

UCL Saint-Luc

Service d'Anesthésiologie

Procédures

Recueil à l'usage des Médecins
Assistants Cliniciens Candidats
Spécialistes

Septembre 2002

TABLE DES MATIERES

1. LA FORMATION EN ANESTHESIOLOGIE	6
1.1. CURRICULUM UNIVERSITAIRE	6
1.2. LA SPÉCIALITÉ, TELLE QUE RÉGIE PAR LA LOI	20
1.3. STAGES : AFFECTATIONS, GESTION.....	21
1.4. LES HÔPITAUX DE STAGE DU SERVICE D'ANESTHÉSIOLOGIE DE L'U.C.L. :	21
1.5. ANNÉE À L'ÉTRANGER.....	22
1.6. STAGES DE RECHERCHE	23
1.7. STAGES DE SOINS INTENSIFS ET DE SOINS D'URGENCE.	23
1.8. PLANS DE STAGE, CARNETS DE STAGES, RAPPORTS D'ACTIVITÉ	24
1.9. EVALUATIONS	26
1.10. TRAVAIL SCIENTIFIQUE	27
1.11. FIN DE SPÉCIALISATION, DEMANDE D'AGRÈMENT.....	27
1.12. DÉMARCHES ADMINISTRATIVES CONCERNANT LES MÉDECINS ÉTRANGERS	27
1.13. REMARQUES GÉNÉRALES CONCERNANT L'ÉTUDE ET LES EXAMENS	27
2. ORGANISATION GENERALE DU SERVICE D'ANESTHESIOLOGIE	29
2.1. GROUPES DE GESTION.....	29
2.2. ORGANISATION CLINIQUE.....	29
3. ORGANISATION GENERALE DU TRAVAIL DES MACCS	31
3.1. DOSSIER ADMINISTRATIF.....	31
3.2. PRÉSENTATION.....	31
3.3. RÉMUNÉRATIONS.....	33
3.4. ABSENCES.....	33
3.5. RESPONSABILITÉ PROFESSIONNELLE.....	37
3.6. MALADIES PROFESSIONNELLES - PRÉVENTION	38
3.7. ACCIDENTS DU TRAVAIL OU SUR LE CHEMIN DU TRAVAIL	39
3.8. LE SECRET MÉDICAL	39
3.9. QUELQUES MOTS POUR NOS CONFRÈRES ÉTRANGERS.....	40
3.10. REPRÉSENTATION DES ASSISTANTS	41
4. ACTIVITES CLINIQUES.....	43
4.1. LA VISITE PRÉOPÉRATOIRE	43
4.2. QUARTIER OPÉRATOIRE.....	47
4.3. ANESTHÉSIE DANS DES POSTES SITUÉS HORS DU QUARTIER OPÉRATOIRE.	54
4.4. TOUR DE SALLE (VISITE POSTANESTHÉSIQUE)	54
4.5. ANALGÉSIE POSTOPÉRATOIRE (POPS)	55
4.6. LA MATERNITÉ	56
4.7. ACCIDENTS - INCIDENTS - COMMENTAIRES SPÉCIAUX	56
4.8. TECHNICIENS ET MATÉRIEL	58
5. TENUE DES PROTOCOLES ET DOCUMENTS ADMINISTRATIFS EN PRATIQUE CLINIQUE QUOTIDIENNE	59
5.1. PROTOCOLE D'ANESTHÉSIE (ANNEXE)	59
5.2. CLASSEMENT ET CODIFICATION DES PROTOCOLES	60
5.3. PROTOCOLE DE PRÉNARCOSE (ANNEXE)	60
5.4. PROTOCOLE DE SALLE DE RÉVEIL (ANNEXE)	60
5.5. MÉDICAMENTS - FEUILLE DE PHARMACIE	61
5.6. PRESCRIPTION POUR ANALGÉSIE POSTOPÉRATOIRE	62
5.7. TARIFICATION AUX ÉTAGES.....	63
5.8. MODALITÉS DE SORTIE DU CHIRA	63
5.9. CERTIFICATS DE DÉCÈS	63

6. LES GARDES.....	66
6.1. LES LISTES DE GARDE.....	66
6.2. ORGANISATION GÉNÉRALE DES GARDES À SAINT-LUC.....	66
6.3. DÉTAILS PRATIQUES CONCERNANT LA GARDE GÉNÉRALE	66
6.4. LE CAHIER DE GARDES	70
7. LES ROLES TARDIFS	71
7.1. LE SERVICE MOBILE D'URGENCE ET DE RÉANIMATION (SMUR)	71
7.2. SORTIE 100	72
7.3. TRANSFERTS SECONDAIRES MÉDICALISÉS	73
7.4. LES APPELLE-PERSONNES (BIPS).....	73
8. TRANSFUSION.....	74
8.1. ORGANISATION GÉNÉRALE	74
8.2. COMMANDES DE SANG	74
8.3. TRANSFUSION SANGUINE	75
8.4. HÉMOVIGILANCE	76
8.5. LE SANG NON UTILISÉ	77
8.6. PRÉDONATION.....	77
8.7. TRANSFUSION D'ALBUMINE ET DE SSPP.	77
9. ACTIVITES ACADEMIQUES	78
9.1. LA BIBLIOTHÈQUE DU SERVICE	78
9.2. VIDÉOTHÈQUE.....	78
9.3. ENSEIGNEMENT --- SÉMINAIRES	78
9.4. COURS À OPTION D'ANESTHÉSIOLOGIE ET D'ALGOLOGIE	79
9.5. LA SOCIÉTÉ BELGE D'ANESTHÉSIE ET DE RÉANIMATION (SBAR).	80
10. LISTE DE N° DE TÉLÉPHONES INTERNES DU SERVICE D'ANESTHÉSIOLOGIE :	82

INTRODUCTION

Le Service d'Anesthésiologie est heureux de vous compter parmi ses Médecins Assistants Cliniciens Candidats Spécialistes (MACCS).

Au cours de vos cinq années de formation vous travaillez au contact de nombreux maîtres de stages tant à Saint-Luc que dans d'autres hôpitaux.

Ceux-ci s'efforcent de vous proposer les meilleures opportunités de formation tant sur le plan clinique que théorique et scientifique. Ces opportunités deviendront ce que *vous* déciderez d'en faire : veillez à en convertir le plus grand nombre en de véritables expériences d'enseignement enrichissantes tant pour vous que pour l'enseignant.

Dès le premier jour de votre formation, vous vous verrez confier la *responsabilité* de patients. Le bien-être global de ces personnes doit constituer *votre objectif prioritaire*. L'anesthésie ne s'écarte là en rien des autres domaines de l'activité médicale. Le rôle de l'anesthésiste s'intègre dans le parcours d'une *personne* malade; il ne se limite pas à la prise en charge technique d'un « cas » dans une salle d'opération.

On attend de vous que vous proposiez des *plans de narcose et d'analgésie détaillés*, réfléchis et adaptés à chaque patient, et que vous veilliez avec une attention minutieuse à leur exécution optimale. Chaque *plan d'anesthésie doit être discuté avec le spécialiste en charge de votre salle* au plus tard juste avant de mettre le patient sur table. A chaque stage de formation, et quelles que soient les circonstances, l'aide de consultants ("superviseurs") est disponible et adaptée à votre degré de progression dans la spécialité. Il n'en reste pas moins que **vous** êtes l'interlocuteur privilégié du patient, la personne en qui il a placé sa confiance.

Le travail de l'anesthésiste s'insère dans le travail d'une équipe qui comprend les médecins qui ont posé l'indication opératoire, les chirurgiens, le personnel infirmier et paramédical. Cette interaction est permanente et demande une attention particulière aux relations humaines même dans les circonstances de stress que la chirurgie ne manque pas de provoquer.

Le Service se distingue aussi par la qualité de sa recherche scientifique, souvent appliquée aux situations cliniques. Les occasions d'assister ou de participer à de tels travaux sont nombreuses : saisissez-les et tirez-en un bénéfice optimal. Pour rappel, chaque assistant doit au cours de sa formation avoir participé à un travail scientifique, et le publier ou le présenter dans une réunion nationale ou internationale. La recherche peut être considérée comme un investissement pour le patient futur au départ des bénéfices tirés de l'expérience acquise au contact des patients antérieurs. Abordez-la dans cet esprit de respect de la personne et de recherche constante de son mieux-être.

Nous vous souhaitons une excellente formation dans un climat de parfait épanouissement professionnel, social et familial.

AVANT-PROPOS de la 8^e édition

Au cours de l'année passée, il a semblé que des notions fondamentales qui sous-tendent toute l'activité spécifique d'un service d'enseignement clinique n'aient pas été correctement intégrées par tous.

Il a dès lors paru opportun de faire figurer en tête de cette édition un document datant de juin 2000 et qui définissait très clairement la philosophie du service. Faire partie du service implique l'adhésion à ces principes.

