

œ **TEXTE OFFICIEL** ť**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 et modifiant le code de la santé publique (troisième partie : Décrets)***[Journal Officiel du 08 décembre 1994, p.17383-17385]*

Le Premier ministre,  
Sur le rapport du ministre d'Etat, ministre des affaires sociales, de la santé et de la ville, et du ministre délégué à la santé,  
Vu le code de la santé publique, notamment ses articles L. 665-3, L. 712-8, L. 712-9 (3°) et R. 712-2-1 ;  
Vu le décret n° 82-634 du 8 juillet 1982 relatif à la prise en compte des rémunérations des praticiens, à la tarification des consultations externes et au contrôle de l'activité médicale hospitalière dans les hôpitaux publics autres que les hôpitaux locaux et dans les établissements privés à but non lucratif participant au service public hospitalier;  
Vu l'avis du Conseil supérieur des hôpitaux en date du 27 juin 1994 ;  
Vu l'avis du comité national de l'organisation sanitaire et sociale en date du 20 juillet 1994;  
Vu l'avis de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés en date du 27 septembre 1994 ;  
Après avis du Conseil d'Etat (section sociale),  
Décrète

**Art. 1<sup>er</sup> .-**

Il est inséré à la section III du chapitre II du titre I<sup>er</sup> du livre VII du code de la santé publique (troisième partie : Décrets) une sous-section II ainsi rédigée :

*« Sous-section II**« Conditions de fonctionnement relatives  
à la pratique de l'anesthésie**«Paragraphe 1**« Dispositions générales  
« Article D. 712-40*

*« Pour tout patient dont l'état nécessite une anesthésie générale ou loco-régionale, les établissements de santé, y compris les structures de soins alternatives à l'hospitalisation, doivent assurer les garanties suivantes :*

- « 1° Une consultation pré-anesthésique, lorsqu'il s'agit d'une intervention programmée ;*
- « 2° Les moyens nécessaires à la réalisation de cette anesthésie ;*
- « 3° Une surveillance continue après l'intervention ;*
- « 4° Une organisation permettant de faire face à tout moment à une complication liée à l'intervention ou à l'anesthésie effectuées.*

*« Paragraphe 2**« De la consultation pré-anesthésique  
« Article D. 712-41*

« La consultation pré-anesthésique mentionnée au 1° de l'article D. 712-40 a lieu plusieurs jours avant l'intervention.

« Si le patient n'est pas encore hospitalisé, elle est effectuée :

« a) Pour les établissements de santé assurant le service public hospitalier: dans le cadre des consultations externes relevant des dispositions du décret n° 82-634 du 8 juillet 1982 ;

« b) Pour les établissements de santé privés relevant des dispositions de l'article L. 162-22 du code de la sécurité sociale: soit au cabinet du médecin anesthésiste-réanimateur, soit dans les locaux de l'établissement.

« Cette consultation est faite par un médecin anesthésiste-réanimateur. Ses résultats sont consignés dans un document écrit, incluant les résultats des examens complémentaires et des éventuelles consultations spécialisées. Ce document est inséré dans le dossier médical du patient.

« La consultation pré-anesthésique ne se substitue pas à la visite pré-anesthésique qui doit être effectuée par un médecin anesthésiste-réanimateur dans les heures précédant le moment prévu pour l'intervention.

### « Paragraphe 3

#### « De l'anesthésie

#### « Article D. 712-42

« Le tableau fixant la programmation des interventions est établi conjointement par les médecins réalisant ces interventions, les médecins anesthésistes-réanimateurs concernés et le responsable de l'organisation du secteur opératoire, en tenant compte notamment des impératifs d'hygiène, de sécurité et d'organisation du fonctionnement du secteur opératoire ainsi que des possibilités d'accueil en surveillance post-interventionnelle.

#### « Article D. 712-43

« L'anesthésie est réalisée sur la base d'un protocole établi et mis en oeuvre sous la responsabilité d'un médecin anesthésiste-réanimateur, en tenant compte des résultats de la consultation et de la visite pré-anesthésiques mentionnées à l'article D. 712-41.

