste-réanimateur avait été imprudent en transférant l'enfant trop précocement en SSPI « *au lieu de la garder encore quelques minutes pour s'assurer que, lors de l'arrêt de l'administration du mélange du Sévorane avec le protoxyde d'azote, l'hypoxie ne se prolongeait pas et continuer la ventilation en oxygène* ».

- D'autre part, que l'établissement de santé engageait sa propre responsabilité du fait de la négligence de son infirmière salariée de SSPI, laquelle n'avait pas pris toutes les mesures nécessaires afin d'assurer une surveillance efficace, et donc conduit au retard de diagnostic et de prise en charge :

« *Attendu que pour autant la Clinique Z ne saurait dénier toute responsabilité de l'infirmière présente en salle de réveil alors qu'il ressort des éléments sus rappelés que l'enfant n'était pas pleinement réveillé lors de son arrivée dans cette salle, l'infirmière aurait dû prendre toutes les précautions nécessaires pour assurer une surveillance maximale et ne pas se contenter d'un saturomètre ; que peu importe que les instructions sur la feuille que X lui avait été transmises aient été ou non pré-imprimées et n'aient pas visé le cas spécifique de Y, car en tant que professionnelle (elle a elle-même indiqué qu'elle travaillait depuis 12 ans en salle de réveil) elle devait connaître les précautions élémentaires à prendre et brancher l'ensemble du monitoring* »

Il convient de préciser qu'il avait été relevé en l'espèce que le médecin anesthésiste réanimateur était en charge de 3 salles d'opérations au moment des faits, du fait de la défection imprévue d'un de ses collègues.

Deuxième cas : Une patiente ayant bénéficié de la pose d'une prothèse de hanche sous anesthésie générale était admise en SSPI intubée et ventilée, sans monitoring de décurarisation préalable en salle d'opération. L'infirmière en charge de la SSPI décidait, sans juger nécessaire de faire appel à l'anesthésiste réanimateur, d'extuber la patiente, sans préalablement s'assurer de la décurarisation. Vingt minutes plus tard, l'IADE du MAR, en arrivant dans la SSPI pour y conduire un patient suivant, constatait immédiatement un arrêt cardiaque de la patiente et appelait le médecin anesthésiste réanimateur, lequel intervenait immédiatement. La patiente était ensuite transférée dans un autre établissement où il était constaté un coma anoxique aréactif.



Quid de la responsabilité du MAR ?

Pour retenir la responsabilité du médecin anesthésiste réanimateur, la Cour d'appel a considéré que l'absence de monitoring des effets résiduels du curare par l'anesthésiste avait favorisé les circonstances de survenue de la complication :

« Attendu, sur l'analyse du comportement du praticien anesthésiste, que l'expert judiciaire retient à l'encontre du Docteur X l'absence de mise en œuvre des bonnes pratiques recommandées par la SFAR, plus précisément l'absence de monitoring de la curarisation et partant l'absence d'administration d'un produit antagoniste en cas de curarisation résiduelle ; (...)

Qu'il est encore acquis que l'anesthésiste, dont les obligations professionnelles demeurent envers le patient à son admission en salle de réveil, se devait d'informer le personnel infirmier spécialisé non seulement de l'utilisation au cours de l'intervention d'un produit dérivé du curare, ce qui normalement doit apparaître sur le document qui suit le patient du bloc opératoire à la salle de réveil, mais bien davantage aviser ce personnel de l'absence de recherche d'une éventuelle curarisation résiduelle comme l'absence d'administration d'un produit antidote, soit autant de précautions utiles pour le personnel auquel l'extubation était déléguée, cette manœuvre ne suscitant de la part du Docteur X ni même de l'établissement de santé la moindre discussion ;

Qu'il s'ensuit que par sa propre carence et la méconnaissance des recommandations de bonnes pratiques cliniques publiées dès 2002 par la SFAR, le Docteur X a créé les conditions de survenue de l'accident anesthésique dont a souffert Mme Y en salle de réveil ».



Quid de la responsabilité de la clinique ?

Pour retenir également la responsabilité de l'établissement de santé du fait du comportement de son infirmière salariée en SSPI, la Cour a constaté qu'une surveillance efficace dans les minutes suivant l'extubation aurait pu permettre d'éviter le dommage :

« Que [l'expert judiciaire] décrit du reste, indépendamment des fautes mises en exergue contre le praticien anesthésiste, un indéniable défaut de surveillance de la part du personnel infirmier de la salle de réveil que les données de la séquence de monitoring enregistrée mettent en évidence de manière édifiante, ce qui suggère un comportement fautif particulièrement lourd de ce personnel, un suivi constant des données du moniteur cardiovasculaire permettant de repérer immédiatement une éventuelle complication.

