

## 🕒 VIIIème journée normande d'anesthésie-réanimation

### **Information du Patient lors de l'Anesthésie Locoregionale**

Henri Bricard

Département d'Anesthésie Réanimation, CHU de Caen.

La validité du consentement d'un patient aux explorations diagnostiques et aux actes thérapeutiques qui lui sont proposés est conditionnée par la qualité de l'information qui lui aura été délivrée auparavant. L'information, droit fondamental du patient et devoir incontournable du médecin a toujours été au cœur de l'éthique médicale.

Un arrêt de la cour de cassation en date du 25 février 1997 est venu brutalement rappeler à la communauté médicale cette obligation en même temps qu'il rendait le médecin responsable de fournir la preuve que cette information avait bien été donnée. Ainsi cet arrêt constituait-il un renversement de la charge de la preuve revenant désormais au médecin et non plus au patient. Depuis cette date, de nombreux autres arrêts sont venus apporter certaines précisions sur les modalités de l'information : contenu, moyens de la preuve, limites, conséquences juridiques

Avant d'aborder le thème spécifique de l'information du patient lors de l'anesthésie locorégionale, il convient de rappeler rapidement la législation, la réglementation et la jurisprudence ainsi que les réflexions, recommandations et documents divers ayant été déjà publiés sur le sujet que ce soit par le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM), la Société Française d'Anesthésie-Réanimation (SFAR) et l'ANAES.

### **Legislation - Réglementation – Jurisprudence**

L'obligation d'information est inscrite à la fois dans le Code Civil (Article 1315), le Code de la Santé Publique (Article 710.2) et le Code de Déontologie Médicale (Articles 35, 36, 64).

#### **LA LEGISLATION ET LA REGLEMENTATION REPOSENT CHRONOLOGIQUEMENT SUR :**

- ◇ Le décret n°74.27 du 14 janvier 1974 relatif aux règles de fonctionnement des centres hospitaliers (Article 41) où il est écrit « Dans toute la mesure du possible les traitements et soins proposés aux malades doivent faire l'objet d'une information de la part du médecin ».
- ◇ La loi n°91.748 du 31 juillet 1991 (Article 710.2) et le décret n°92.329 du 30 mars 1992 mis en application de la dite loi.
- ◇ La loi n° 94.653 du 29 juillet 1994 dite loi bioéthique : « L'information du patient, condition indispensable de son consentement libre et éclairé constitue pour tout médecin une obligation, morale, éthique, déontologique et légale. La nécessité de cette information et du recueil du consentement qu'elle permet est fondée sur le principe du droit garantissant le respect de la dignité humaine ».
- ◇ « Il ne peut être porté atteinte à l'intégrité du corps humain qu'en cas de nécessité thérapeutique pour la personne. Le consentement de l'intéressé doit être recueilli hors le

- cas où son état rend nécessaire une intervention thérapeutique à laquelle il n'est pas en état de consentir» (la loi n°99.641 du 27 juillet 1999 dans son article 70 a substitué la nécessité «médicale» à la nécessité «thérapeutique»).
- ◇ La circulaire DGS/DH n°95 du 6 mai 1995 relative aux droits du patient hospitalisé et comportant une charte du patient hospitalisé rappelle aux établissements de soins, aux médecins et aux autres personnels la nécessité de l'information pour obtenir le consentement :
  - ◇ « Les établissements doivent veiller à ce que l'information médicale soit assurée ... »
  - ◇ « Le médecin doit donner une information simple, accessible, intelligible et loyale à tous les patients ... ».
  - ◇ « Aucun acte médical ne peut être pratiqué sans le consentement du patient ... ».
  - ◇ « Ce consentement doit être libre et renouvelé pour tout acte médical ultérieur ... ».
  - ◇ « Tout patient informé par un praticien des risques encourus, peut refuser un acte de diagnostic ou de traitement ... ».
  - ◇ Le décret n°95.1000 du 6 septembre 1995 portant Code de Déontologie Médicale.
  - ◇ Article 35 : «Le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose ... ».
  - ◇ Article 36 : «Le consentement de la personne examinée ou soignée doit être recherché dans tous les cas. Lorsque le malade, en état d'exprimer sa volonté, refuse les investigations ou le traitement proposés, le médecin doit respecter ce refus après avoir informé le malade de ses conséquences ... ».
  - ◇ Article 64 : «Lorsque plusieurs médecins collaborent à l'examen ou au traitement d'un malade, ils doivent se tenir mutuellement informés, chacun des praticiens assume ses responsabilités personnelles et veille à l'information du patient ». (ainsi chaque praticien est tenu de donner l'information dans son propre domaine de compétence).