Règles de fonctionnement du service

Le fonctionnement quotidien d'un service universitaire doit combiner deux impératifs contradictoires : le droit du patient à des soins optimaux correspondant au niveau d'un hôpital de référence et les nécessités d'un enseignement pratique des futurs spécialistes. Ce conflit d'intérêts ne peut se résoudre qu'en ajustant continuellement les responsabilités confiées aux médecins en voie de spécialisation à leur niveau de compétence. Cet ajustement demande une constante et honnête évaluation des capacités de chaque assistant par les diplômés du service, mais aussi par l'assistant lui-même. En d'autres mots d'une part un diplômé confie un patient à un assistant qu'il estime capable d'assumer ce cas, et d'autre part l'assistant qui accepte le cas estime avoir les connaissances requises pour le prendre en charge ou s'estime capable de les acquérir avant de le prendre en charge. Tout au long du processus, l'assistant place aussi l'intérêt du patient avant le sien : en cas de difficulté technique, il « passe la main » rapidement à une personne plus chevronnée (ceci n'est qu'un exemple).

Tout ceci s'inscrit dans une progression aboutissant aux compétences d'un médecin spécialiste en Anesthésie-Réanimation. On a coutume de dire que l'on ne devient pas spécialiste à minuit le dernier jour de sa formation. Pendant cette progression, l'assistant doit donc recevoir et accepter une autonomie croissante. Cette évolution existe à tout point de vue : pour chaque acte technique, dans chaque sous-spécialité, pour le travail de jour et dans le cadre des gardes. Quel que soit le degré de compétence et d'autonomie atteint pour un acte technique particulier ou dans un domaine particulier, la responsabilité médico-légale et humaine réside en fin de compte auprès du diplômé qui supervise le cas. Cette supervision est permanente, 24 h sur 24, 365 jours par an et s'étend jusqu'au dernier jour de formation.

Comment concilier cette supervision constante et l'apprentissage légitime de l'autonomie de décision ? La réponse à cette question est que l'on confie aussi des *fonctions* de complexité croissante (par opposition à des cas isolés et bien identifiés). L'exemple-type est la progression dans les différents niveaux de gardes existant à St-Luc, aboutissant au « 1020-nuit » qui correspond au niveau maximal d'autonomie de décision. Accéder à ce niveau d'autonomie ne signifie évidemment pas que le collège des diplômés estime que l'assistant sache prendre toutes les décisions et gérer tous les cas qui risquent de lui être proposés. Cela signifie que le collège des diplômés estime que l'intéressé a acquis suffisamment d'expérience pour pouvoir discerner quand demander conseil et faire appel à plus compétent. Il existe donc un contrat de confiance où il est attendu de la part de l'assistant une constante évaluation de ses capacités à faire ce qu'il fait et à prendre les décisions qu'il prend, dans le meilleur intérêt du patient. Il est évident que les

appels d'un assistant accédant depuis peu à cette fonction seront beaucoup plus fréquents que ceux d'un assistant terminant sa formation.

Certaines règles de bon sens s'appliquent cependant jusqu'au dernier jour de formation. Le contrat de confiance et l'autonomie dont bénéficient l'assistant ne valent que dans les limites des règles du service : il est attendu que l'assistant applique les façons de faire qu'on lui a apprises tant sur le plan clinique (ex. : la façon de pratiquer un plexus axillaire) que sur le plan organisationnel (ex. : la permanence d'un anesthésiste pendant la narcose, ou encore le fait d'examiner le patient et son dossier avant l'anesthésie) et sur le plan de la qualité de la documentation (ex. : le protocole d'anesthésie, la prescription d'analgésie post-op...). Ces règles sont écrites dans ce livret d'orientation à l'intention des assistants du service et dans les cahiers de procédures ("bibles") de chaque secteur ou domaine d'activité. **Ces écrits lient et protègent les assistants.** Chaque fois que la situation s'écarte d'un scénario prévisible ou prévu, l'assistant doit mettre le diplômé assurant sa supervision au courant. Ceci vaut pour la décision de mettre sur table un cas à haut risque, ou chaque fois qu'une complication a eu lieu, a fortiori si celle-ci a entraîné une lésion ou le décès, chaque fois qu'un patient doit être admis aux soins intensifs alors que cela n'avait pas été prévu.

Chaque diplômé peut définir plus précisément les règles de communication qu'il entend voir appliquer quand il supervise un assistant pour une narcose ou une garde. De même, chaque assistant a le droit de s'entendre préciser ces règles quand il en éprouve le besoin. Ceci est particulièrement important en ce qui concerne les gardes : les assistants sont nombreux, leurs rotations sont courtes, et il y a plusieurs diplômés dans chaque rotation. Il arrive donc fréquemment que l'on soit pour la première fois de garde à un certain niveau de responsabilité avec un diplômé. Les assistants et le diplômé de garde doivent avoir un contact formel en début de chaque garde : il est bon que les modes de communication soient clairement établis à ce moment-là.

Un dernier mot enfin concernant nos confrères boursiers étrangers. Le service accueille de nombreux boursiers étrangers à des niveaux variables de formation et de compétences. Ils partagent la vie du service pendant des périodes allant jusqu'à deux ans. A ce titre, ils bénéficient de droits similaires aux assistants (enseignement, accès à l'information, ...) et assument les mêmes devoirs (respect des règles du service, gardes...)

Chaque boursier suit aussi une progression vers une autonomie croissante. Leur niveau de départ est toujours celui d'un assistant de début de première année exempté de gardes. La vitesse de progression et le niveau atteint en fin de séjour sont éminemment variables et dépendront de nombreux facteurs dont l'orientation plus ou moins spécialisée du stage, le niveau de compétence de départ, les capacités d'apprentissage, et la qualité de l'interaction avec les personnes qui encadrent le boursier.

L'objectif du service est d'enseigner et d'administrer une anesthésie de haute qualité. Tous les membres du service partagent le souci de veiller à la sécurité et au bien-être de chaque patient. Ces objectifs ne peuvent être atteints que dans une claire compréhension des rôles et responsabilités de chacun, à tout moment. Toute personne travaillant dans le service adhère à ces principes et s'attache à les faire partager par les personnes qu'elle encadre, dans une optique de développement des individus vers une autonomie maximale.

1. LA FORMATION EN ANESTHESIOLOGIE

1.1. CURRICULUM UNIVERSITAIRE

Au sein de l'UCL, la formation est organisée comme un « Diplôme d'Etudes Spéciales » (DES) en Anesthésie-Réanimation d'une durée de cinq années de stages à temps plein, rémunérés, effectués sous la direction de maîtres de stages agréés par une "Commission d'Enseignement".

Elle est décrite dans le livre bleu "Programme d'études" de l'UCL.

Afin de répondre aux nouvelles prescriptions légales en la matière, les deux premières années de formation doivent totaliser 300 heures d'enseignement dites de "Formation Universitaire Spécifique" (FUS) partiellement dispensées sous forme de cours interuniversitaires.

1.1.1. Les 2 premières années de formation

- enseignement théorique : 215 heures
- des séminaires : 30 heures
- une formation clinique encadrée : 60 heures

Il s'agit des cours :

- | | |
|--|-------|
| - ANES 2110 cours à option d'anesthésiologie | 15 h |
| - ANES 3240 cours interuniversitaire d'anesthésiologie | 56 h |
| - " " de transfusion | 7 h |
| - ANES 3220 Séminaires d'anesthésiologie | 30 h |
| - ANES 3150 Séminaires de morbidité-mortalité | 12 h |
| - ANES 3270 Exercices sur simulateur | 15 h |
| - Cours spécifiques de 1 ^e année | 100 h |
| - Research Meetings de la SBAR | 6 h |
| - Congrès annuel de la SBAR | 6 h |
| - Congrès de l'APSAR | 6 h |

auxquels vous êtes tenus d'assister.

A partir de fin 2002, certains cours se donneront via Internet. Les services de stages doivent donc offrir une possibilité de consulter le site du service, et de répondre aux questions posées par courrier électronique.

S'y ajoute le cours à option « Eléments avancés d'Anesthésiologie » (ANES 2310 - 25 h) destiné aux stagiaires postulant dans la spécialité. Ceux qui n'ont pas eu l'occasion de le suivre comme stagiaire doivent le suivre en première année d'assistantat.

Remarque importante concernant les séances sur simulateur : cette technologie coûte cher et requiert des instructeurs et du personnel qualifié. On peut estimer le coût d'une séance à près de 1000 €. Dès le début d'année, des dates vous sont attribuées : il vous appartient de vous arranger pour n'avoir ni gardes ni vacances ces jours-là, ou d'échanger votre date avec un autre assistant. Chaque scénario est préparé en fonction du niveau de formation de l'assistant : si vous échangez votre séance, prévenez bien à l'avance le Dr PENDEVILLE, afin qu'il puisse adapter le scénario à la personne qui vous remplace.

A l'issue de la 2^e année, une évaluation positive par la Commission Facultaire d'Enseignement pour l'Anesthésiologie conditionne l'accès de la 2^e partie de la formation. Ce résultat est communiqué au doyen qui délivre un certificat selon lequel le candidat a suivi avec fruit la « Formation Universitaire Spécifique ». L'évaluation se base sur les évaluations cliniques des maîtres de stages et sur la réussite des tests de fin de 1^e et de fin de 2^e année organisés par l'Enseignement InterUniversitaire d'Anesthésie-Réanimation (EIUA), y compris la transfusion. L'échec d'un test justifie une 2^e session. Une moyenne insuffisante aux deux tests et/ou une évaluation globalement insuffisante sur le plan clinique empêche le passage en 3^e année.

1.1.2. Les trois dernières années de formation

- un enseignement théorique : 15 heures
- des séminaires : 105 heures
- une formation clinique encadrée : 30 heures.