Qu'il n'est à ce sujet pas discutable que les manquements du personnel de la salle de réveil à ses obligations de surveillance et de vigilance, indépendamment des reproches nourris contre le praticien anesthésiste, sont patents et que leurs conséquences pour Mme Y se sont révélées dramatiques et irréversibles, l'expert judiciaire rappelant en son rapport que des gestes simples et adaptés de la part d'un personnel vigilant permettaient de parer toute complication sans même devoir envisager une nouvelle intubation ».

Il convient de préciser que l'anesthésiste-réanimateur avait eu l'heureuse initiative de procéder immédiatement à des captures d'écran de monitoring (il n'y avait pas d'impression papier sur ledit matériel). Elles ont permis de rétablir la chronologie exacte des constantes, révélant un arrêt cardio-respiratoire quasi immédiat après extubation, en contradiction totale avec les constantes tracées par l'infirmière de SSPI...

Troisième cas : Dans les suites d'une cure de sciatique conduite sous anesthésie générale, le patient était extubé par le médecin anesthésiste-réanimateur qui le transférait ensuite en SSPI. À son arrivée, il était relevé un épisode de dyspnée respiratoire sur œdème rapidement résolutif sous aérosol prescrit par l'anesthésiste. À noter que l'ensemble de cette prise en charge faisait l'objet d'une traçabilité précise par le médecin anesthésiste aux termes de la feuille de prescription post-interventionnelle. 1 heure 20 après son admission en SSPI, l'état du patient se dégradait lequel présentait alors une détresse respiratoire associée à une hypertension artérielle et une altération majeure de la conscience. Appelé par le personnel infirmier, l'anesthésiste se rendait immédiatement au chevet du patient et procédait aux mesures de réanimation. Malheureusement, cette encéphalopathie anoxique entraînait une tétraplégie et d'importants troubles cognitifs jusqu'au décès du patient, dix ans plus tard.

L'anesthésiste est-il responsable ?

Dans le cadre de sa défense, l'établissement a cherché un partage de responsabilité avec le médecin anesthésiste-réanimateur invoquant une extubation trop précoce à l'origine

d'une anoxie qui aurait alors entraîné secondairement la détresse respiratoire. S'appuyant notamment sur les conclusions expertales et plus particulièrement la feuille de prescription post-interventionnelle et la traçabilité des constantes en SSPI, la Cour d'appel a pu légitimement en déduire qu'il n'y avait pas eu de désaturation après le problème ventilatoire qui avait été correctement pris en charge par l'anesthésiste. Relevant l'existence de bonnes constantes et notamment d'une bonne saturation en oxygène du patient à son arrivée en SSPI et pendant plus d'une heure après, la Cour a pu rejeter l'hypothèse de la clinique et écarter une possible responsabilité de l'anesthésiste.

S'agissant de l'établissement, la Cour a notamment considéré que l'existence d'une oxymétrie imprenable démontrait la survenue d'une obstruction pharyngée d'au moins 5 minutes caractérisant un défaut de surveillance de la part du personnel infirmier et engageant la responsabilité exclusive de l'établissement.

« La feuille de prescription post-interventionnelle établie à la suite de l'intervention mentionne une dyspnée respiratoire sur œdème et la prescription d'un aérosol par le Docteur X. Les experts ont relevé qu'il ne peut être considéré que l'état clinique de Monsieur M. s'est aggravé entre 10H07 et 10H24, heure de son admission en SSPI, car aucun élément ne permet de l'établir et car le problème ventilatoire n'a pas entraîné de détresse respiratoire. Ainsi le volume courant est resté satisfaisant, il n'y a pas eu de désaturation et il est demeuré un important wheezing. En outre, la feuille de surveillance en SSPI révèle une admission à 10H24 avec une oxymétrie de pouls à 97 et la mise en place de l'aérosol de Solumédrol et Adrenaline qui a amélioré immédiatement l'état de Monsieur M. ; en effet, l'oxymétrie de pouls est passée à 100 à 10H34 ; ainsi aucun manque d'oxygène n'est à déplorer lors de l'arrivée en SSPI.

En revanche, la feuille de surveillance post-interventionnelle fait état à 11H32 d'une oxymétrie de pouls à 100 puis à 11H43 de l'absence d'oxymétrie de pouls ; le Docteur X. a indiqué avoir été appelé en salle de réveil à 11H45 et les experts ont précisé que l'oxymétrie de pouls non mesurable s'est accompagnée d'une tachycardie et d'une hypertension artérielle, que chez un patient réputé sous oxygène, il faut au moins cinq minutes d'obstruction pharyngée pour passer d'une oxymétrie de pouls à 100 à une oxymétrie impre-



nable et que malgré une intubation trachéale et une ventilation assistée l'oxymétrie mesurable n'a été récupérée qu'après dix minutes ce qui implique que la ventilation n'était pas efficace depuis au moins cinq minutes.