## LA JURISPRUDENCE

Elle est définie par le Petit Larousse comme « l'ensemble des décisions des tribunaux, qui constitue une source de droit ». Il s'agit des décisions de la Cour de Cassation en ce qui concerne le droit civil, et le Conseil d'Etat en ce qui concerne le droit administratif. En matière d'information du patient, les premiers arrêts remontent à plus d'un demi siècle ! Seuls les arrêts les plus importants seront cités là encore par ordre chronologique.

Ainsi

- ◇ L'arrêt de la Cour de Cassation du 20 mai 1936 (Arrêt Mercier). Il concerne l'exercice libéral où la relation médecin patient est assimilée à une relation contractuelle impliquant, entre autres conditions, le consentement des parties contractantes. Le patient ne pouvant consentir qu'en connaissance de cause, ne peut le faire qu'après avoir reçu une information de qualité.
- ◇ L'arrêt de la Cour de Cassation du 28 janvier 1942 (Arrêt Teyssier). Il concerne l'exercice à l'hôpital public où le patient noue une relation avec le directeur de l'hôpital. Cependant les médecins hospitaliers, agents du service public, doivent se conformer au droit commun et au Code de Déontologie Médicale. L'arrêt Teyssier énonçait alors : «Comme tout chirurgien, le chirurgien d'un service hospitalier est tenu, sauf cas de force majeure, d'obtenir le consentement du malade avant de pratiquer une opération ; en violant cette obligation imposée par le respect de la personne humaine, il commet une atteinte grave aux droits du malade.
- ◇ L'arrêt de la Cour de Cassation du 21 février 1961. En matière d'information «Le médecin doit employer une expression simple, approximative, intelligible et loyale permettant de prendre la décision qui s'impose ». Le terme « approximative » doit ici être comprise dans son sens juridique c'est à dire « proche de la réalité » et non pas vague ... « Approximatif s'oppose à exhaustif, ce qui serait inopérant, impossible ou traumatisant (commentaire du Code de Déontologie Médicale).
- ◇ L'arrêt de la Cour de Cassation du 29 mai 1984 :

- ◇ «Le devoir d'information pèse aussi bien sur le médecin prescripteur que sur celui qui réalise la prescription ». On retrouve là le caractère individuel pour chaque médecin, de fournir l'information au patient et rappelé dans l'article 64 du Code de Déontologie.
- ◇ L'arrêt de la Cour de Cassation du 25 février 1997 (Arrêt Hedreul) :
- ◇ « Le médecin est tenu d'une obligation particulière d'information vis-à-vis de son patient et il lui incombe de prouver qu'il a exécuté cette obligation ». Les termes de cet arrêt renvoient à l'article 1315 du Code Civil : « Celui qui est légalement ou contractuellement tenu d'une obligation particulière d'information doit apporter la preuve de cette obligation ».
- ◇ Ainsi est libellé l'arrêt renversant la charge de la preuve, arrêt à l'origine d'inquiétudes majeures de la part de la communauté médicale et ayant conduit le Conseil National de l'Ordre des Médecins à demander aux Sociétés Savantes de réfléchir à la rédaction de fiches d'information dans le cadre de chaque spécialité. Nous reviendrons sur ce sujet à propos de l'information en anesthésie.
- ◇ L'arrêt de la Cour de Cassation du 14 octobre 1997. Dans cet arrêt, deux points importants sont précisés, le contenu de l'information et les moyens de la preuve de l'information donnée.