Il s'agit des cours suivants :

- ANES 3220 Séminaires d'anesthésiologie 36 h
- ANES 3250 Séminaires de morbidité-mortalité 15 h
- ANES 3270 Exercices sur simulateur
- MED 2420 Algologie
- ANES 3260 Démonstrations cliniques de techniques d'anesthésiologie 300 h
- Cours Interuniversitaires de Soins Intensifs 60 h

Ces derniers ne sont pas facultatifs, même si l'examen n'est pas encore exigé pour le DES.

Il peut être utile de rappeler ici qu'une partie du salaire des MACCS est payée par la Faculté de Médecine pour la charge d'enseignement qu'ils prennent en préparant et donnant des conférences au sein de leurs services, et en encadrant la progression de collègues plus jeunes, de stagiaires ou de boursiers.

Un examen facultaire clôture la formation et l'assistant devra en outre avoir, au cours de sa formation, publié un travail dans une revue de niveau reconnu et agréé. L'examen peut être présenté en fin de 4^e ou de 5^e année. Il comprend un travail de 10 pages en réponse à un cas clinique compliqué à résoudre en deux semaines; cette réponse sera défendue oralement au cours d'un staff de service avant d'être transmise à la Faculté.

La fonction d'une Université est de délivrer un enseignement. Les fonctions d'un examen universitaire sont

- 1) de délivrer un diplôme certifiant que le candidat possède les connaissances de l'enseignement en question (« graduating function »)
- 2) de fournir un feed back aux enseignants quant aux insuffisances de leur enseignement (« informing function »)
- 3) et, éventuellement, d'établir une gradation entre individus suivant leur degré de connaissances (« ranking function »).

En cela les examens universitaires se distinguent des examens nationaux dont la seule fonction est d'exclure ceux qui ne répondent pas aux exigences *minimales* pour entrer dans une profession ("licencing function", voir plus loin).

Au terme de cette formation, et parallèlement à la reconnaissance INAMI, l'assistant recevra le diplôme d'Etudes Spéciales (DES) en Anesthésiologie.

Il faut donc retenir plusieurs choses :

- Il y a un grand nombre de cours, staffs et séminaires à suivre pendant la formation pour pouvoir satisfaire aux exigences du DES en Anesthésiologie. On considère généralement qu'un minimum de 300 heures de cours théoriques sont nécessaires dans la formation d'un médecin anesthésiste. Pour vous y aider, un système de "crédits" a été mis au point dans le service. La participation active et passive à chaque staff donnera droit à des points. Vous les comptabiliserez et tâcherez d'obtenir les totaux requis en fin de 1^e et de 2^e licence. Ce système s'aligne sur celui de l'accréditation que tous les spécialistes doivent désormais mériter chaque année par des cours de formation continue. Personne ne vérifie si le total est correct : ce n'est qu'une indication destinée à vous aider.
- Un carnet de présences est distribué aux MACCS, qui reprend les différents types de cours, staffs, conférences, ... validables dans le cadre de cet enseignement. Il permet à chaque assistant de quantifier ses progrès dans ce domaine. Une photocopie de ce carnet peut être inséré à la place des pages ad hoc du carnet de stages. Faites-le signer régulièrement.
- Vous devez participer à un travail de recherche scientifique et le faire publier dans une revue peer-reviewed ou le présenter à une réunion scientifique. **Comme il s'agit de quelque chose qui prend en moyenne 18 mois**, pensez-y dès le début de votre formation, impliquez-vous très tôt dans un tel travail avec un superviseur pour ne pas être pris de court à la fin de votre formation ! Un conseil : si vous avez la chance de documenter un cas exceptionnel, publiez-le sous forme de "case-report", ne laissez pas se perdre une telle opportunité.
- Vous aurez deux évaluations à réussir pour le DES : une en fin de 2^e année, une en fin de formation, et cela indépendamment de l'examen de reconnaissance ministériel.

1.1.3. Les cours à option en Anesthésiologie et Algologie sont décrits plus loin (chapitre 9.3).

La loi de 1999 stipule que le candidat spécialiste doit établir avec son maître de stage en début de stage un plan de formation et voir avec lui en fin de stage si ces objectifs ont été atteints.

Nous n'avons pas attendu cet arrêté ministériel pour établir un canevas de formation : il s'agit des feuilles ci-après. Ce document a été rédigé par la commission d'enseignement alors qu'elle était dirigée par le Dr Van Dyck, et approuvé par le collège des maîtres de stages des hôpitaux du réseau. La structure s'inspire des modèles canadiens et américains. Le candidat spécialiste est responsable de sa formation : s'il voit que son stage ne le rapproche pas des objectifs définis dans ces feuilles, il doit le signaler à son maître de stage et définir avec ce dernier une stratégie correctrice. Bien entendu, les maîtres de stages s'engagent à aider les candidats à réaliser ces objectifs.

Objectifs de formation

Après un mois d'anesthésie

Connaissances

1. Comprendre les principes de base de fonctionnement du respirateur, du vaporisateur et des appareils de monitoring peropératoires : pulseoxymètre, NIBP, capnographe.
2. Connaître la pharmacologie élémentaire des principales drogues utilisées en anesthésie, la classe à laquelle elles appartiennent, leurs effets secondaires et leurs antagonistes éventuels.
3. Comprendre les paramètres importants à rechercher dans l'évaluation préopératoire d'un patient.

Compétences pratiques

1. Connaître les règles élémentaires d'hygiène (lavage des mains, tables et surfaces, ...) et de stérilité (voies iv, intubation, champ chirurgical, ...).
2. Savoir placer et fixer une voie d'entrée intraveineuse.
3. Pouvoir assurer et contrôler la perméabilité des voies aériennes d'un patient en respiration spontanée, sous sédation.
4. Savoir ventiler au masque un patient anesthésié.
5. Pouvoir faire une laryngoscopie chez un patient anesthésié. Savoir comment on nettoie et stérilise un laryngoscope pour une utilisation ultérieure.

Capacités

1. Pouvoir faire une évaluation et la visite préopératoire de patients ASA I et II et être capable de discuter avec son superviseur des cas plus difficiles.
2. Pouvoir vérifier la machine d'anesthésie, les fuites, l'arrivée des gaz, l'aspiration, ...
3. Pouvoir préparer une salle d'anesthésie, le matériel d'intubation, les perfusions, les drogues selon la dilution habituelle à son endroit de stage.
4. Savoir placer correctement les moyens de monitoring sur un patient : ECG, brassard de NIBP, pulseoxymètre, capnographe,...
5. Pouvoir transférer un patient en salle de réveil dans de bonnes conditions de sécurité et être capable d'expliquer le cas à l'infirmière du réveil.
6. S'intégrer dans l'équipe soignante, aux étages comme au quartier opératoire. Y valoriser l'image du médecin par l'exemple que l'on donne au contact de la personne malade.
7. Ne pas se contenter d'un savoir implicite : poser les questions qui amènent les aînés à expliquer leurs choix thérapeutiques ou techniques. Savoir choisir les moments opportuns pour poser les questions.

Après trois mois d'anesthésie

Connaissances

1. Posséder un livre de base d'anesthésie et avoir commencé à le lire.
2. Connaître les bases de la pharmacodynamique des principales molécules utilisées en anesthésie (hypnotiques, analgésiques, ...).
3. Connaître le mode d'action des relaxants musculaires dépolarisants et non-dépolarisants et être capable de monitorer la curarisation à l'aide d'un stimulateur.
4. Avoir suivi le cours de CPR et connaître les algorithmes de traitement des principaux troubles du rythme (TV, ESV, FV, ...).
5. Connaître l'anatomie du cou et des voies respiratoires supérieures de l'adulte et ses implications cliniques.
6. Savoir poser l'indication du placement d'une ligne artérielle et en connaître les complications.
7. Savoir exécuter correctement la procédure de vérification d'une unité de sang ou de plasma.

Compétences pratiques

1. Etre capable d'assurer un bon management des voies aériennes.
2. Maîtriser les techniques de la laryngoscopie et de l'intubation, et connaître les différentes manœuvres de contrôle de l'intubation.
3. Pouvoir administrer et surveiller une sédation associée à une anesthésie locale.

Capacités

1. Pouvoir communiquer avec le staff médical et infirmier à l'étage et en salle d'opération.
2. Pouvoir rédiger une feuille préopératoire concise et proposer un plan d'anesthésie en fonction de l'état préopératoire du patient.
3. Pouvoir **surveiller** une anesthésie simple.
4. Connaître les signes d'alerte pendant une opération simple : réveil, curarisation insuffisante.
5. Pouvoir anticiper le déroulement d'une intervention simple, évaluer les pertes peropératoires.
6. Pouvoir transférer un patient en salle de réveil et être capable d'évaluer s'il peut remonter à l'étage.
7. Savoir poser les questions techniques précises (doses, durées, dilutions, réglages d'appareils,...) permettant d'élargir ses capacités pratiques.

Après six mois d'anesthésie

Connaissances

1. Connaître les repères anatomiques permettant de faire une anesthésie péridurale, rachidienne, un plexus, un bloc de pied, une ponction veineuse centrale.
2. Connaître les bases de la pharmacocinétique.
3. Connaître les risques d'une anesthésie locorégionale et le traitement de ses complications.
4. Pouvoir interpréter des résultats de gaz du sang.
5. Connaître les principales particularités de l'anesthésie des urgences.
6. Connaître les indications/contre-indications des produits sanguins. Savoir comment les administrer et contrôler leur efficacité.