« Les moyens prévus au 2° de l'article D. 712-40 doivent permettre de faire bénéficier le patient :

« 1° D'une surveillance clinique continue ;

« 2° D'un matériel d'anesthésie et de suppléance adapté au protocole anesthésique retenu.

#### « Article D. 712-44

«I. - Les moyens mentionnés au 1° de l'article D. 712-43 doivent permettre d'assurer, pour chaque patient, les fonctions suivantes :

« 1° Le contrôle continu du rythme cardiaque et du tracé électrocardioscopique ;

« 2° La surveillance de la pression artérielle, soit non invasive soit invasive, si l'état du patient l'exige.

«II. - Les moyens mentionnés au 2° de l'article D. 712-43 doivent permettre d'assurer, pour chaque patient, les fonctions ou actes suivants :

« a) L'arrivée de fluides médicaux et l'aspiration par le vide ;

« b) L'administration de gaz et de vapeurs anesthésiques ;

« c) L'anesthésie et son entretien ;

« d) L'intubation trachéale ;

« e) La ventilation artificielle ;

« f) Le contrôle continu :

« - du débit de l'oxygène administré et de la teneur en oxygène du mélange gazeux inhalé ;

« - de la saturation du sang en oxygène ;

« - des pressions et des débits ventilatoires ainsi que de la concentration en gaz carbonique expiré, lorsque le patient est intubé.

### « Paragraphe 4

#### « De la surveillance continue post-interventionnelle

**« Article D. 712-45**

« La surveillance continue post-interventionnelle mentionnée au 3° de l'article D. 712-40 a pour objet de contrôler les effets résiduels des médicaments anesthésiques et leur élimination et de faire face, en tenant compte de l'état de santé du patient, aux complications éventuelles liées à l'intervention ou à l'anesthésie.

« Cette surveillance commence en salle, dès la fin de l'intervention et de l'anesthésie.

« Elle ne s'interrompt pas pendant le transfert du patient.

« Elle se poursuit jusqu'au retour et au maintien de l'autonomie respiratoire du patient, de son équilibre circulatoire et de sa récupération neurologique.

**« Article D. 712-46**

« Sauf pour les patients dont l'état de santé nécessite une admission directe dans une unité de soins intensifs ou de réanimation, la surveillance qui suit le transfert du patient est mise en oeuvre dans une salle de surveillance post-interventionnelle.

« Sous réserve que les patients puissent bénéficier des conditions de surveillance mentionnées à l'article D. 712-45, peuvent tenir lieu de salle de surveillance post-interventionnelle:

« a) La salle de travail située dans une unité d'obstétrique, en cas d'anesthésie générale ou loco-régionale pour des accouchements par voie basse ;

« b) La salle où sont pratiquées des activités de sismothérapie.

**« Article D. 712-47**

« La salle de surveillance post-interventionnelle est dotée de dispositifs médicaux permettant pour chaque poste installé :

« a) L'arrivée de fluides médicaux et l'aspiration par le vide ;

« b) Le contrôle continu du rythme cardiaque et l'affichage du tracé électrocardioscopique, par des appareils munis d'alarme, et le contrôle de la saturation du sang en oxygène

« c) La surveillance périodique de la pression artérielle ;

« d) Les moyens nécessaires au retour à un équilibre thermique normal pour le patient.

« La salle de surveillance post-interventionnelle est en outre équipée :

« 1° D'un dispositif d'alerte permettant de faire appel aux personnels nécessaires en cas de survenance de complications dans l'état d'un patient ;

« 2° D'un dispositif d'assistance ventilatoire, muni d'alarmes de surpression et de débranchement ainsi que d'arrêt de fonctionnement.

« Les personnels exerçant dans cette salle doivent pouvoir accéder sans délai au matériel approprié permettant la défibrillation cardiaque des patients ainsi que l'appréciation du degré de leur éventuelle curarisation.