1. « Le médecin doit informer son patient de tout risque grave quelque soit sa fréquence ». Ainsi, l'information doit-elle être donnée en fonction de la gravité du risque et non plus de sa fréquence, exceptionnelle ou pas, l'exemption d'information d'un risque au motif qu'il soit exceptionnel n'est plus acceptable. Il faut entendre par risque grave « ceux qui sont de nature à avoir des conséquences mortelles, invalidantes ou même esthétiques lourdes, compte tenu de leurs répercussions psychologiques ou sociales ». En fait, l'information sur le risque grave a pour objectif, en fonction de ce risque, de permettre au patient de donner son consentement ou d'exprimer son refus en toute connaissance de cause. Cet arrêt sera confirmé un an plus tard par un arrêt du 7 octobre 1998 sur lequel nous reviendrons.
2. « La preuve de l'information peut être apportée par tous moyens ». Ainsi peuvent être considérés comme moyens de la preuve : les présomptions, les témoignages et les écrits. A noter que les recommandations récentes de l'ANAES sur l'information privilégient l'information orale !
  - ◇ L'arrêt de la Cour de Cassation du 17 février 1998 concerne les actes médicaux ou cliniques à visée esthétique. Dans ces cas l'information est de nature complètement différente : «L'obligation d'information doit porter non seulement sur les risques graves de l'intervention mais aussi sur tous les inconvénients pouvant en résulter ».
  - ◇ L'arrêt de la Cour de Cassation du 18 mars 1997 intègre la norme déontologique dans le droit civil :
  - ◇ « La méconnaissance des dispositions du Code de Déontologie Médicale peut être évoquée par une partie à l'appui d'une action en dommages intérêts dirigée contre un médecin ».
  - ◇ L'arrêt de la Cour de Cassation du 27 mai 1998 précise que le médecin ne doit pas faire courir à son patient, un risque inconsidéré que ce soit, de son fait ou en accédant trop facilement à une demande du patient. L'article 40 du Code de Déontologie est très clair sur ce sujet :
  - ◇ « Le médecin doit s'interdire, dans les investigations et les soins qu'il pratique comme dans les thérapeutiques qu'il prescrit, de faire courir au patient un risque injustifié ».
  - ◇ Ainsi, non seulement le médecin doit peser le rapport bénéfice/risque du choix des techniques qu'il utilise mais également il ne doit pas souscrire à une demande du patient lui faisant courir un risque injustifié. Il n'est pas tenu cependant de le convaincre... Nous y reviendrons.
  - ◇ L'arrêt de la Cour de Cassation du 7 octobre 1998 est venu confirmer et renforcer celui du 14 octobre 1998 cité plus haut : «Hormis les cas d'urgence, d'impossibilité ou de refus du patient d'être informé, un médecin est tenu de lui donner une information loyale, claire et appropriée sur les risques graves afférents aux investigations et soins proposés et il n'est pas dispensé de cette obligation par le seul fait que ces risques ne se réalisent qu'exceptionnellement ».