Compétences pratiques

1. Pouvoir prévoir une intubation difficile.
2. Pouvoir mettre une voie centrale sous supervision.
3. Pouvoir faire une intubation nasotrachéale.
4. Avoir déjà fait sous supervision quelques péridurales, rachianesthésies et blocs régionaux (plexus axillaire, bloc de pied).
5. Pouvoir placer une ligne artérielle.

Capacités

1. Pouvoir établir un plan d'anesthésie pour un patient ASA III ou IV.
2. Savoir dans quel textbook rechercher des informations à propos d'un cas porteur d'une pathologie particulière.
3. Pouvoir présenter un cas à un séminaire M & M.
4. Pouvoir **conduire seul**, de l'induction au réveil, une anesthésie simple pour une chirurgie peu traumatisante chez un patient ASA I ou II et
5. Sous supervision chez un patient ASA III.
6. Savoir mettre le patient en confiance par les explications adéquates et savoir par des ordres clairs s'assurer le concours d'infirmier(e)s aux moments opportuns, de manière à mener à bien les actes d'anesthésie projetés.

Après un an d'anesthésie

Connaissances

1. Avoir lu un livre de base en anesthésie.
2. Connaître les bases de l'hémodynamique et les valeurs des pressions intracardiaques.
3. Connaître les indications et les risques des cathéters de Swan-Ganz.
4. Savoir reconnaître les crises graves susceptibles de survenir pendant une opération : hyperthermie maligne, choc anaphylactique, bronchospasme, ischémie myocardique, réaction transfusionnelle, porphyrie, hémolyse,...
5. Connaître les principes de base de l'analgésie postopératoire.
6. Connaître les principes de fonctionnement s'appliquant à la chirurgie de jour ("ambulatoire").

Compétences pratiques

1. Etre à l'aise dans le placement de cathéters veineux, artériels, de péridurale et d'anesthésie rachidienne.
2. Pouvoir faire un bloc axillaire et sciatique.
3. Etre capable de piquer une voie d'entrée iv chez un enfant endormi de plus de 2 ans.
4. Avoir déjà, sous supervision, induit la narcose et intubé quelques enfants de plus de 2 ans.

Capacités

1. Connaître ses limites et savoir quand appeler un superviseur.
2. Etre intégré dans une équipe médico-chirurgicale : interagir avec le chirurgien et s'intéresser à ce qu'il fait, comprendre les interventions planifiées, s'assurer de la collaboration des infirmier(e)s, obtenir des autres spécialités médicales les informations ou l'aide technique nécessaire à la sécurité des patients.
3. Proposer des plans d'anesthésie et des solutions techniques pour les cas électifs et les faire approuver par plus expérimenté que soi.
4. Pouvoir évaluer qu'un patient n'est pas à même d'être opéré et nécessite une mise au point complémentaire. Pouvoir en parler à son superviseur;
5. Etre capable de participer efficacement, avec des anesthésistes plus expérimentés, à la prise en charge d'un cas urgent, y compris l'intubation sous Sellick et crush induction.

Après deux ans d'anesthésie

La fin de la 2^e année correspond au passage au statut d'assistant « senior », signifiant par là que ce médecin est devenu « anesthésiste ». Le statut de senior permet, au plus tard après 30 mois de formation, d'effectuer des gardes de coordination à Saint-Luc et d'y prendre en charge des parturientes. Le passage au statut de senior fait l'objet d'une délibération des diplômés du service basée sur les évaluations des maîtres de stage, sur la progression dans l'apprentissage, et sur les résultats aux examens de 2^e année.

Connaissances :

1. Réussir l'examen EIUA portant sur les bases théoriques de l'anesthésie, de l'analgésie et de la réanimation.
2. Savoir lire un article et montrer que l'on sait s'orienter dans la littérature. Savoir préparer une synthèse des connaissances actuelles sur un sujet donné.
3. Connaître les bases de l'anesthésie obstétricale.
4. Avoir une notion des coûts de l'anesthésie.

Aptitudes techniques :

1. Avoir pratiqué personnellement sous supervision les techniques de base de l'anesthésie, savoir en poser les indications et les utiliser de façon autonome en fonction du contexte électif ou urgent.

Ces techniques comprennent :

- IV, IA, emploi des solutions de perfusions, transfusion du sang et de ses dérivés
 - cathétérisme des voies veineuses centrales : jugulaire interne, jugulaire externe, sous-clavière, cathéter de Swan-Ganz
 - techniques de contrôle des voies aériennes : ventilation au masque, intubation endotrachéale, mise en place d'un masque laryngé, ventilation mécanique
 - techniques d'anesthésie locorégionale : péridurale, rachianesthésie, plexus axillaire, plexus interscalénique, bloc de pied
 - analgésie postopératoire contrôlée par le patient ou non
 - techniques d'anesthésie générale par inhalation ou intraveineuse; sédations
 - induction, sous supervision, d'une anesthésie chez l'enfant
 - surveillance en salle de réveil et techniques de transfert en réanimation
 - techniques de monitoring
 - modalités d'installation des patients pour les chirurgies les plus courantes
 - maîtrise du low flow.
2. Avoir placé des péridurales pour analgésie obstétricale, savoir surveiller l'analgésie pour un travail d'accouchement.
 3. Avoir aidé un senior à faire des anesthésies générales et régionales pour césariennes.
 4. Avoir déjà vu faire ou fait soi-même un bloc crural (3 en 1), une caudale.

Capacités :

1. Assurer l'analgésie et l'anesthésie de tout patient électif pour une chirurgie habituelle. Ceci inclut la visite préopératoire et la prise des décisions qui en découlent. Ceci inclut aussi la prise en charge de l'analgésie postopératoire.
2. Pouvoir assister aux (ou les exécuter sous supervision) manœuvres de réanimation d'urgence et à la prise en charge anesthésique d'un patient en situation de détresse vitale.
3. Savoir diagnostiquer les grandes urgences intraopératoires. Connaître et appliquer les stratégies de sauvetage applicables à chaque cas :
hypotension, hypovolémie, hémorragie aiguë, hypertension, hypertension intracrânienne, convulsions, bradycardie, arrêt cardiocirculatoire, troubles du rythme ventriculaire, ischémie myocardique, choc anaphylactique, hyperthermie maligne, hypoxémie, bronchospasme, laryngospasme, embolie gazeuse.
4. Percevoir ses limites et savoir quand on a besoin d'aide ou de supervision. En particulier ne jamais se lancer seul dans un type d'opération pour lequel on n'a jamais anesthésié, ni dans une technique que l'on n'a pas encore pratiquée en première main.
5. Savoir comment consulter le Medline et pouvoir faire une recherche de littérature. L'utiliser, ainsi que la bibliothèque, pour préparer des cas complexes.
6. Pouvoir présenter un séminaire de ± 30 minutes sur un sujet théorique de base.
7. Avoir défini, avec l'aide d'un diplômé, un sujet de recherche et avoir revu la littérature sur le sujet.

Fin des 3 premières années

Connaissances

1. Posséder en profondeur les principes fondamentaux des sous-spécialités principales suivantes : anesthésie en chirurgie ambulatoire, anesthésie thoracique et/ou neurochirurgicale, grands syndromes en médecine d'urgence, anesthésie et analgésie obstétricales, analgésie postopératoire, trauma.
2. Connaître les articles importants en ces matières.
3. Pouvoir faire un exposé clair et synthétique dans ces domaines.
4. Comprendre les bases de l'analyse statistique nécessaires pour traiter des données de séries comparatives simples ou nécessaires à la lecture d'un article.

Aptitudes techniques

1. Etre capable d'utiliser toutes les techniques invasives (excepté celles qui font partie des sous-spécialités, comme, par exemple, l'échocardiographie transoesophagienne).
2. Savoir faire une intubation sélective avec un tube à deux lumières et pouvoir vérifier son placement. En connaître les indications et les risques.
3. Pouvoir se servir d'un fibroscope pour intuber un patient difficile et pour pouvoir vérifier la position d'un tube à deux lumières; être capable de le stériliser en vue d'une utilisation ultérieure.
4. Pouvoir ventiler un patient avec un ventilateur « jet » à haute fréquence.
5. Maîtriser la ventilation en circuit fermé avec « minimal flow ».

Capacités

1. Assurer seul et de façon indépendante l'anesthésie et/ou l'analgésie de tout patient, excepté ceux qui exigent un training spécial (nouveau-nés, opérations sous CEC).
2. Etre capable de conduire un cas obstétrical y compris la réanimation initiale du nouveau-né.
3. Pouvoir démarrer tout cas d'urgence en attendant qu'un collègue ou superviseur compétent dans la sous-spécialité requise soit présent.
4. Faire preuve d'un jugement solide dans la prise de décision et dans l'application de cette décision.
5. Faire preuve d'adaptabilité dans les conditions cliniques changeant rapidement.
6. Démontrer sa capacité d'appliquer les principes de science fondamentale aux principes cliniques.
7. Démontrer sa capacité à enseigner et à superviser les plus jeunes assistants et les stagiaires.
8. Pouvoir dispatcher le travail en fonction des compétences et des connaissances des plus jeunes.
9. Avoir collecté des données dans le cadre d'un travail de recherche, en avoir analysé la signification statistique et avoir rédigé un abstract.

