Le consentement éclairé à l'anesthésie

Des référentiels à la pratique quotidienne

Leclerc Charles
Service de Chirurgie et d'Anesthésie ambulatoire
Fondation de la Miséricorde, Caen

Introduction

Le consentement à l'anesthésie semble évident dès lors que l'opération est acceptée, alors que :

- La technique anesthésique n'est pas déterminée
- Le risque anesthésique n'a pas été évoqué
- Le médecin anesthésiste n'a pas été choisi par le patient
- Le médecin qui réalise les soins anesthésiques peut être différent de celui vu en consultation…

Les Référentiels

- **La réglementation**
- **Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé**
- **Décret n°94-1050 du 5 décembre 1994 relatif aux conditions techniques de fonctionnement des établissements de santé en ce qui concerne la pratique de l'anesthésie**
- **Les recommandations professionnelles**
- **ANAES**
- **SFAR**
- **CNOM**

Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé Art. L. 1111-2

Le droit d'être informé

- État de santé, investigations, traitements proposés
- L'utilité
- L'urgence éventuelle
- Les conséquences des soins
- Les risques fréquents ou graves normalement prévisibles
- Les alternatives possibles
- L'évolution spontanée en cas de refus…..
- S'applique à tout professionnel de santé dans le cadre de ses compétences….
- La preuve que l'information a été délivrée revient au professionnel, cette preuve peut être apportée par tout moyen. »

Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé Art. L. 1111-2

- **Le mineur et le majeur sous tutelle**

- Reçoit lui aussi l'information
- Adaptée
- Participe à la prise de décision
- Consentement systématiquement recherché

Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

Art. L 1111-4

- C’est le patient qui décide
- « Consentement (libre et) éclairé »
- Il peut le retirer à tout moment
- Il peut refuser les soins

Décret n°94-1050 du 5 décembre 1994 relatif aux conditions techniques de fonctionnement des établissements de santé en ce qui concerne la pratique de l'anesthésie

- La consultation d'anesthésie est faite par le médecin anesthésiste réanimateur, hors cas d'urgence, plusieurs jours avant l'acte chirurgical.

ANAES

- ***Information des patients : recommandations destinées aux médecins. Mars 2000.***
- Primauté de l'information orale
- Adaptée au cas de chaque personne
- Support écrit possible
- Pas d'obligation à signer le consentement

SFAR

- *Recommandations concernant la période pré-anesthésique. Septembre 1994.*
- Seul le médecin anesthésiste est habilité à informer
- AG, ALR ou sédation
- Techniques d'anesthésie et d'analgésie post-opératoire
- Risques prévisibles
- Echec possible de l'ALR → AG
- Changement de technique imposé par la stratégie opératoire
- Possibilité de transfusion sanguine si chirurgie +/- hémorragique
- Techniques d'épargne transfusionnelle

SFAR

- *L'information du patient avant l'anesthésie. Texte rédigé par le comité vie professionnelle de la SFAR, janvier 1998.*

- *A propos de l'AG: « … Des complications imprévisibles comportant un risque vital comme une allergie grave, un arrêt cardiaque, une asphyxie,sont extrêmement rares. Pour donner un ordre de grandeur, des complications sérieuses ne surviennent que sur plusieurs centaines de milliers d'anesthésies. »*

SFAR (SUITE)

- ***A propos de l'ALR : « …Des complications plus graves comme des convulsions, un arrêt cardiaque, une paralysie permanente ou une perte plus ou moins étendue des sensations sont extrêmement rares. Quelques cas sont décrits, alors que des centaines de milliers d'anesthésies de ce type sont réalisées en France chaque année. »***

SFAR

- *Fiche d'information aux parents avant l'anesthésie de l'enfant. Texte co-écrit par ADARPEF et SFAR, septembre 1999.*

- *Fiche d'information sur la transfusion adaptée de la circulaire DGS/SQ4 n°98/231 du 9 avril 1998*

CNOM

- ***Recommandations concernant les relations entre anesthésistes réanimateurs et chirurgiens, autres spécialistes ou professionnels de santé. Décembre 2001.***

- **Chirurgien: la maladie , son évolution sans traitement, le motif et les modalités de l'intervention, ses avantages, ses conséquences, ses inconvénients et ses risques, ses alternatives si il y en a..**

CNOM (suite)

- Anesthésiste réanimateur: la technique anesthésique, ses avantages, ses inconvénients et ses risques, ses alternatives si il y en a, le terrain, les risques que celui-ci fait courir ….
- Chacun limitant l'information à son domaine
- Chevauchement inéluctable

En résumé

- L'anesthésiste informe le patient pour son domaine
- Il évoque le rapport bénéfice / risque
- Il n'omet pas de signaler les risques graves « normalement prévisibles »
- Il le fait oralement
- Et par écrit : exhaustif et apporte la preuve que l'information à bien été donnée.
- Sauf cas particuliers, le consentement écrit n'est pas demandé au patient

La pratique quotidienne:

Qui donne l'information?

- Le médecin anesthésiste réanimateur

Où et quand?

- **Lors de la consultation d'anesthésie +++**
  « …plusieurs jours avant… »

- **Eventuellement lors de la visite pré-anesthésique**
  « ..dans les heures qui précèdent… »

- **A éviter au bloc opératoire….**

Comment?

- Orale +++

- Ecrite : fiche SFAR
- Pas de signature du patient
- A la sortie, si il y a eu un problème – ou si on en redoutait et qu'il n'y en a pas eu – remettre une carte d'anesthésie.
- Dans l'avenir: CR d'anesthésie ?

Quel contenu?

- Les soins anesthésiques envisagés
- La préparation, les précautions…
- Les consignes : jeûne, médicaments…
- L'organisation….
- Les problèmes attendus : IT difficile, INT, ALR difficile…

Quel contenu? (suite)

- Les risques, ou mieux le rapport bénéfice / risque
- Divers : transfusion, prise en charge de la douleur….
- Anesthésiste différent le jour de l'intervention, voire technique différente…

Conclusion

- Aborder systématiquement l'éventualité d'une complication grave liée à l'anesthésie est difficile et n'est pas réaliste….
- IL FAUT INFORMER SANS FAIRE PEUR
- En pratique seul un risque probabiliste est évoqué si le patient n'en demande pas plus….
- Une information standardisée écrite vient compléter l'information orale.
- L'écrit constitue une preuve que cette information à été donnée
- Une « bonne information » est de nature à réduire les litiges…