- ◇ Ainsi sont définies les limites de l'obligation d'information : urgence, impossibilité, refus et confirme l'obligation d'informer sur le risque grave quel qu'en soit la fréquence.
- ◇ L'arrêt du Conseil d'Etat du 5 janvier 2000 revêt une importance particulière en ce que dans cet arrêt, la juridiction administrative suprême (le Conseil d'Etat) harmonise ses décisions avec la juridiction civile suprême (la Cour de Cassation). En effet, cet arrêt confirme un arrêt de la Cour d'Appel Administrative de Paris le 9 mai 1998 : la charge de la preuve incombe désormais au médecin et à l'établissement de santé qu'il s'agisse d'exercice libéral ou d'exercice dans un établissement public.
- ◇ L'arrêt de la Cour de Cassation du 18 janvier 2000, en invalidant la décision d'une Cour d'Appel du 14 mai 1997 pose le principe qu'un médecin n'est pas tenu de réussir à convaincre son patient du danger de l'acte médical qu'il a demandé. Cette décision concerne une perforation du globe oculaire survenue à la suite d'une anesthésie locorégionale dont la patiente avait été informée des risques mais avait néanmoins refusé l'anesthésie générale qui lui était proposée ...
- ◇ L'arrêt de la Cour de Cassation du 23 mai 2000 concerne la possibilité pour le praticien de sélectionner l'information à transmettre voire de choisir de ne pas informer en fonction du patient ou du type d'acte à réaliser.
- ◇ S'appuyant sur l'article 42 de l'ancien Code de Déontologie (Article 36 du code actuel 2<sup>ème</sup> alinéa) la Cour considère que cet article :
  - ◇ « Autorise le médecin à limiter l'information de son patient sur un diagnostic ou un pronostic grave ; que si une telle information doit être fondée sur des raisons légitimes et dans l'intérêt du patient, cet intérêt doit être apprécié en fonction de la nature de la pathologie, de son évolution prévisible et de la personnalité du malade ».
  - ◇ Il ne s'agit pas d'une dispense de l'obligation d'information mais d'une limitation : le médecin est toujours tenu de renseigner son patient mais il peut alléger le contenu de l'information pour ne transmettre que les éléments que le patient est médicalement (et non intellectuellement) en état de recevoir. Il s'agit uniquement de l'information portant sur le diagnostic et non celle portant sur les risques des actes proposés.
  - ◇ Qu'en est-il de cette obligation d'information lorsque l'acte est indispensable à la santé du patient ? La Cour de Cassation a donné la réponse suivante en se basant sur l'article 1147 du Code Civil définissant la responsabilité contractuelle.
    - ◇ «Attendu qu'hormis les cas d'urgence, d'impossibilité ou du refus du patient d'être informé, un médecin est tenu de lui donner une information loyale, claire et appropriée sur les risques graves afférents aux investigations et soins proposés et il n'est pas dispensé de cette information sur la gravité des risques par le seul fait que l'intervention serait médicalement nécessaire ».
  - ◇ L'arrêt de la Cour de Cassation du 20 juin 2000 est venu clore la procédure ayant fait l'objet de l'arrêt princeps du 25 février 1997. Il a trait aux conséquences en matière d'indemnisation du préjudice lié au défaut d'information. Le défaut d'information est considéré comme une perte de chance pour le patient de se soustraire à un risque pour lequel il n'aurait pas été informé et justifie une indemnisation pour perte de chance différente de l'indemnisation du préjudice lié au risque qui s'est réalisé.
    - ◇ «Le praticien qui manque à son obligation d'informer son patient des risques graves inhérents à un acte médical d'investigation ou de soin prive ce dernier de la possibilité de donner un consentement ou un refus éclairé à cet acte ».
  - ◇ Cependant, cette indemnisation pour perte de chance n'est pas automatique et l'arrêt du 20 juin confirme celui de la Cour d'Appel d'Angers du 11 septembre 1998. Cet arrêt a considéré que, même si le patient avait été informé du risque de perforation colique au cours de l'endoscopie, compte tenu du contexte familial (père décédé d'un cancer du côlon) le patient n'aurait pas refusé l'examen de sorte qu'il ne justifiait d'aucun préjudice indemnisable.
  - ◇ Cette jurisprudence concernant l'information comme on le voit est impressionnante et évolutive. L'information et le consentement du patient ont également fait l'objet à l'échelon européen et mondial d'une réglementation qu'il convient de connaître car pouvant être évoquée par les patients dans une demande de dommages et intérêts.

## Réglementation internationale

- ◇ Déclaration sur les droits du patient (Association Médicale Mondiale - Bali 1995)
- ◇ « Tout adulte compétent a le droit de donner ou de refuser de donner son consentement à une méthode de diagnostique ou thérapeutique. Il a le droit à l'information nécessaire pour prendre ses décisions. Il doit pouvoir clairement comprendre l'objet d'un examen ou d'un traitement, les effets de leurs résultats et les conséquences d'un refus de consentement ».
- ◇ Convention Européenne sur les Droits de l'Homme et la Biomédecine (Oviedo 4 avril 1997)
- ◇ « Une intervention dans le domaine de la santé ne peut être effectuée qu'après que la personne y a donné son consentement libre et éclairé. Cette personne reçoit préalablement une information adéquate quant au but et à la nature de l'intervention que quant à ses conséquences et ses risques ».
- ◇ « La volonté d'une personne de ne pas être informée doit être respectée ».

## L'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES) et l'information des patients

En février 1999, le Manuel d'Accréditation des établissements de santé dans le chapitre 4 traitait du patient et de sa prise en charge. 3 références du sous chapitre 1.1 traitent de l'information et du consentement du patient.

En mai 2000, l'ANAES a publié un texte de recommandations pour la pratique clinique ayant pour titre « Information des patients - Recommandations destinées aux médecins ».

## Information et Consentement en Anesthésie

Le médecin anesthésiste réanimateur, dans l'exercice de sa spécialité, le plus souvent au sein d'une équipe, est bien entendu tenu lui aussi, dans son domaine de compétence au devoir d'information (Art 35 - Art 64). Depuis de nombreuses années et bien avant l'arrêt du 25 février 1997, le sujet a fait l'objet de la part de la SFAR de nombreuses réflexions, recommandations et de fiches d'information spécifiques sur l'anesthésie, les techniques et leurs risques respectifs. Nous ne ferons que citer les divers documents disponibles et que le lecteur est invité à consulter. Les spécificités de l'information pour anesthésie locorégionale seront ensuite discutées.