Les experts ont ajouté d'une part, que le trouble respiratoire a bien été dû à une obstruction des voies aériennes car il a suffi au Docteur X. de luxer la mâchoire de Monsieur M. pour que celui-ci reprenne une ventilation ample et efficace, (ce qui exclut une reprise de l'oedème laryngé), qu'il s'agit d'un geste simple que tous les infirmiers de salle de réveil savent faire dans l'attente de la venue d'un médecin et, d'autre part, que l'infirmier de SSPI qui a renseigné un score d'Aldrete à l'arrivée de Monsieur M. (l'activité motrice est notée 0/2 et l'état de conscience est noté 0/2 sur la feuille de soins post-interventionnelle) savait qu'il était endormi et se devait de le surveiller attentivement et de le stimuler. Ces éléments caractérisent ainsi un défaut de surveillance de Monsieur M. en SSPI par le personnel infirmier et une absence de réaction adaptée de ce personnel face à un problème respiratoire, ce qui engage la responsabilité de [l'établissement]. »

Un même raisonnement de principe : une responsabilité partagée 50/50 entre l'anesthésiste et la clinique

Dans les deux premières affaires, une même solution s'est imposée à savoir une responsabilité partagée à 50/50 entre l'anesthésiste et la clinique.

En effet, dans chacune de ces affaires, les défaillances du personnel infirmier faisaient suite à des défaillances propres au médecin anesthésiste réanimateur.

Dans la troisième affaire, l'établissement a cherché l'application du même raisonnement en alléguant, en amont de la prise en charge du personnel infirmier, une extubation trop précoce de la part du médecin anesthésiste réanimateur.

Cependant, au prix d'une traçabilité précise et d'une prise en charge exempte de toute critique, la responsabilité du médecin anesthésiste réanimateur a pu être écartée.

Quels enseignements à tirer de ces 3 cas de défaut de surveillance en SSPI ?

La responsabilité médicale est une responsabilité personnelle et individuelle, chacun répond des conséquences de sa propre prise en charge, mais les défaillances de l'un peuvent contribuer aux défaillances de l'autre.

Les tribunaux ont toujours une extrême difficulté à ne retenir que la responsabilité du personnel infirmier, bien qu'il ait ses compétences et responsabilités propres, et cherchent toujours à savoir s'il n'y a pas lieu de retenir également la responsabilité du médecin dont le personnel infirmier dépend.

Si dans les deux premiers cas exposés, on voit bien que la carence de surveillance du personnel infirmier a été la cause essentielle et principale du dommage, les juges ont retenu néanmoins la responsabilité pour moitié de l'anesthésiste réanimateur dont la prise en charge n'était pas indemne de tout reproche.

Comme nous le démontre la troisième affaire, ce partage de responsabilité n'est pas inévitable, d'autant que nous savons bien le rôle principal et déterminant de la surveillance par le personnel infirmier en SSPI.

Pour que celle-ci soit le centre de l'attention des experts puis des juges, cela suppose une prise en charge de l'anesthésiste réanimateur exempte de tout reproche.

Cela suppose donc :

- Une traçabilité précise et complète de la prise en charge du MAR sur la feuille d'anesthésie
- Une traçabilité des consignes de surveillance en SSPI, qui peut être faite en référence à des protocoles de surveillance selon les types d'anesthésie et/ou de chirurgie réalisées (avec ou sans curare, monitoring de décurarisation avant extubation par l'infirmière en SSPI, constantes de référence impliquant appel systématique et immédiat au MAR etc...)
- Une traçabilité de la surveillance infirmière en SSPI et la conservation des constantes monitorées
- Enfin et bien évidemment la disponibilité immédiate de l'anesthésiste réanimateur pour répondre à un appel d'un infirmier SSPI, disponibilité qui sera toujours mise en cause explicitement ou implicitement s'il est établi qu'il était en charge de plus de deux programmes opératoires sans renfort anesthésique qualifié.

Telles sont les conditions qui permettront, en cas de défaillances du personnel infirmier en SSPI, de ne retenir que la seule et entière responsabilité de la clinique.