**« Article D. 712-48**

« La salle de surveillance post-interventionnelle doit être située à proximité d'un ou plusieurs sites où sont pratiquées les anesthésies et dont le regroupement doit être favorisé, notamment des secteurs opératoires et des secteurs où sont pratiqués les actes d'endoscopie ou de radiologie interventionnelle.

« Ses horaires d'ouverture doivent tenir compte du tableau fixant la programmation des interventions, mentionné à l'article D.712-42, et de l'activité de l'établissement au titre de l'accueil et du traitement des urgences.

« Toute nouvelle salle de surveillance post-interventionnelle, y compris lorsqu'elle est créée par regroupement de salles existantes afin notamment de respecter les normes de personnel paramédical mentionnées à l'article D. 712-49, doit comporter une capacité minimale de quatre postes.

**« Article D. 712-49**

« Les patients admis dans une salle de surveillance post-interventionnelle sont pris en charge par un ou plusieurs agents paramédicaux, ou sages-femmes pour les interventions prévues au a de l'article D. 712-46, affectés exclusivement à ladite salle pendant sa durée d'utilisation et dont le nombre est fonction du nombre de patients présents.

« Pendant sa durée d'utilisation, toute salle de surveillance post-interventionnelle doit comporter en permanence au moins un infirmier diplômé d'Etat formé à ce type de surveillance, si possible infirmier anesthésiste diplômé d'Etat.

« Lorsque la salle dispose d'une capacité égale ou supérieure à six postes occupés, l'équipe paramédicale doit comporter au moins deux agents présents dont l'un est obligatoirement un infirmier diplômé d'Etat formé à ce type de surveillance, si possible infirmier anesthésiste diplômé d'Etat.

« Le personnel paramédical est placé sous la responsabilité médicale d'un médecin anesthésiste-réanimateur qui doit pouvoir intervenir sans délai. Ce médecin :

« a) Décide du transfert du patient dans le secteur d'hospitalisation et des modalités dudit transfert ;

« b) Autorise, en accord avec le médecin ayant pratiqué l'intervention, la sortie du patient de l'établissement dans le cas d'une intervention effectuée dans une structure de soins alternative à l'hospitalisation pratiquant l'anesthésie ou la chirurgie ambulatoire mentionnée au b de l'article R. 712-2-1.

#### « Article D. 712-50

« Le protocole d'anesthésie ainsi que l'intégralité des informations recueillies lors de l'intervention et lors de la surveillance continue post-interventionnelle sont transcrits dans un document classé au dossier médical du patient.

« Il en est de même des consignes données au personnel qui accueille le patient dans le secteur d'hospitalisation. Elles font également l'objet d'une transmission écrite.

#### « Article D. 712-51

« Un arrêté du ministre chargé de la santé détermine les modalités d'utilisation et de contrôle des matériels et dispositifs médicaux assurant les fonctions et actes cités aux articles D.712-43 et D. 712-47. »

### **Art. 2. -**

A titre transitoire, les établissements de santé mentionnés à l'article D. 712-40 du code de la santé publique, existant à la date de publication du présent décret et dont les installations ne satisfont pas aux conditions techniques de fonctionnement prévues aux articles D. 712-43 à D. 712-50 de ce même code disposent d'un délai de trois ans à compter de la date susmentionnée pour se conformer à ces conditions.

Les dispositions des articles D. 712-41, D. 712-42 et du dernier alinéa de l'article D. 712-48 du code de la santé publique sont applicables dès la publication du présent décret.

### **Art. 3. -**

Le ministre d'Etat, ministre des affaires sociales, de la santé et de la ville, le ministre de l'agriculture et de la pêche et le ministre délégué à la santé sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait à Paris, le 5 décembre 1994.

EDOUARD BALLADUR

Par le Premier ministre :

*Le ministre d'Etat, ministre des affaires sociales,  
de la santé et de la ville,*  
SIMONE VEIL

*Le ministre de l'agriculture et de la pêche*  
JEAN PUECH

*Le ministre délégué à la santé,*  
PHILIPPE DOUSTE-BLAZY