

<https://www.lespecialiste.be/fr/actualites/socio-professionnel/permanence-anesthesique-un-arret-qui-force-les-hopitaux-a-revoir-toute-leur-organisation.html>

Permanence des anesthésistes : un arrêt qui force les hôpitaux à revoir toute leur organisation

• 23 mars 2026 par P.S/PM



Lors du congrès des anesthésistes samedi, le Pr Filip Dewallens a détaillé un arrêt récent de la Cour de cassation relatif à la responsabilité hospitalière en situation d'urgence, en particulier lors des accouchements. La Cour estime qu'un anesthésiste doit être physiquement présent à l'hôpital afin d'éviter tout retard fatal lors d'interventions urgentes, ce qui met sous pression les systèmes de garde à domicile.

L'affaire trouve son origine dans l'admission d'une femme pour l'accouchement de son premier enfant. Un médecin spécialiste en formation (ASO) débute le travail alors que le gynécologue staff et l'anesthésiste de garde sont disponibles à domicile. Vers minuit, l'ASO appelle le staff en urgence. Une heure plus tard, une tentative d'extraction par ventouse échoue, après quoi l'anesthésiste est appelé. L'enfant naît finalement deux heures plus tard, avec une asphyxie néonatale et un syndrome d'aspiration.

Si la première expertise n'avait relevé aucune faute, la cour d'appel avait jugé en 2022 que le gynécologue et l'hôpital engageaient leur responsabilité. Le gynécologue a été condamné pour ne pas avoir anticipé à temps la nécessité de la présence d'un anesthésiste. L'hôpital a été tenu responsable d'une organisation ne permettant pas une réponse immédiate aux urgences. L'anesthésiste, lui, n'a pas été jugé fautif, ayant respecté l'organisation en place et s'étant rendu à l'hôpital dès son appel.

La cour d'appel, position confirmée récemment par la Cour de cassation, considère toutefois que les anesthésistes doivent être présents sur place afin de permettre des interventions immédiates. « Dans ce cas précis, la césarienne aurait pu être réalisée plus rapidement si l'anesthésiste avait été physiquement présent », explique Me Filip Dewallens (Dewallens & Partners). « Mais l'anesthésiste de garde à domicile n'a pas été tenu responsable, puisqu'il suivait simplement l'organisation hospitalière en vigueur. »

Impact sur l'organisation hospitalière

Cet arrêt a des implications importantes pour la pratique, même si le droit belge ne connaît pas une doctrine stricte du précédent. Il confère néanmoins une forte autorité à la décision et accentue la pression sur les médecins-chefs et directions hospitalières pour organiser une présence physique des anesthésistes à l'hôpital, y compris la nuit. Concrètement, cela implique qu'un anesthésiste soit disponible immédiatement 24h/24 et 7j/7 pour les accouchements, idéalement dans un délai de cinq minutes, conformément aux recommandations internationales.

La question se pose alors de savoir si un anesthésiste-réanimateur présent aux soins intensifs peut intervenir en cas de césarienne urgente. Une telle solution se heurte toutefois à des contraintes légales : la permanence en soins intensifs doit être garantie en permanence, et le médecin intensiviste ne peut en principe pas quitter son poste pour d'autres activités, comme une intervention au bloc opératoire.

La notion de force majeure

L'arrêt pourrait donc entraîner des réorganisations profondes, même si une exception subsiste en cas de force majeure. En situation aiguë où l'anesthésiste de garde n'est pas encore présent, l'intensiviste doit initier l'intervention urgente afin d'éviter toute non-assistance à personne en danger. Dès l'arrivée de l'anesthésiste, il doit toutefois regagner immédiatement son service.

Cette solution ne peut toutefois pas être organisée de manière structurelle. Un hôpital ne peut prévoir un dispositif dans lequel l'intensiviste assurerait systématiquement la prise en charge

initiale en attendant l'anesthésiste. « La force majeure n'est, par définition, pas organisable », rappelle Filip Dewallens.

Dès lors, ces arrêts traduisent une attente accrue en matière de disponibilité immédiate de la part des patients et des directions hospitalières. « Si un intensiviste doit choisir entre deux urgences – par exemple une réanimation aux soins intensifs et une césarienne en urgence – une mise en balance doit être opérée sur place en fonction du degré d'urgence et des compétences requises », poursuit-il.

La transparence induite par cette jurisprudence pousse les hôpitaux à réévaluer leur organisation de la permanence médicale. Comme le formule le Dr Gilbert Bejjani (BSAR-APSAR), « la réforme du paysage hospitalier doit encourager la consolidation des services nécessitant une couverture continue des urgences, notamment des services combinant anesthésistes, gynécologues, pédiatres et certaines autres spécialités ».