

Les normes de sécurité anesthésique imposées aux établissements de santé (2^{ème} Partie)

par Frédéric FOUILLAND

Avocat au barreau de Lyon

2^{ème} partie – Les dispositifs périphériques contribuant à la sécurité anesthésique

Nous relèverons trois dispositifs essentiels permettant d'assurer une sécurité anesthésique. Dans un premier temps, force est de constater qu'il pèse sur les médecins exerçant dans les établissements de soins une charge de travail très importante et cela est encore plus vrai au sein de la profession d'anesthésiste-réanimateur. La pratique de l'anesthésie-réanimation doit être considérée comme une activité à risques, à l'instar d'autres activités telles que le pilotage d'aéronefs ou la conduite de poids-lourds. Dès lors, l'impératif de sécurité anesthésique ne peut être totalement respecté et accompli sans l'application d'un encadrement du repos des médecins anesthésistes-réanimateurs (§1). Ensuite, un Arrêté du 3 octobre 1995¹ a vocation à

définir les matériels nécessaires à la pratique de l'anesthésie et à préciser les modalités d'utilisation et de contrôle² des dispositifs médicaux utilisés en anesthésie (§2). Enfin, une circulaire du 18 novembre 1999 préconise le stockage de Dantrolène afin de prévenir l'hyperthermie maligne (§3).

§1. — Le repos des médecins anesthésistes-réanimateurs salariés : un impératif de sécurité

Différents travaux ont été menés, tant en France qu'à l'étranger, sur la répercussion du manque de sommeil dans le domaine de l'anesthésie-réanimation. Ces travaux ont démontré avec évidence les conséquences désastreuses que peuvent avoir une prise en charge du patient par des médecins en manque de sommeil (I). Différents remèdes ont alors pu être proposés en pratique (II).

¹ Arrêté du 3 Octobre 1995 relatif aux 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

du CSP, correspondant aujourd'hui aux articles D. 6124-94 et D. 6124-99 du CSP.

² Notamment pour ce qui a trait à leur réception, leur mise ou leur remise en fonction et à leur maintenance.

I. — L'évidence d'un lien entre risque d'erreur médicale et fatigue chronique

Un lien mis en évidence par des enquêtes françaises et étrangères. Selon J.B. Cooper³, la fatigue représente 5% des causes d'accidents anesthésiques qui peuvent être évités. La baisse de vigilance peut en effet provoquer des erreurs ou des confusions de seringues ou de produits, des surdosages en médicaments, des extubations accidentelles. Il est indéniable que le manque de sommeil fini par altérer les performances des médecins. A titre d'illustration, R.C. Friedman⁴ a conduit une étude sur les erreurs d'interprétation d'un électrocardiogramme par des internes ayant dormi moins de quatre heures la nuit précédant le test. Il en est venu à la conclusion que leurs compétences diminuaient de façon significative, et que les sujets jeunes n'étaient pas épargnés par les effets néfastes du manque de repos. Ainsi, 41% des anesthésistes en formation, en Californie ont admis faire des erreurs dues à la fatigue.

Une autre enquête⁵ a constaté que la privation de sommeil engendrée par une garde, « *même peu mouvementée* », détériore rapidement les performances décisionnelles au lendemain de cette garde. Il n'est en effet pas rare qu'un anesthésiste-réanimateur ou un urgentiste effectue une garde alors qu'il n'a pas encore « *recupéré* » de la fatigue causée par la garde précédente. Selon une étude néo-zélandaise,⁶ 71% des internes et 58% des séniors disent ressentir une « *fatigue chronique* », et considèrent avoir atteint les limites de la sécurité en matière de délivrance de l'anesthésie. Une analyse

de l'étude⁷ australienne de surveillance des incidents révélait que 3% des incidents étaient dus à la fatigue. En outre selon G. Mion⁸, il s'avère que « *dans la pratique anesthésique où 80 % des incidents seraient liés à une défaillance humaine, la fatigue a été incriminée dans pas moins de 83% des cas et jusque dans 95% en cas de défaillance matérielle ; 40% des médecins auraient été impliqués dans des accidents liés à leur fatigue, certains invoquant la possibilité d'issue fatale* »⁹. Il y a, en définitive, un lien évident entre le risque d'erreur médical et la fatigue chronique ou aiguë¹⁰.