Fin des 4^e - 5^e années

Comme ces deux années comprennent souvent 6 à 12 mois passés à l'étranger ou dans des rotations extérieures à l'anesthésie, elles sont considérées ensemble.

Connaissances

1. Suivre la littérature de la spécialité et montrer qu'on possède les données publiées pendant les deux dernières années.
2. Acquérir la maîtrise des principes de toutes les sous-spécialités : ambulatoire, cardiaque, vasculaire, thoracique, neuro, obstétrique, pédiatrie, douleur aiguë, traumatologie...
3. Acquérir la maîtrise des principes des soins intensifs postopératoires.
4. Acquérir une compétence particulière.
5. Avoir une notion du fonctionnement administratif d'un hôpital, d'un service d'anesthésie ; s'intéresser aux principes de gestion et de tarification des actes médicaux.

Techniques

Maîtriser et exécuter de manière autonome

- toutes les techniques de monitoring invasif
- toutes les techniques d'anesthésie courantes et avancées
- toutes les formes de contrôle des voies aériennes et de ventilation.

Capacités

1. A l'issue de chaque stage de sous-spécialité, pouvoir prendre en charge tous les cas, de manière autonome, dans toutes les circonstances, à l'exception de greffes hépatiques, de lésions de l'aorte thoracique et d'urgences pédiatriques néonatales.
2. Ceci implique une estimation fiable des risques et une approche préopératoire bien maîtrisée qui aboutit à un plan d'anesthésie et de prise en charge périopératoire. En fin de formation, l'assistant devrait maîtriser pour ce faire les techniques de recherche d'informations permettant de se documenter pour prendre en charge des patients porteurs de pathologies inhabituelles (Medline, Internet, Bibliothèque, Revues et Textbooks).
3. Suivre une procédure logique et faire preuve de systématique pour détecter l'origine et corriger des problèmes quand on est appelé à l'aide dans des situations difficiles.
4. Faire preuve de capacités à organiser le travail de l'équipe de garde :
 - établir correctement les priorités
 - faire appel au superviseur à bon escient et en temps voulu
 - faire appel à bon escient et en temps voulu aux assistants de garde de réserve et les superviser efficacement
 - répartir les cas en fonction des capacités des subordonnés qu'on supervise
 - dialoguer de manière efficace et harmonieuse avec les diverses équipes chirurgicales qu'il faut coordonner.
5. Faire preuve de sens didactique et être soucieux de faire progresser ses subordonnés.
6. Avoir conduit une recherche et avoir fait accepter pour publication un abstract, un case report ou un article.
7. Faire preuve d'empathie et de dévouement vis-à-vis des patients et faire partager ces valeurs à son équipe.

Description des fonctions du stagiaire en Anesthésiologie

Ce qui frappe le plus les stagiaires en Anesthésiologie est l'attention extrême portée par les anesthésistes aux moindres détails de leur pratique. Il leur est donc facile de comprendre que la sécurité du patient est à ce prix. Il peut leur être plus difficile de percevoir quel peut être leur rôle au cours de ces stages. Ce document est destiné à les aider et à aider les maîtres de stages, anesthésistes-réanimateurs diplômés ou assistants en formation qui les encadrent. La dénomination stagiaire s'applique principalement aux étudiants de 3^e ou 4^e doctorat de l'UCL effectuant des stages recommandés, des stages d'observation ou des stages à option, mais aussi aux étudiants d'autres universités ou aux médecins diplômés postulant un mandat d'assistant et effectuant à ce titre un stage de sélection.

Premier principe

Un stagiaire doit à tout moment et en toutes circonstances être supervisé par un anesthésiste diplômé ou un assistant lorsqu'il est aux côtés d'un patient anesthésié ou sous sédation. En aucun cas, il ne jouira d'aucune autonomie d'action ou de décision.

On peut cependant lui confier la surveillance d'un patient opéré sous anesthésie isolée d'un membre pour autant que l'opération ait débuté, que le bloc nerveux soit satisfaisant, que l'anesthésiste qui l'a pratiqué soit dans un local adjacent et qu'il ait donné des instructions claires au stagiaire concernant le déroulement normal de l'intervention, les signes d'alerte et la manière d'appeler à l'aide. Un stagiaire ne peut cependant surveiller seul une anesthésie péridurale ni une rachianesthésie.

Deuxième principe

Le stagiaire ne peut jamais être seul lorsqu'il effectue un acte technique : il doit toujours le faire sous supervision *directe*. Le stagiaire n'est pas censé savoir faire des actes techniques : il doit pouvoir montrer qu'il a la capacité *d'apprendre* à les faire. Il doit aussi montrer qu'il a le bon sens de passer la main après un ou deux essais infructueux et de ne pas s'acharner. Il est plus important pour lui d'apprendre les indications, les aspects anatomiques et physiologiques et les effets secondaires des techniques qu'il voit utiliser.

Troisième principe

Le stagiaire doit pouvoir approcher les patients et leurs familles, mais il ne peut pas prendre la parole au nom de l'équipe d'anesthésie. Il participe au tour de salle préopératoire, examine des patients (dans la juste mesure requise par son examen préopératoire), les interroge, confronte ses observations à celles d'assistants ou de diplômés d'anesthésie, mais ne discute pas avec le patient de l'indication opératoire ni du type d'anesthésie, il ne prescrit pas de prémédication ni d'exams complémentaires.

Quatrième principe

Le stagiaire doit pouvoir avoir accès aux données médicales du patient. Il est de ce fait tenu par le secret médical. Il ne discute pas de cas - réels ou théoriques - dans un lieu public comme les couloirs ou les ascenseurs de l'hôpital.

Cinquième principe

Le stagiaire a le droit d'apprendre : il doit avoir accès aux livres et revues de la spécialité et doit être dirigé dans le choix de ses lectures. L'initiative des questions lui revient.

Sixième principe

Le stagiaire doit élargir ses horizons. Le stagiaire de 4^e doctorat n'a en principe qu'une expérience clinique très limitée. Via l'anesthésie, c'est l'approche de toutes les pathologies qui reste la priorité pendant ce stage. Le nouveau système de stages permettrait aux futurs médecins de faire la majorité de leurs stages dans leur future spécialité. Avant cela ils n'auront passé que huit mois dans les grandes spécialités : médecine interne, chirurgie, pédiatrie et gynécologie-obstétrique. Ceci constitue un appauvrissement certain de la formation de base des futurs médecins, et donc des candidats en anesthésie-réanimation, auquel il faut être particulièrement attentif.

Note concernant le statut médico-légal des stagiaires :

- a) **les étudiants non diplômés** : sont couverts par une assurance de l'*Université*. Pour les étudiants non UCL, y compris les étrangers, un document émanant de leur doyen doit certifier que leur stage est reconnu et couvert sur le plan médico-légal par leur *université d'origine*.
- b) **les médecins** doivent être signalés au service des assurances de St-Luc, ainsi qu'au directeur médical, conseil médical et service du personnel, comme « médecins visiteurs ».

Conclusions

Le stagiaire n'est pas un « mini-assistant ». Dans la plupart des cas, il n'est pas médecin et n'a encore que quelques mois de stages à son actif. Son encadrement dans une activité aussi complexe et précise que l'anesthésiologie exige donc un investissement certain et beaucoup de prudence. Enfin, il convient de ne pas perdre de vue que, à l'exception peut-être des stages de sélection, **l'apprentissage de la médecine, et non celui de l'anesthésie, reste le but prioritaire.**

1.2. LA SPÉCIALITÉ, TELLE QUE RÉGIE PAR LA LOI

La fonction d'une autorité civile est de gérer le bien public de façon à assurer à la population des conditions de vie optimales, compte tenu des circonstances. Pour ce faire, elle est habilitée à réglementer l'exercice de certaines professions comme la nôtre.

La fonction d'un examen ou d'une évaluation de connaissances organisés par l'autorité civile est de s'assurer que les professionnels qu'elle agréé (« licencing function ») possèdent les connaissances *minimales* requises quelle que soit la manière dont ces connaissances ont été acquises. La distinction est essentielle par rapport aux examens universitaires : si une université délivre un enseignement inapproprié, l'obtention d'un diplôme de cette université ne garantira pas que l'on sache exercer le métier en question. D'où la nécessité d'un contrôle des connaissances par une autorité civile extérieure à l'Université.

La commission d'agrément du ministère de la santé a pour rôle de veiller à l'application de la loi. Elle est composée de façon paritaire de représentants des universités et de délégués du monde professionnel. C'est à elle qu'il revient de définir en termes pratiques ce que le législateur a écrit en termes généraux. En particulier, elle détermine l'expérience minimale acceptable dans chaque domaine de la discipline, et elle organise les évaluations finales. Ses décisions évoluent avec le temps et les progrès de la science. Il n'est plus possible aujourd'hui, par exemple, d'obtenir son agrégation sans avoir fait un minimum de six mois en soins intensifs, sans avoir fait de l'anesthésie pour neurochirurgie, ou sans avoir une expérience suffisante en soins d'urgence. Ce dernier point est important, car il est le résultat d'une évolution récente : le consensus qui se dégage aujourd'hui est que cette expérience doit correspondre au moins à celle d'un BMA. La Commission peut aussi effectuer des enquêtes ponctuelles dans des endroits de stages, ou entendre des candidats et des maîtres de stages pour résoudre des conflits ou suite à des plaintes.