- ◇ Le décret du 5 décembre 1994 relatif à la pratique de l'anesthésie a rendu obligatoire la consultation préanesthésique avant tout acte programmé. Le décret du 9 octobre 1998 a confirmé cette obligation pour les femmes enceintes au cours du dernier trimestre de la grossesse. Il est évident que cette consultation à distance représente le moment privilégié de l'information et permettant au patient un délai de réflexion avant l'intervention. Cette consultation fait l'objet d'un compte rendu écrit dans lequel figurera mention de l'information donnée, les modalités de délivrance de l'information (type de documents remis, autres moyens) et les avis émis par le patient. La notion de consentement tacite devra également figurer dans le dossier. Ces données seront confirmées par le patient lors de la visite préanesthésique dans les heures précédant l'anesthésie.
- ◇ Dès 1991 dans les « Recommandations concernant la période préanesthésique » de la SFAR, le thème de l'information du patient au cours de la consultation d'anesthésie avait été abordé.
- ◇ En 1992 dans les « Recommandations concernant la pratique de l'analgésie obstétricale » l'accent était également mis sur l'information de la patiente.
- ◇ En 1995 Le Comité Vie Professionnelle (CVP) de la SFAR avait édité un texte intitulé « Réflexions sur l'information et le consentement du patient en anesthésie réanimation » et qui traitait des principes généraux de cette information, de son contenu et des informations complémentaires devant être formulées dans certains cas particuliers. Un

- paragraphe spécifique était consacré à l'analgésie obstétricale (AFAR 1996 ; 15 (suppl) lettre SFAR 17 : fi 27-fi 28).
- ◇ En 1997 à la suite de l'arrêt de la Cour de Cassation du 25 février de la même année et à la demande du Conseil National de l'Ordre des Médecins, la SFAR a confié au CVP la rédaction d'une fiche «Information médicale sur l'anesthésie : proposition de la SFAR» parue début 1998 (AFAR 1998 ; 17 : fi 2 - fi4).
  - ◇ En 1998, le CVP et le comité obstétrique ont rédigé conjointement une fiche ayant pour titre «L'information médicale sur l'analgésie péridurale en obstétrique» (AFAR 1999 ; 18 : fi 2-3).
  - ◇ D'autres documents spécifiques d'information ont été rédigés par des groupes de travail « ad hoc » au sein de la SFAR.
  - ◇ En 1999 :
    - ◇ une fiche d'information sur la prise en charge de la douleur postopératoire (Comité Douleur - AFAR 1999 ; 18 : 74)
    - ◇ une fiche d'information en anesthésie pédiatrique (ADARPEF ; SFAR ; AFAR 1999 ; 18 : 120-1).

Dans chacun de ces documents figurent des chapitres consacrés à l'information sur l'anesthésie locorégionale ; le lecteur est invité à les consulter. Le chapitre suivant tentera de cibler les spécificités de l'information dans ce domaine.

## Information lors de l'Anesthésie Locorégionale

L'anesthésie locorégionale s'est considérablement développée ces dernières années. Sur les 8 millions d'anesthésies réalisées en France en 1996 (enquête 3 jours), 16% étaient des anesthésies régionales, 5% associaient ALR et sédation, et 2% ALR et anesthésie générale. Les techniques d'anesthésie locorégionale étaient pour 37% une rachianesthésie, pour 5% une anesthésie péridurale (soit 42% d'anesthésies rachidiennes), 23% d'anesthésies péribulbaires en ophtalmologie, 35% regroupant les autres techniques (blocs plexiques et tronconculaires périphériques). Si on considère ces chiffres, ce sont près de 2 millions d'anesthésies locorégionales qui sont réalisés chaque année avec des techniques comportant des risques particuliers et sur lesquels bien entendu les patients doivent être correctement informés.

## Informations générales

Comme on l'a vu l'information doit pouvoir permettre au patient d'apprécier le bien fondé des investigations et des soins qui lui sont proposés en lui donnant tous les éléments pour une décision éclairée lui permettant ainsi d'accepter ou de refuser les actes prévus. Cette information doit porter :