Selon une enquête réalisée par J. Robinault¹¹, les effets du stress et de la fatigue sont encore bien trop souvent sous estimés par le corps médical et particulièrement en milieu chirurgical. 47% des anesthésistes-réanimateurs nient l'existence d'une quelconque corrélation entre une fatigue éprouvée et une moins bonne efficacité dans l'exercice de leur art. 67% des médecins interrogés croient que « *les vrais professionnels peuvent faire abstraction de leurs problèmes personnels au travail* ». Or des études britanniques¹² font état d'un taux de 27% de morbidité psychiatrique chez les praticiens concernés. Certaines analyses¹³ ont effectivement soulevé une morbidité et une mortalité accrues au sein de la profession d'anesthésiste-réanimateur, ainsi qu'un

³ JB Cooper, in "Rapport du Haut Comité de la Santé publique sur la sécurité anesthésique", 26 Novembre 1993, www.sfar.org, p. 16.

⁴ RC Friedman, *Ibid.*, p. 18.

⁵ F. Petitjeans, "Sécurité en anesthésie et facteur humain. Etude expérimentale de l'altération du sommeil et de ses conséquences lors d'une nuit de garde en réanimation." : Th Med 1995, Lyon, et F. Petitjeans, J. Martiflich et E. Combourieu, "Sommes- nous performants après une nuit de garde?" : Ann Fr Anesth Réanm 1996, 15: 901 (R301).

⁶ P. Grandner, A. Merry et M. Millar, "Hours of work and fatigue-related error: a survey of New Zealand anaesthetists" : Anaesth Intensive Care 2000, 28: 178-183.

⁷ G. Morris, R. Morris, "Anaesthesia and fatigue: an analysis of the first 10 years of Australian incident monitoring study 1987-1997" : Anaesth Intensive Care 2000, 28: 300-304.

⁸ Professeur agrégé du Val-de-Grâce, praticien d'anesthésie-réanimation, Directeur du CHADE, Hôpital d'Instruction des Armées du Val-de-Grâce.

⁹ Voir, G. Mion, "Risques potentiels de la pratique de l'anesthésie en situation de fatigue", in Nouveaux risques en anesthésie-réanimation, Risques, éd. Arnette, 2009, p. 467 et s.

¹⁰ J. Fourcade, "Décision et facteur humain" : Médecine et Armées 1998, 16: 551-554.

¹¹ J. Robinault, "Du stress chez les anesthésistes-réanimateurs" : Bolus 2000, 43:18-22.

¹² A. Ramirez, J. Graham et M. Richards, "Mental health of hospital consultants: the effect of stress and satisfaction at work" : Lancet 1996, 347:724-728.

¹³ B. Alexander, H. Checkoway et S. Nagahama, "Cause-specific mortality risks of anesthesiologists" : Anesthesiology 2000, 93: 922-930.

risque élevé de toxicomanie ou de suicide en comparaison aux médecins internistes¹⁴.

II. — Les remèdes proposés

La question de l'instauration d'un repos de sécurité obligatoire. La pratique de la médecine par un urgentiste, un anesthésiste-réanimateur ou un chirurgien dans des conditions de fatigue extrême, peut donc constituer un terrain favorable aux gestes maladroits au cours de la réalisation d'une intervention et risque d'occasionner une « *perte de chance* » de survie ou de guérison pour le malade, voire une mise en danger de la vie d'autrui. La nécessité de mettre en place un repos obligatoire de sécurité a donc peu à peu interpellé les pouvoirs publics. La lutte à long terme contre le syndrome d'épuisement professionnel¹⁵ est incontestablement une garantie d'une meilleure prise en charge du patient.