1.2.1. Les critères spéciaux de formation et d'agrégation des médecins spécialistes en Anesthésiologie visés par la loi du 9 août 1963, art 153 qui instituait dans notre pays le régime d'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité, ont été définis par un arrêté ministériel publié le 15 septembre 1979 qui a ensuite subi plusieurs modifications

1.1. Critères généraux de formation et d'agrégation des médecins spécialistes

Arrêté Ministériel du 30.08.78 (Art. à Art. 11)

1.2. Du stage et de l'agrégation des médecins spécialistes et généralistes

Arrêté Ministériel du 21.04.83 (Art.10 à Art.18 + Art.21)

1.3. Critères spéciaux d'agrégation des médecins spécialistes

Anesthésiologie - Arrêté Ministériel du 09.03.79

1.4. Le 22 juin 1993 la dénomination "Médecin Spécialiste en Anesthésiologie" a été remplacée par "Médecin Spécialiste en Anesthésie-Réanimation".

1.5. Le 29 mai 1999 était publié l'Arrêté Ministériel du 30 avril 1999 réorganisant complètement la formation des spécialistes. Son texte figure en annexe de ce livret.

1.6. L'Arrêté Royal du 16 mars 1999 redéfinit l'accès à la spécialisation (Moniteur du 24.06.99).

1.2.2. Des titres professionnels particuliers en Soins d'Urgence et en Soins Intensifs ont été définis par la loi. Ils sont conférés à l'issue d'une formation spécifique de 2 années dans des services agréés. Pour y accéder, il faut avoir satisfait aux exigences d'une Spécialité de base : Anesthésie-Réanimation, Cardiologie, Chirurgie, Chirurgie Orthopédique, Chirurgie Plastique, Gastro-entérologie, Médecine Interne, Neurochirurgie, Pédiatrie, Pneumologie, Rhumatologie, Urologie. Douze des 24 mois de stage peuvent avoir été prestés au cours de la spécialisation de base. Six des 24 mois de la formation en Soins d'Urgence doivent se passer dans un service de Soins Intensifs; 3 mois de la formation en Soins Intensifs doivent se passer en Soins d'Urgence. Attention cependant : tous les services ne sont pas agréés pour ces formations. Renseignez-vous auprès des Professeurs M. GOENEN et M. REYNAERT.

1.2.3. Un dossier rassemblant les textes de loi relatifs à la formation des Médecins Spécialistes en Anesthésie-Réanimation peut être consulté au Secrétariat du Service.

1.3. STAGES : AFFECTATIONS, GESTION

Le curriculum des assistants est géré par le groupe de gestion des MACCS composé des Drs Ph. BAELE, M. CARLIER, J.M. GOUVERNEUR et Ph. PENDEVILLE. Ces personnes sont à votre disposition pour vous aider à régler tout problème rencontré en cours de stage ou à propos de ces derniers, quel que soit l'hôpital concerné.

Au moins une fois chaque année, vos desiderata sont demandés de façon formelle, mais il est évident que les personnes ci-dessus peuvent être contactées à n'importe quel moment de l'année pour discuter de vos stages. Pour les stages effectués en Belgique, les listes d'affectation sont finalisées en décembre pour les stages débutant en mars, et début juin pour ceux débutant en septembre. Pour ce qui concerne les stages effectués à l'étranger, les affectations sont finalisées en décembre pour l'année académique suivante (cfr infra). Dans la mesure des possibilités, les affectations tiennent compte des desiderata exprimés par les assistants. Ces desiderata sont recueillis par le délégué des assistants qui participe à la réunion où se décident les affectations. A l'issue de cette réunion, les listes provisoires sont affichées; elles peuvent encore faire l'objet de modifications dans les jours qui suivent, à la demande des assistants concernés, pour des raisons valables.

1.4. LES HÔPITAUX DE STAGE DU SERVICE D'ANESTHÉSIOLOGIE DE L'U.C.L. :

Les hôpitaux de stage sont répartis en deux grands groupes : les hôpitaux universitaires et les cliniques affiliées. La politique du service est de faire passer les MACCS à Saint-Luc pendant environ la moitié de leur temps de formation.

Hôpitaux	Distance	Maître de stage	1e et 2e année	3e, 4e, 5e année	Soins Intensifs ou Urgences
UCL Saint-Luc (univ.)	0	Ph. BAELE	≈ 20	≈ 20	5
UCL Mont-Godinne (univ.)	65 km	K. JOUCKEN	≈ 7	≈ 5	2
Clinique Saint-Jean	3 km	J.L. DEMEERE	1-2		1
Hôpital Militaire de Neder-Over-Heembeek (Centre des Brûlés)	5 km	Ph. BAELE			1
Cliniques Saint-Pierre - Ottignies	35 km	M. LEDENT	3	1	
Cliniques de Jolimont	70 km	Ph. BAELE	3	1	3
Cliniques Notre-Dame de Charleroi	60 km	J.P. LECHAT	2	(1)	
Clinique Saint-Luc - Bouge	60 km	J. JAUCOT	1		
Clinique de Libramont	160 km	M. STAINIER	2		
Clinique Ste Elisabeth (Uccle)	8 km	G. BERGIERS	0-1		
Clinique Ste-Elisabeth (Namur)	50 km	J. BONTEMPS	1-2		

SEULS LES NOMS DES MAÎTRES DE STAGES CI-DESSUS PEUVENT FIGURER SUR UN PLAN DE STAGES. *Il n'y a qu'un maître de stages agréé par spécialité par centre.*

Ainsi par exemple : les stages effectués aux Soins Intensifs ou en salle d'urgences à Saint-Luc le sont sous la responsabilité du Pr BAELE, et à Mont-Godinne sous celle du Pr JOUCKEN.

L'usage veut que le futur stagiaire fasse une visite de courtoisie à son futur maître de stages dans le(s) mois qui précède(nt) son arrivée dans le service. Le MACCS a aussi la responsabilité de faire viser son plan de stages par son futur maître de stage AVANT le début de sa rotation; ceci vaut pour toutes les modifications apportées au plan de stages initial. Ne pas le faire expose l'assistant à un refus de la commission ministérielle d'agrément de reconnaître le stage en question.

En fin de stage, un mot de remerciement sera apprécié par tous les cliniciens que vous avez côtoyés et qui vous ont fait bénéficier de leur expérience.

1.5. ANNÉE À L'ÉTRANGER

Dans la mesure de ses possibilités, le service d'Anesthésiologie encourage le passage d'une année de stages à l'étranger. Une telle expérience élargit les horizons, renforce l'esprit critique, enrichit le savoir et constitue souvent un temps fort sur le plan personnel et familial. Un séjour à l'étranger ne s'improvise pas. La plupart des centres étrangers clôturent leurs inscriptions entre les mois de septembre et décembre de l'année académique *qui précède* le début du mandat. En Europe, la majorité des mandats commencent le 1er septembre ou le 1^{er} octobre. Aux Etats-Unis et au Canada, ils peuvent commencer le 1er juillet. Dans l'hémisphère sud, le 1er mars.

Il est important de faire connaître vos intentions de stage à l'étranger dès que vous en envisagez la possibilité, et au plus tard *pour la fin du mois d'octobre* de l'année académique qui précède votre départ (ex octobre 2001 pour un départ en septembre 2002 ou en mars 2003). Les accords de stages doivent être finalisés avant le 31 décembre. Toute demande de stage à l'étranger doit se faire en accord avec le Chef de Service et avec les responsables des stages. Les personnes à contacter sont le

Professeur M. CARLIER *et* Anne BEULLENS, secrétaire. L'assistant qui part à l'étranger doit être en règle avec les lois et règlements du pays de destination avant de partir. Les démarches prennent de nombreux mois, même au sein de l'Union Européenne. Tous les pays exigent une traduction certifiée conforme de chaque document, à commencer par le diplôme de médecine. Par ailleurs, il est essentiel de parler la langue du pays avant de partir, pour profiter au maximum de son stage.

Il existe une tradition de stages d'assistants du Service dans plusieurs grands hôpitaux d'Europe. Il va sans dire que cette tradition existe grâce à l'excellence du travail clinique et scientifique fourni par les assistants du service qui se sont succédé dans ces postes. Elle ne demande qu'à être maintenue et renforcée.

Pour les années académiques 2005 et suivantes, il est encore impossible de prévoir combien de MACCS pourront partir à l'étranger. Vu le *numerus clausus*, ce nombre sera nécessairement réduit par rapport aux années antérieures ; les candidats se destinant à une carrière académique auront priorité.

Il est enfin possible de passer une année dans un autre service universitaire belge, le plus souvent dans le cadre d'un échange d'assistants.

1.6. STAGES DE RECHERCHE

a. A temps plein

Des stages de recherche peuvent être pris en considération dans le cadre de la formation en anesthésiologie, pour un maximum d'un an de formation reconnue. Ces stages ne sont reconnus qu'à raison de 50 % de leur durée réelle. En d'autres termes, un an de recherche aboutit à la reconnaissance de 6 mois de formation et le maximum admis est de 2 années de recherche, comptant donc pour une année de formation. Le moment idéal pour ce type d'expérience est la 4^e année. La durée minimale préconisée est d'un an, qu'il est possible de passer en Belgique ou à l'étranger. Les soutiens budgétaires étant différents de ceux des stages cliniques, il est conseillé de faire connaître vos intentions au moins un an et si possible deux ans à l'avance aux Prs M. DE KOCK, L. VAN OBBERGH ainsi qu'au Pr M. CARLIER et à Anne BEULLENS, secrétaire.

b. A mi-temps

Il est par ailleurs possible de s'intégrer pour six mois, à raison de deux jours par semaine, à un programme de recherche mené au sein du service, en laboratoire ou en clinique, *sans* perte de temps de formation. Les opportunités sont limitées et doivent se négocier au cas par cas avec les Prs M. DE KOCK et L. VAN OBBERGH. Depuis l'année 1999-2000, un mandat MACCS est consacré à la recherche. Deux assistants peuvent donc en bénéficier en permanence.