Me Philip COHEN,
Me Laure SOULIER,
Me Sophie TABARY

CABINET AUBER
Avocats spécialistes de la santé



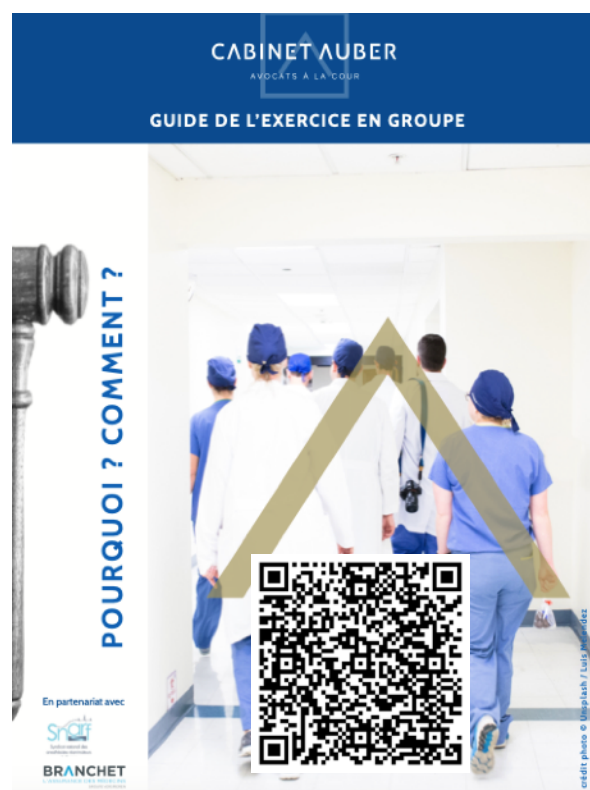
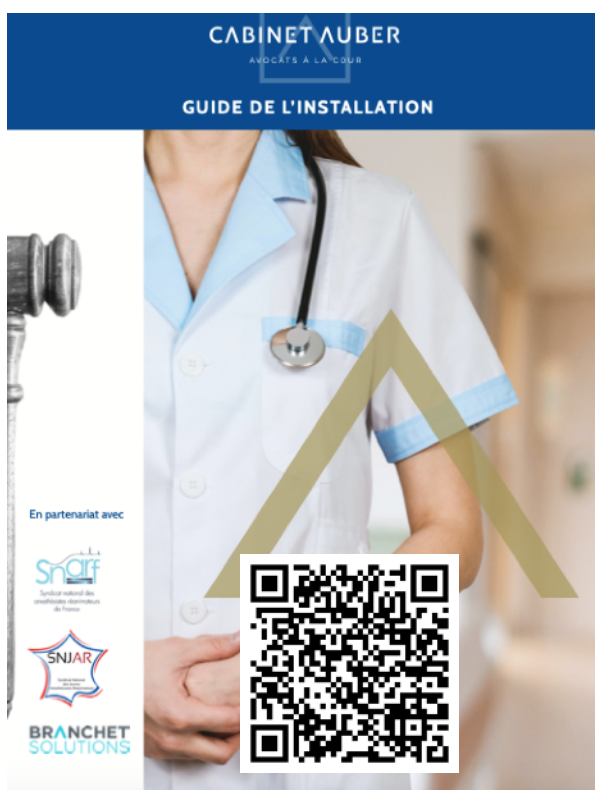
Guide

du remplacement



Guide

de l'accréditation



Bulletin d'adhésion ou renouvellement d'adhésion au SNARF

Madame, Monsieur, le Docteur : (rayer la mention inutile)

Prénom :

NOM :

Adresse de correspondance professionnelle ☐ ou personnelle ☐ :

Autre adresse:

N° téléphone professionnel :

N° téléphone domicile :

N° portable :

Email :

Date et lieu de naissance :

Année de Thèse :

Qualification :

Date :

Mode d'exercice :

- Libéral Secteur I ☐
- Libéral Secteur II ☐
- Hospitalier temps plein ☐
- Hospitalier temps partiel ☐
- Hospitalier privé à but non lucratif ☐

COTISATIONS SNARF

- 310 euros praticiens libéraux (déductible fiscalement)
- 200 euros Nouveaux installés (moins de 3 ans)
- 200 euros Praticiens hospitaliers sans secteur privé
- 50 euros Retraités
- 1 euro Médecins en formation (chefs de clinique et internes)

Etes-vous adhérent de la SFAR (Société française d'anesthésie-réanimation) ? ☐Etes-vous adhérent du Collège français des anesthésistes-réanimateurs ? ☐

Comment avez-vous connu le S.N.A.R.F. ?

Date :

Signature et tampon :

Yvan VIALLO

Conseiller en gestion
de fortune

Fondateur de
VYP FINANCE



VYP FINANCE

Accompagnement
sur-mesure

Aide à la décision dans
vos choix personnels et
professionnels



Prenez soin de votre patrimoine

y.viallon@vypfinance.com
06.20.42.89.62



Si vous voulez juste
une **assurance**, alors
ne venez pas chez
BRANCHET

branchet.fr