Mais, la diminution du nombre de praticiens et l'accroissement de leur charge de travail exercent une influence certaine sur l'incidence du syndrome d'épuisement professionnel. La question de l'instauration d'un repos de sécurité obligatoire est en effet « *l'arbre qui cache la forêt* ». Son application n'a pas été des plus simples au sein des différents services hospitaliers en raison de l'inquiétude justifiée d'une chute dramatique des effectifs en médecins anesthésistes-réanimateurs ou en

¹⁴ A ce sujet, voir F. Malye, P. Houdart et J. Vincent, "Le livre noir des hôpitaux", Calmann-Lévy, 2009, p. 75 et s. « *Dépressif, alcoolique, incompétent...Au sein de quelle profession ayant entre les mains la vie de tiers peut-on trouver des personnes en exercice aussi dangereuse ? Vous n'osez pas l'imaginer. Et pourtant si : chez les blouses blanches, qu'elles travaillent en secteur libéral ou à l'hôpital. Etre médecin ne garantit pas la bonne santé. Ni physique ni mentale* » [...] « *Les docteurs Lalande, Charles de Batz et Gérard Laurand ont mené il y a sept ans une mission dans six régions et leurs hôpitaux dans le cadre de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) et rapportent que « les exemples rencontrés montrent que les problèmes sont loin d'être exceptionnels. [...]S'agissant d'intempérance, il n'y a pas de région visitée par la mission dans laquelle des cas sérieux ne sont pas signalés. En Île-de-France, un chef de service d'anesthésie-réanimation est jugé trop atteint par les chirurgiens pour qu'ils le laissent endormir leurs malades [...] »* ».

¹⁵ M. Doppia, "La santé au travail des anesthésistes": La Lettre de Réanoxyo 2001, 1:6-10.

urgentistes. L'instauration du repos de sécurité obligatoire exige une organisation sans faille des différents sites anesthésiques ou des services qui ont recours à la spécialité de l'anesthésie-réanimation. Même si l'organisation de temps de repos des médecins anesthésistes-réanimateurs salariés du secteur privé a été prise en compte dans la réglementation de la durée et de l'aménagement du temps de travail par le biais de la convention collective nationale de l'hospitalisation privée du 18 avril 2002, la notion de repos de sécurité a surtout concerné le secteur public hospitalier.

Le repos de sécurité dans le service public hospitalier. L'activité médicale en milieu hospitalier est particulièrement marquée par une véritable pénibilité du travail dans la mesure où la continuité des soins est une mission de service public hospitalier. L'encadrement réglementaire du repos des médecins anesthésistes-réanimateurs salariés en secteur public hospitalier n'a été que tardivement adopté. Le repos de sécurité n'a été statutairement reconnu qu'en 2002 par décret¹⁶. La réglementation s'est largement inspirée des dispositions de la directive européenne du 23 novembre 1993¹⁷ définissant la période de repos comme « *toute période qui n'est pas du temps de travail* ». La directive du 22 Juin 2000¹⁸ a également influencé le décret de 2002 en ce qu'elle caractérise « *le repos suffisant* » comme « *le fait que les travailleurs disposent de périodes de repos régulières dont la durée est exprimée en unités de temps et qui sont suffisamment longues et continues pour éviter qu'ils ne se blessent eux-mêmes ou ne blessent leurs collègues ou d'autres personnes et qu'ils ne nuisent à leur santé, à court ou à plus long* ».

¹⁶ Décret n°2002-1421 du 6 Décembre 2002 modifiant le décret n°84-131 du 24 février 1984 portant statut des praticiens hospitaliers, JO du 8 Décembre 2002.

¹⁷ Directive 93/104/CE du Conseil du 23 Novembre 1993 relatifs à certains aspects de l'aménagement du temps de travail, JO du 13 Décembre 1993.

¹⁸ Directive 2000/34/CE du Parlement Européen et du Conseil du 22 juin 2000 modifiant la directive 93/104/CE du Conseil concernant certains aspects de l'aménagement du temps de travail afin de couvrir les secteurs et activités exclus de ladite directive, JO du 1^{er} Août 2000.

terme, par suite de la fatigue ou d'autres rythmes de travail irrégulier ».

Le décret de 2002 a redéfini la notion de « *repos de sécurité* » conformément aux textes européens. Ainsi le repos quotidien, aux termes de l'article R. 6152-708 du CSP, consiste en un arrêt de toute activité d'une durée minimale de onze heures consécutives par période de vingt-quatre heures. En outre, le texte intègre la notion de repos de durée équivalente au temps de travail. Par conséquent, dès lors que le praticien accomplit « *une durée de travail continue maximale de vingt-quatre heures* », il doit bénéficier, « *immédiatement à l'issue de cette période, d'un repos d'une durée équivalente* ».