Outre l'ouverture d'esprit qu'elle confère, la recherche peut déboucher sur la publication de travaux dans des revues de haut niveau et constituer un excellent tremplin pour démarrer une carrière académique.

L'assistance aux cours de licence reste obligatoire pour les assistants poursuivant une activité de recherche sur le site de Woluwé.

1.7. STAGES DE SOINS INTENSIFS ET DE SOINS D'URGENCE.

1.7.a. Stages en Soins Intensifs

Le curriculum normal comprend 6 mois de stages en Soins Intensifs prestés à Saint-Luc, aux Cliniques Universitaires de Mont-Godinne, à l'hôpital de Jolimont ou à la Clinique Saint-Jean à Bruxelles. L'assistant en poste aux Soins Intensifs y participe à toutes les activités cliniques, académiques et de recherche du service auprès duquel il est détaché. En cas de stage à Saint-Luc, il assistera aux cours de Licence en Anesthésiologie chaque fois que ses activités cliniques le permettent.

1.7.b. Stages aux Soins d'Urgence.

Un assistant d'anesthésiologie est détaché en permanence en salle d'urgence. Les rotations sont de un à trois mois. L'assistant en poste aux Soins d'Urgence y participe à toutes les activités cliniques, académiques et de recherche de ce service. Il assistera aux cours du DES en Anesthésiologie chaque fois que ses activités cliniques le permettent. Pour la validation de son stage aux urgences, il doit effectuer au moins une présentation au staff matinal du service des urgences.

1.7.c. DES complémentaire en Soins Intensifs et DES complémentaire en Soins d'Urgence

Ces formations complémentaires (UCL) d'une durée de deux années sont ouvertes aux détenteurs d'une licence en Anesthésiologie ainsi qu'aux détenteurs d'un diplôme de certaines autres spécialités (Médecine Interne, Chirurgie, Pédiatrie ...). La moitié (un an) du DES complémentaire peut avoir lieu pendant les cinq ans de la spécialisation en anesthésiologie, auquel cas une sixième année suffit à obtenir le titre complémentaire désirée. On le voit, cette structure est identique à celle qui confère les titres professionnels particuliers correspondants : ce n'est pas une coïncidence puisque la loi s'est inspirée de la situation existant dans notre Université.

Chaque année, le service d'anesthésiologie peut fournir à deux MACCS la possibilité de passer un total de 12 mois en Soins Intensifs et/ou salle d'Urgence au lieu des 6 mois normalement prévus dans le cadre de la formation. Ces 12 mois doivent être prestés comme seniors c'est-à-dire en 3e, 4e ou 5e année. Les candidatures doivent être introduites auprès du Pr M. CARLIER qui les transmettra pour examen à la Commission ad hoc de la formation complémentaire concernée. Certains stages à l'étranger peuvent être pris en considération à condition d'avoir été reconnus par la Commission ad hoc AVANT d'être prestés.

1.8. PLANS DE STAGE, CARNETS DE STAGES, RAPPORTS D'ACTIVITÉ

Les directives ministérielles établissent clairement qu'il incombe aux MACCS d'effectuer correctement et dans les délais impartis par la loi les démarches nécessaires à leur reconnaissance; en particulier la soumission du plan de stage (ou modifications de celui-ci) et le dépôt des carnets de stage. Ces démarches ont - c'est indéniable - un caractère fastidieux et tatillon. Elles sont cependant nées de la volonté de protéger les stagiaires de l'abus de certains patrons peu scrupuleux. Nos secrétaires vous aideront efficacement à accomplir correctement toutes ces formalités de façon à ce que vous ne risquiez pas de vous voir refuser la reconnaissance de certaines périodes de stage.

En particulier, elles corrigent vos carnets pour les rendre conformes avant examen par la Commission d'Agrément. Ce sont là *des services* qu'elles vous rendent volontiers. Souvenez-vous qu'il *ne s'agit nullement d'une obligation* de leur part ni de la part du service. Au début de sa formation chaque MACCS se voit remettre des fascicules d'orientation qui expliquent le détail des démarches administratives qui lui incombent et qui fournissent des exemples-types de document correctement remplis. En les suivant pas à pas, vous ne devriez connaître aucune difficulté.

Plan de stage

La loi exige le dépôt d'un plan de stage portant sur l'entièreté de la formation AVANT la fin du 3e mois du premier stage. Ce plan doit être établi sur un formulaire spécial disponible au secrétariat du service. Il sera signé par les maîtres de stage concernés avant d'être envoyé à la Commission d'Agrément pour l'Anesthésie-Réanimation du Ministère de la Santé, laquelle doit l'approuver. N'oubliez pas que seuls les noms des maîtres de stages repris dans le tableau page 20 peuvent y figurer. Tous les détails concernant la préparation de ce document peuvent être obtenus auprès de Anne BEULLENS.

Toute modification de ce plan de stage doit être soumise pour approbation *préalable* à la Commission d'Agrément du Ministère. On utilisera chaque fois un nouveau formulaire de modification de plan de stage. Tous les plans de stage et leurs modifications successives sont envoyés par courrier recommandé au Ministère, par les MACCS, mais via le secrétariat d'anesthésiologie.

En cas d'absence prolongée pour raison de santé ou de maternité, veuillez demander aux secrétaires la procédure à suivre.

Carnets de stages

La loi exige la tenue d'un carnet de stages **annuel** reprenant toutes les prestations effectuées en stages, et la liste des gardes, il faut distinguer les gardes internes des astreintes (gardes à domicile). Les rôles tardifs ne sont pas considérés comme des gardes. Les communications présentées (dans le cadre de staffs ou réunions de services aussi bien que congrès internationaux), les cours, symposia, ou congrès auxquels on a assisté, ainsi que les travaux publiés figureront dans le carnet d'activités scientifiques (couverture jaune) **dont une photocopie sera jointe à chaque carnet de stage.**

Il est conseillé aussi de joindre une copie de tous les textes, abstracts, travaux ou articles publiés.

Rapport d'activité

Le Ministère de la Santé demande **un rapport d'activité par lieu de stage** (ex. 6 mois à Mont-Godinne = 1 rapport d'activité et 6 mois à St-Luc = 1 rapport d'activité).

Le (les) rapport(s) d'activité relatif(s) à ce carnet de stages annuel sera(ont) donc remis avec le carnet correspondant **à la fin de chaque année d'étude** au secrétariat d'Anesthésiologie, à **Isabelle POOT, le mardi et le jeudi de 10 à 12 et de 14 à 16 h - tél 02 764 18 36.**

Il reprend un résumé chiffré de l'activité détaillée dans les carnets de stage y compris les urgences (SAMU) et les Soins Intensifs. Ce rapport doit être signé par le maître de stages. Il simplifie

grandement l'examen de vos documents par la commission ministérielle et permet de suivre votre expérience clinique.

Concernant les activités à détailler, la Commission vous conseille de mentionner :

- chaque patient pris en charge aux Soins Intensifs
- chaque patient pris en charge au SAMU
- chaque patient pris en charge en Salle d'Urgences
- chaque patient pris en charge en Algologie

et de mentionner pour chaque jour passé au PACU (UPSA, Salle de réveil) le nombre de cas pris en charge dans la journée, de même pour les voies centrales.

Ces dernières modifications sont destinées à documenter votre formation de base en soins d'urgence et en prise en charge de la douleur, aux fins d'anticiper d'éventuelles modifications des règlements en vigueur.

Nous vous demandons de faire une photocopie de chaque rapport d'activité pour votre dossier personnel.

Les carnets de stages et rapports d'activités sont à remettre à Isabelle POOT, qui les vérifie et les envoie au Ministère par courrier recommandé.

1.9. EVALUATIONS

Chaque stage donne lieu à une *évaluation de chaque MACCS* par les diplômés l'ayant encadré. Cette évaluation est individuelle et se fait selon un format stéréotypé. Elle est destinée à communiquer au MACCS ses points forts et faibles. Il ne s'agit pas de cotes mais d'appréciations destinées à l'aider à corriger ses points faibles en s'appuyant sur ses forces. Ces feuilles d'évaluation sont discutées avec le MACCS qui les signera après en avoir pris connaissance et y avoir inscrit ses remarques et points de désaccords éventuels. Ces feuilles sont centralisées chez le Pr M. CARLIER. Ceci permet au groupe de gestion des MACCS de suivre l'évolution dans le temps de chaque assistant(e). Elles sont confidentielles et aucun élément de leur contenu n'est jamais divulgué à l'extérieur, en particulier à d'éventuels futurs employeurs. Ces feuilles ne sont pas jointes au dossier administratif des MACCS.