- ◇ Sur son état de santé et son évolution possible ainsi que les investigations nécessaires à une meilleure approche diagnostique et thérapeutique.
- ◇ La nature des thérapeutiques proposées et des techniques, ici anesthésiques, et leurs conséquences respectives sur son intégrité physique, esthétique, fonctionnelle et psychologique tout en lui laissant un choix éventuellement possible entre plusieurs alternatives en fonction du rapport bénéfice / risque de chacune.
- ◇ Les risques liés aux investigations et aux soins, en l'occurrence ici les risques des techniques d'anesthésie locorégionale proposées. Il s'agit là sans aucun doute de la partie la plus délicate de l'information. Le dialogue singulier sera privilégié, dialogue qui requiert du médecin le meilleur savoir faire conciliant loyauté et vérité de l'information tout en conservant le capital confiance du patient. L'ANAES, dans ses recommandations privilégie l'information orale, le dialogue, la réponse aux questions posées par le patient, l'information écrite étant bien sûr un complément de l'information orale. Ainsi en fonction des circonstances il est souhaitable que les fiches d'information établies par la SFAR soient remises aux patients, aux futures parturientes ou, en anesthésie pédiatrique, aux parents. En matière d'anesthésie locorégionale, il est possible voire souhaitable que des schémas simples visualisant les techniques proposées soient présentés au patient. Dans le cadre de l'obstétrique des réunions d'information regroupant plusieurs femmes avec présentation de documents vidéo sur les techniques d'analgésie obstétricale sont

régulièrement organisées dans les établissements, et un médecin anesthésiste-réanimateur présent peut répondre aux questions posées. Les réunions communes ne dispensent pas de la consultation préanesthésique.

- ◇ Si le médecin anesthésiste-réanimateur sait ne pas pouvoir lui-même pratiquer l'anesthésie il doit en informer le patient.

## Information sur les avantages inconvénients et risques de l'anesthésie locorégionale

Dans les fiches existantes proposées par la SFAR, dans le but de ne pas alourdir les documents, ne figurent volontairement que des informations limitées dans le domaine des techniques d'ALR et de leurs risques. Bien entendu, ces aspects de l'information devront être détaillés en fonction des techniques utilisées, chaque équipe pouvant parfaitement, compte tenu de ses pratiques, rédiger des fiches spécifiques sur une technique d'ALR particulière, ses avantages et ses risques. Il conviendra d'expliquer au patient s'il le souhaite, les raisons et plus complètement les aspects techniques (c'est là où des schémas seront les bienvenus) qui conduisent le médecin anesthésiste à proposer une ALR. Il est important et rassurant lorsque l'on propose une technique d'en présenter d'abord ses avantages potentiels par rapport à une autre. De même, lorsqu'on parlera des risques, qu'il ne s'agit pas bien sûr de minimiser (l'information ne serait plus loyale), il faudra insister sur les moyens de surveillance mis en œuvre, les moyens de les prévenir et de les maîtriser.

### CRITERES DE CHOIX DE L'ANESTHESIE LOCOREGIONALE

L'information portera sur les principes généraux de l'anesthésie locorégionale pouvant être par ailleurs réclamée par le patient : conservation de l'état de conscience, anesthésie limitée à la zone opérée, conditions faisant augmenter le sentiment de sécurité, absence d'effets indésirables liés aux anesthésiques généraux, possibilité en fonction des techniques de permettre une analgésie postopératoire d'excellente qualité, durée d'hospitalisation réduite ... Néanmoins, l'alternative de l'anesthésie générale si elle est possible ne devra pas être occultée, certains patients pouvant souhaiter au contraire ne rien voir et ne rien entendre. Il ne faut pas oublier que le refus d'une technique par le patient doit être respecté et être considéré comme une contre indication. Par contre, le médecin n'est pas tenu comme on l'a vu de donner son accord au choix d'un patient qui lui ferait courir un risque injustifié, et il n'est pas tenu non plus de le convaincre de changer ! ... In fine, c'est le médecin qui, au terme de l'examen clinique de son patient, en fonction de l'intervention prévue, proposera au patient la technique lui semblant être le meilleur choix en fonction de son rapport bénéfice/risque, les inconvénients et les risques de la technique proposée ayant été clairement exposés sans oublier les possibilités d'un échec nécessitant plusieurs ponctions voire le recours à une anesthésie générale de nécessité.

### INCONVENIENTS ET RISQUES DES TECHNIQUES D'ANESTHESIE LOCOREGIONALE

Ils devront être exposés et précisés en fonction de la technique choisie, les risques graves voire vitaux n'étant bien entendu pas de même nature au cours et au décours d'une anesthésie tronculaire périphérique, qu'au cours d'un bloc du plexus brachial ou lombaire, d'une anesthésie péridurale ou d'une rachianesthésie !