En somme, un médecin qui exercerait durant 24h doit s'arrêter 24h. Même si le sujet de cet ouvrage ne porte pas sur le secteur public, il était intéressant de mentionner l'aspect du repos de sécurité applicable dans le milieu hospitalier au sein de ce chapitre relatif à la sécurité anesthésique, afin de montrer l'importance d'une telle disposition.

Le repos de sécurité dans le secteur de l'hospitalisation privée. L'aménagement de ce repos est organisé dans le secteur de l'hospitalisation privée dans le cadre de la convention collective nationale de l'hospitalisation privée du 18 avril 2002¹⁹. Aux termes de l'article L. 3122-34 du Code du travail, la durée quotidienne de nuit ne peut excéder 8 heures. Toutefois, conformément à l'article 53-2 de ladite convention, « *par accord d'entreprise, la durée quotidienne pourra être portée à un maximum de 12 heures [...]. Le travailleur de nuit pour lequel il aura été fait application de la dérogation à la durée maximale quotidienne de 8 heures du poste de nuit devra bénéficier d'un temps de repos équivalent au temps du dépassement. Ce temps de repos équivalent permettra, dans le cadre de l'organisation du travail, soit une augmentation du repos quotidien, soit une augmentation de la durée du repos*

hebdomadaire, soit une augmentation du temps de repos sur 2 semaines ». On pourra cependant regretter que les partenaires sociaux n'aient pas abordé le thème de ce repos de sécurité d'une manière globale, incluant le travail de jour, comme le travail de nuit.

Les contraintes de personnel et le respect du repos de sécurité. Le repos constitue donc un élément essentiel de l'impératif de sécurité. Les établissements de santé ne peuvent réduire son importance au motif que son application affecterait les effectifs du corps médical et corolairement son organisation. Mais s'il est du devoir des établissements de veiller à la mise en place du repos de sécurité, encore faut-il qu'ils puissent avoir les moyens de le faire. Sur ce point, l'Etat a le devoir de réexaminer le *numerus clausus* des candidats au concours de l'admission aux études médicales françaises afin d'anticiper les départs en retraites de certains médecins et de prévenir le problème des sous-effectifs médicaux au sein des structures de soins. A défaut, l'organisation d'un repos de sécurité risquerait de ne jamais être totalement respectée dans un contexte de pénurie médicale.

Il est en outre important de remarquer que la solution du réexamen de ce *numerus clausus* n'aurait pas une influence immédiate compte tenu du temps nécessaire à la formation et à la spécialisation d'un médecin. On regrettera fortement que les pouvoirs publics n'adoptent pas les dispositifs nécessaires en temps utile et ne parviennent pas à repenser de façon intelligente le système de santé. Tout au plus, cette mesure aurait pour effet de limiter les dégâts dus à ce problème de démographie médicale.

Si le repos de l'Homme est fondamental, d'une certaine manière celui de la machine l'est tout autant. Le contrôle des dispositifs médicaux participe en effet à l'impératif de sécurité anesthésique. Tel fut l'objet de l'Arrêté du 3 octobre 1995.

¹⁹ Texte disponible sur www.legifrance.gouv.fr (IDCC 2264).

§2. — L'Arrêté du 3 Octobre 1995 définissant les modalités d'utilisation et de contrôle des dispositifs médicaux

Le contrôle, la vérification et la maintenance des appareils. Aux termes de l'article 1^{er} de l'Arrêté du 3 octobre 1995, la structure de soin (et corrélativement son Directeur), est responsable de la première mise en service et de toute remise en service ultérieure d'un appareil. A ce titre, l'établissement de santé doit veiller au bon fonctionnement du matériel nécessaire à la réalisation de l'anesthésie et de celui qui permet d'assurer en toute sécurité un réveil post-anesthésique au risque de voir sa responsabilité engagée. A titre d'illustration, une clinique a été jugée responsable suite au décès accidentel d'un patient dû au non fonctionnement d'un défibrillateur, au motif qu'elle était tenue d'assurer à celui-ci le bénéfice d'un matériel propre à garantir sa sécurité²⁰.