Les inconvénients et les risques sont liés au geste technique lui-même et au traumatisme médullaire, nerveux ou vasculaire qu'il est susceptible d'induire mais aussi aux effets des anesthésiques locaux et / ou des adjuvants (vasoconstricteurs - morphinomimétiques) sur les nerfs, les racines nerveuses, la moelle épinière, le système sympathique, le système nerveux central. Le lecteur comprendra qu'il n'est pas possible de citer de façon exhaustive dans cet exposé tous les inconvénients et risques de chaque technique.

Parmi les inconvénients il faudra informer du caractère normal de la perte transitoire de la sensibilité et de la motricité d'un membre ou de l'hémicorps et des délais de récupération. Après anesthésie rachidienne, il faudra parler des douleurs possibles rapidement régressives au point de ponction, d'une rétention d'urines obligeant à un sondage évacuateur, de céphalées pouvant nécessiter repos au lit ou traitement spécifique. La possible survenue d'un prurit après morphinomimétiques doit être signalée.

- ◇ Les inconvénients liés aux anesthésiques locaux doivent être signalés qu'il s'agisse des accidents neurologiques pouvant aller jusqu'à la survenue de convulsions mais pouvant être traités rapidement et efficacement.
- ◇ Malgré tout, on ne peut s'affranchir d'informer le patient du risque extrêmement limité mais néanmoins réel d'atteintes neurologiques périphériques ou centrales persistantes voire définitives responsables de paralysies plus ou moins étendues. Un risque vital lié à un arrêt cardiaque, par exemple, n'est bien sûr pas à exclure mais d'une fréquence bien différente d'une technique à l'autre et de toute façon et fort heureusement extrêmement rare.
- ◇ L'anesthésie locorégionale en ophtalmologie nécessite un certain nombre d'informations particulières sur les différentes techniques possibles leurs inconvénients respectifs et le risque majeur qui est celui de perforation du globe et de perte de l'œil. Cette complication justifie dans certaines circonstances pathologiques de refuser la pratique de l'ALR compte tenu de ce risque (agitation du patient, démence, déformation du globe).

## CIRCONSTANCES PARTICULIERES DE REALISATION DE L'ANESTHESIE LOCOREGIONALE ET INFORMATION

- ◇ Information sur la péridurale obstétricale. Une fiche spécifique a été établie par le Groupe Obstétrique et le Comité Vie Professionnelle.

L'information sera réalisée le plus souvent au cours de réunions d'information communes qui ne dispensent pas d'une information personnalisée au cours de la consultation et d'autant plus s'il existe une pathologie maternelle spécifique (cardiopathie - maladie neurologique plus ou moins évolutive) ou des circonstances pouvant amener à ne pouvoir effectivement réaliser la péridurale prévue (fièvre - infection cutanée - prise de médicament récente interférant avec l'hémostase) sans oublier l'indisponibilité d'un médecin anesthésiste occupé ailleurs ... Il faudra également informer sur les conséquences au demeurant bénéfiques de l'analgésie péridurale sur les conditions du déroulement de l'accouchement pour la maman et pour le bébé !

- ◇ L'information en anesthésie pédiatrique comme le précise la fiche établie par l'ADARPEF et la SFAR sera délivrée aux parents en particulier les avantages que présente la réalisation de l'analgésie locorégionale sous anesthésie générale (ponction indolore chez un enfant non agité et qui facilite le geste). Il faudra également insister sur les avantages de la technique en matière d'analgésie postopératoire.
- ◇ Anesthésie locorégionale et chirurgie plastique ou esthétique. Comme on le sait, en matière de chirurgie esthétique, l'information doit être particulièrement exhaustive et concerne non seulement les risques graves et exceptionnels mais tous les inconvénients des techniques mises en péri pour leur réalisation y compris bien sûr l'anesthésie.
- ◇ Précautions particulières d'indication et d'information. Il faudra être particulièrement prudent dans les indications d'anesthésie locorégionale qu'elle soit périphérique ou à fortiori médullaire en cas d'antécédents
  - ◇ de parésies ou paralysies préexistantes
  - ◇ de lombalgies chroniques
  - ◇ de migraines
  - ◇ surtout de maladie neurologique évolutive et / ou en poussées (sclérose en plaques - sclérose latérale amyotrophique), toutes circonstances pouvant être à l'origine de réclamations en cas d'aggravation et potentiellement attribuée à l'anesthésie locorégionale.

## Conclusion

L'information du patient lors de l'anesthésie locorégionale est soumise aux mêmes contraintes éthiques, déontologiques et légales que pour tout acte médical.