L'anesthésiste-réanimateur et la mise en œuvre de l'obligation de vérification. L'article 4 de l'Arrêté précise que « le médecin anesthésiste-réanimateur qui pratique l'anesthésie s'assure, avant induction de son patient, que les vérifications prévues au présent article ont été faites selon les modalités prévues au document et que le résultat en est satisfaisant. Mention en est faite sur un registre contresigné par l'anesthésiste-réanimateur ». Le médecin anesthésiste-réanimateur est tenu d'exiger l'entretien et la maintenance de tous les appareils et signaler tout incident ou risque d'incident à la structure de soins²¹. Dès lors que l'anesthésiologiste accepte d'utiliser un appareil non conforme susceptible de mettre en péril la vie de patients, il risque de voir sa responsabilité pénale engagée, et cela en dépit du fait qu'il ait averti l'autorité administrative de sa défectuosité. L'article

R. 4127-71 du Code de la Santé publique précise même que le médecin « ne doit pas exercer sa profession dans des conditions qui puissent compromettre la qualité des soins et des actes médicaux ou la sécurité des personnes examinées »²².

De surcroît, aux termes de l'article R. 4127-95 du CSP, le médecin « doit toujours agir en priorité [...] dans l'intérêt de la santé publique et dans l'intérêt des personnes et de leur sécurité [...] au sein des collectivités où il exerce »²³. Or en pratique, bon nombre d'anesthésistes-réanimateurs s'estiment à l'abri de toutes poursuites judiciaires²⁴ à leur rencontre lorsqu'ils adressent un courrier à l'autorité administrative les avertissant d'une défaillance technique. Le juge peut bien entendu en tenir compte en cas de litige pour déterminer la responsabilité de chacun, mais ils n'en sont pas moins tenus de refuser d'exercer leur art, en présence d'un dysfonctionnement des dispositifs médicaux. Il repose donc sur le médecin anesthésiste-réanimateur des tâches très diverses qui ne sont pas circonscrites uniquement au soin, mais vont bien au-delà. La maintenance du dispositif médical anesthésique, est une de ses nombreuses fonctions.

La permanence de l'alimentation en énergie. L'article 7 de l'Arrêté prévoit qu'en cas de défaillance de l'alimentation normale en énergie électrique des matériels ou dispositifs médicaux, des systèmes techniques doivent permettre de poursuivre les soins en cours. En cas de défaillance de l'alimentation normale en gaz à usage médical de ces matériels ou dispositifs, des systèmes techniques ou des procédures doivent permettre de poursuivre les soins. Dans ces deux cas, la poursuite est assurée jusqu'à la sortie du patient de la salle de surveillance post-interventionnelle. Le déclenchement de ces systèmes est

²⁰ CA versailles, 27 Juin 1996: Juris-Data n° 044614;

²¹ Sur la maintenance des dispositifs médicaux, voir, "Maintenance des dispositifs médicaux; obligations et recommandations", Guide Pratique de la Direction régionale des affaires sanitaires et sociales de Midi-Pyrénées de Midi-Pyrénées, mars 2005,

²² Anc. article 71 du Code de déontologie médicale.

²³ Anc. article 95 du Code de déontologie médicale.

²⁴ Voir, M. Dru, *Influence de la mutation juridique et de l'action syndicale sur les fonctions de l'anesthésiste-réanimateur hospitalier*, thèse, Université Paris 8- Vincennes-Saint-Denis, UFR Pouvoir, Administration, Echanges, 2005, p.109.

automatique ou réalisable immédiatement par le personnel à partir du local où se trouve le patient. Le personnel est formé au déclenchement des systèmes et à l'exécution des procédures retenues.

La rédaction d'un document organisationnel.

L'environnement technologique de l'anesthésie est très complexe et exige de ce fait une organisation rigoureuse de l'utilisation des différents matériels et des dispositifs médicaux. Afin de prévenir toutes défaillances techniques liées à l'emploi du matériel anesthésique (notamment en cas de dysfonctionnement de l'alimentation normale en énergie électrique des matériels), l'article 2 de l'Arrêté impose à l'établissement de santé la rédaction d'un document détaillant les procédures permettant la poursuite des soins. Ce document est en outre actualisé et accessible à l'ensemble du personnel qui est chargé de procéder aux vérifications. Ce document est adressé annuellement aux services préfectoraux, qui peuvent émettre des observations et formuler des demandes de modifications aux établissements de santé.