L'anesthésie locorégionale est une technique d'anesthésie à part entière qui ne doit pas trouver ses indications dans les contre indications de l'anesthésie générale.

Le choix d'un mode d'anesthésie doit reposer lors de la consultation préanesthésique sur une évaluation préopératoire précise de l'état de santé du patient et sur l'appréciation par le médecin anesthésiste réanimateur du meilleur rapport bénéfice / risque pour le patient, choix qui lui sera expliqué et sur lequel il pourra poser toute question qu'il jugera utile.

Les anesthésies locorégionales sont souvent considérées à tort par les profanes, mais aussi, il faut le dire, parfois par les médecins et les chirurgiens comme anodines ce qui bien sûr est une erreur à ne pas commettre.

Une information loyale et réaliste du patient est donc nécessaire sur les incidents possibles et les complications potentielles.

### Documents pouvant être consultés :

1. ANAES. Service des recommandations et références professionnelles. Information des patients. Recommandations destinées aux médecins, mars 2000.
2. Auroy Y., Narchi P., Messiah A., Litt L., Rouvier B., Samii K. Serious complications related to regional anesthesia, results of a prospective survey in France. *Anesthesiology* 1997 ; 87 : 479-486.
3. Bricard H. Droits du patient. Information et consentement. In : *Traité d'anesthésie générale*. Partie IX, chapitre 2. B. Dalens, Ed. Arnette, Paris, 2001.
4. Décret n°95.1000 du 6 septembre 1995 portant code de déontologie médicale. *JO de la République Française*, 13305-13310, 8 septembre 1995.
5. Sargos P. Information et consentement. *Bulletin de l'Ordre des Médecins* ; janvier 1999 : 10-2.
6. Sargos P. Obligation de moyens et obligation de résultat du médecin. Bilan de la jurisprudence récente de la cour de cassation. *Méd et Droit* 1997 ; 24 : 2-5.
7. Sargos P. Obligation d'information et risques graves. Commentaire d'un arrêt de la 1<sup>ère</sup> Chambre Civile de la Cour de Cassation du 27 mai 1998. *Méd et Droit* 1998 ; 33 : 14-6.
8. Comité Vie Professionnelle de la SFAR. Réflexions sur l'information et le consentement du patient en anesthésie-réanimation. *Ann Fr Anesth Réanim (suppl)*, lettre de la SFAR 1996 ; 17 : 1-7.
9. Comité Vie Professionnelle de la SFAR. La consultation d'anesthésie et la visite préanesthésique. *Ann Fr Anesth Réanim* 1997 ; 16 : 27-8.
10. Comité Vie Professionnelle de la SFAR. Information médicale sur l'anesthésie : proposition de la SFAR. *Ann Fr Anesth Réanim* 1998 ; 17 : 2-4.
11. Comité Vie Professionnelle et Groupe Obstétrique de la SFAR. Information médicale sur l'analgésie péridurale en obstétrique. *Ann Fr Anesth Réanim* 1999 ; 18 : 2-3.
12. Comité Douleur de la SFAR. L'information du patient sur l'analgésie postopératoire. *Ann Fr Anesth Réanim* 1999 ; 18 : 74.
13. Orliaguet G., Mayer MN. Fiche ADARPEF/SFAR. Information médicale avant l'anesthésie de votre enfant. *Ann Fr Anesth Réanim* 1999 ; 18 : 120-1.
14. Palot M., Visseaux H., Botmans C. La consultation d'anesthésie de la femme enceinte. In : Riou B., Coriat P. *La consultation d'anesthésie et la préparation du malade à l'intervention*. JEPUI Pitié-Salpêtrière, Paris, Arnette, 1997 : 139-47.
15. Conseil National de l'Ordre des Médecins. *Commentaires du Code de Déontologie Médicale*. Paris, Ordre National des Médecins 1996 : 326 pages.
16. *Les référentiels en anesthésie-réanimation réunis par la SFAR*. Paris, Elsevier, et SFAR 1997 : 276 pages.
17. *Rapport du Comité Consultatif National d'Ethique pour les Sciences de la Vie et de la Santé : Consentement éclairé et information des personnes qui se prêtent à des actes de soin ou de recherche*. Rapporteurs : Atlan H., Collange JF., Fagot-Largeault A. 12 juin 1998 ; 58 : 3-22.
18. Site web de la SFAR : [http :www.sfar.org](http://www.sfar.org)