Les procédures d'utilisation et de contrôle des matériels et dispositifs médicaux anesthésiques pour une meilleure prévention des infections nosocomiales. Cet Arrêté participe incontestablement à la prévention des infections nosocomiales²⁵ qui constitue d'ailleurs une des missions des établissements de santé. En effet, le Décret n°88-657 du 6 mai 1988 relatif à l'organisation de la surveillance et de la prévention des infections nosocomiales dans les établissements d'hospitalisation publics et privés participant au service public hospitalier a exigé la constitution de

²⁵ Il s'agit d'infections d'origine microbiennes contractées au sein d'une structure de soin, et qui était absente au moment de l'admission du patient. Lorsque l'état infectieux du patient est inconnu, l'infection est généralement considérée, en droit commun, comme nosocomiale si elle se déclare après un délai de 48 heures d'hospitalisation. Ces infections peuvent être directement liées aux soins promulgués, par exemple l'infection d'un cathéter. Elles peuvent également apparaître lors de l'hospitalisation indépendamment de toute intervention.

comités de lutte contre les infections nosocomiales dans ces structures. Bien qu'ayant été réformée par un Décret du 12 novembre 2010²⁶, la lutte contre les infections nosocomiales constitue toujours un impératif de sécurité sanitaire qui repose sur les établissements de soins.

Ainsi, aux termes de l'article R. 6111-7 du CSP, il est instauré « au sein de chaque établissement une équipe opérationnelle d'hygiène composée notamment de personnel médical ou pharmaceutique et de personnel infirmier [...] qui assiste la commission médicale d'établissement ou la conférence médicale d'établissement dans la proposition des actions de lutte contre les infections nosocomiales [...] ». Le matériel employé en anesthésie requiert une hygiène infaillible afin d'éviter toute infection de nature nosocomiale ou autre et offrir au patient une prise en charge optimale. Le respect de l'obligation d'hébergement issue du contrat d'hospitalisation qui lie l'établissement de soin privé au patient, suppose en effet que ce dernier, « fragilisé par la maladie, séjourne dans des milieux salubres et que toutes les règles d'asepsie soient observées »²⁷. La circulaire du 18 novembre 1999 relative au traitement de l'hyperthermie maligne contribue également au respect de cette obligation issue du contrat d'hospitalisation.

§3. — La circulaire du 18 novembre 1999 relative au traitement de l'hyperthermie maligne

Définition de l'hyperthermie maligne. La Circulaire DGS/DH du 18 novembre 1999 relative au traitement de l'hyperthermie maligne per-anesthésique a été adoptée afin de rappeler les risques létaux liés à la survenue d'une hyperthermie maligne au cours d'une anesthésie générale, et de donner les moyens de traiter cette pathologie. L'hyperthermie maligne de l'anesthésie est « une myopathie pharmacogénétique qui met en jeu le

²⁶ Article 1^{er} du Décret n°2010-1408 du 12 novembre 2010.

²⁷ Wozto, "Responsabilité civile des établissements de santé privés", in Lamy Droit de la Santé, Tome 2, 2009, n° 531 et s.

pronostic vital lorsqu'elle aboutit, dans les évolutions défavorables, à la destruction aigue et généralisée du muscle squelettique ». L'emploi de deux catégories d'agents anesthésiques, que sont les halogénés et les curares dépolarisants, constitue un terrain particulièrement favorable à l'apparition d'une telle crise. Le Dantrolène, qui tient lieu de seul traitement curatif, doit être administré urgemment dès lors que les premiers symptômes d'une crise d'hyperthermie apparaissent.

La constitution d'une réserve de Dantrolène. La circulaire DGS/3A n°327 du 12 septembre 1989 relative au traitement de l'hyperthermie maligne de l'anesthésie avait déjà fait obligation aux établissements de santé où se pratiquaient des anesthésies de former une réserve de Dantrolène injectable permettant d'éradiquer, dans les meilleurs délais, toute crise débutante dès la manifestation de signes annonciateurs. L'obligation de disposer d'une réserve de Dantrolène n'était pas toujours respectée, et cela en dépit du fait que le Décret de 1994 disposait que les établissements de santé devaient assurer une organisation permettant de faire face à tout moment à une complication liée à l'intervention ou à l'anesthésie effectuée²⁸; une mesure plus spécifique et plus détaillée semblait donc nécessaire : tel fût l'objet de la Circulaire du 18 novembre 1999.

²⁸ Voir, article D. 6124-91 du CSP (anc. article D. 712-40 du CSP).