A l'issue de chaque stage, chaque MACCS est invité à remplir une *feuille d'évaluation des stages* qu'il a effectués. Ces feuilles sont anonymes. Elles seront directement envoyées au secrétariat (Nicole Deminne), qui en "poole" les données de façon anonyme et en transmet la version dactylographiée au groupe de gestion des MACCS qui en établit une synthèse annuelle qui permet à chaque maître de stages de comparer son centre à l'ensemble des autres. Les MACCS complèteront ces évaluations de façon responsable et réaliste (pas de zéro, pas de 10/10) en songeant avant tout aux avantages que les assistants qui les suivront retireront de leurs remarques. Seuls les centres pour lesquels au moins 50 % des réponses nous parviennent peuvent être évalués valablement. Sans feedback de ce type, il est impossible au maître de stages coordinateur de se faire une idée de l'évolution des stages de périphérie. *L'avis de chaque MACCS est essentiel* si on désire améliorer constamment la valeur des stages pour ceux qui suivent. Les MACCS qui ne renvoient pas leur évaluation ne

verront pas leurs desiderata pris en considération pour l'année qui suit. L'expérience a prouvé qu'il est possible de modifier fondamentalement la qualité d'un stage par le biais de ces évaluations.

1.10. TRAVAIL SCIENTIFIQUE

Le DES et l'agrément ministériel exigent la présentation ou la publication d'un travail scientifique original. Les travaux suivants sont acceptables :

- a) une publication dans un journal avec peer-review, y.c. les Acta Belgica. Il n'est pas nécessaire d'en être le premier auteur. Un case report est accepté, une lettre à l'éditeur ne l'est pas;
- b) un poster *avec défense orale* dans un congrès comme ASA, ESA, IARS, SFAR, JEPU, ESRA, SBAR,...
- c) un poster accepté dans un congrès sans défense orale, à condition de le présenter oralement lors d'un Research meeting de la SBAR;
- d) une présentation orale lors d'un Research meeting de la SBAR.

Le travail peut avoir été soumis n'importe quand pendant la formation.

1.11. FIN DE SPÉCIALISATION, DEMANDE D'AGRÉMENT

De nombreuses démarches administratives accompagnent la fin de spécialisation. Les secrétaires ont rédigé un fascicule d'orientation vous les expliquant en détail. Si vous désirez obtenir votre reconnaissance comme spécialiste dès la fin de votre dernier stage, l'expérience a montré que ces démarches doivent commencer au plus tard 4 mois avant la fin des stages, c'est-à-dire avant le mois de mai si vous terminez fin août. Pour ceux qui partent à l'étranger, il est conseillé de faire ces démarches avant de partir. Le dossier d'agrément doit être introduit au Ministère trois mois exactement avant la fin des stages. La 5^e année est donc la seule année pour laquelle il y a deux carnets de stages. Le premier en couvre les neuf premiers mois et accompagne le dossier de demande d'agrément; le dernier carnet de stages couvre les trois derniers mois et sera rentré à la fin du dernier mois au secrétariat.

Toutes ces démarches vous demanderont beaucoup de temps. Tenez-en compte pour la préparation de vos examens. Il est conseillé d'avoir satisfait aux critères de publication ou de présentation d'un travail avant cette période.

1.12. DÉMARCHES ADMINISTRATIVES CONCERNANT LES MÉDECINS ÉTRANGERS

Ces démarches varient en fonction de l'origine (Union Européenne ou non), du dernier diplôme acquis (médecin ou spécialiste), de la durée du stage prévu, et des sources de financement (bourses, mandats MACCS, etc). Pour chaque situation, nos secrétaires ont rédigé un fascicule d'orientation les aidant à effectuer ces démarches dans l'ordre correct et dans les délais les plus brefs.

1.13. REMARQUES GÉNÉRALES CONCERNANT L'ÉTUDE ET LES EXAMENS

L'anesthésiologie est une spécialité qui exige un bagage théorique sérieux. En moyenne, il faut consacrer entre 6 et 8 heures d'étude personnelle par semaine. Ce temps peut être difficile à trouver et exigera d'acquérir une bonne organisation. En pratique en semaine les lectures faites en préparation des cas du lendemain constitueront le volet clinique de votre étude. Il faut en outre prévoir 3 à 4 heures d'étude théorique pendant le week-end. Ces deux modes d'étude sont indispensables et complémentaires.

Il est attendu de chaque assistant d'être abonné et de lire régulièrement une ou deux revues d'anesthésie et une revue générale de médecine, d'acquérir en moyenne trois livres de référence par an, d'avoir lu le 'Miller' avant la fin de sa spécialisation. Un rythme de lecture d'un à deux articles scientifiques par jour est un minimum.

Les examens à présenter sont les suivants :

- . *nationaux* : - test de 1e année (Enseignement interuniversitaire : anesthésie + transfusion)
 - test de 2e année (Enseignement interuniversitaire)
 - final : en 4e ou 5e année (max 18 mois avant la fin de spécialisation)
- . *universitaires* : - l'examen en fin de 2e est remplacé par le test de l'enseignement interuniversitaire, suspensif si échec.
 - examen final : en 4^e ou 5^e année, après l'évaluation ministérielle
- . *Soins Intensifs* : - après avoir suivi 2 ans de cours interuniversitaires de Soins Intensifs.

En règle générale, il est vivement conseillé de présenter ses examens finaux en 4^e année : le stress est moins intense et on a l'esprit libre pour de plus grandes choses en dernière année.

2. ORGANISATION GENERALE DU SERVICE D'ANESTHESIOLOGIE

Le Service d'Anesthésiologie fait partie du Département de "Chirurgie et Services Associés". Le Chef de ce département est le Professeur J.L. SCHOLTES. Le Chef de Service est le Professeur Ph. BAELE.

2.1. GROUPES DE GESTION

Il est aidé dans la gestion du service par les groupes de gestion suivants :

* *Enseignement* : Drs M. DE KOCK, M. VAN DYCK, J.M. GOUVERNEUR, K. JOUCKEN.

* *MACCS* : Drs M. CARLIER, J.M. GOUVERNEUR, P. PENDEVILLE.

* Les Drs F. VEYCKEMANS, B. le POLAIN et M.T. RENNOTTE constituent une cellule de contacts et de réflexion concernant les rapports du service avec les pays moins favorisés. Ils participent aux activités du Comité pour le Développement (CODEV) de la Faculté.

* *Affaires Scientifiques* : Drs L. VAN OBBERGH, M. DE KOCK, F. SINGELYN, P. LAVAND'HOMME.

* *Matériel et technique* : Drs A. MATTA, L.J. VAN OBBERGH, M. CARLIER.

* *Finances* : Drs J.M. GOUVERNEUR, J.L. SCHOLTES.

En outre, certains membres du service font partie d'organes de gestion de l'Institution :

Pr. M. DE KOCK, Conseil scientifique du département facultaire, Direction de l'unité facultaire ANES.

Dr B. le POLAIN et Pr BAELE, Commission Facultaire pour le Développement (CODEV).

Pr J.L. SCHOLTES, Centre Médical, Conseil d'Administration, Commission de Standardisation du matériel.

Pr F. VEYCKEMANS, Conseil Médical.

Pr L. VAN OBBERGH, Conseil Médical, Comité de Transplantation, Conseil d'Entreprise, responsable du COLDI.

2.2. ORGANISATION CLINIQUE

Sur le plan clinique le service se divise en secteurs, entités de fonctionnement comprenant un certain nombre d'anesthésistes diplômés possédant des compétences particulières dans les domaines en question.

Il y a :

- un secteur de Chirurgie Viscérale
- un secteur regroupant Chirurgie Orthopédique et les interventions pratiquées au niveau de la Tête et du Cou
- un secteur de Chirurgie Cardiovasculaire et thoracique.

En outre, plusieurs membres du service font partie du Centre (équipe multidisciplinaire) d'Algologie. Dans chaque secteur on opère des enfants aussi bien que des adultes et toutes les techniques d'anesthésie sont utilisées en fonction des cas traités.

DOMAINES PRINCIPAUX D'ACTIVITE DES ANESTHESISTES DIPLOMES

CV = Cardiovasculaire et thoracique; OTC : Orthopédie, tête et cou; V : Viscérale et Transplantation.

	Activité principale	Activité secondaire
S. AUNAC	V	
Ph. BAELE	CV	
M. CARLIER	V	
M. DE KOCK	V	
M.-A. DOCQUIER	Neuro, OTC	
J.-M. GOUVERNEUR	OTC	
P. LAVAND'HOMME	Algologie	V
B. le POLAIN	Algologie	OTC - V
A. MATTA	CV	
Ph. PENDEVILLE	OTC	
M.-Th. RENNOTTE	CV	
F. ROELANTS	Maternité	OTC
J.L. SCHOLTES	Algologie	OTC
F. SINGELYN	OTC	POPS
M. VAN BOVEN	OTC	
M. VAN DYCK	CV	
L. VAN OBBERGH	V	
F. VEYCKEMANS	V	
Ch. WATREMEZ	CV	

Le Dr F. SINGELYN organise le suivi de l'analgésie postopératoire (POPS)

Le Pr F. VEYCKEMANS est chargé des relations avec le Département de Pédiatrie.

Le Dr S. AUNAC est chargée des relations avec le Service des Urgences.

Le Pr Ph. BAELE est chargé des relations avec le Service de Transfusion.

Un hôpital de jour à vocation chirurgicale (CHIRA) s'est ouvert fin 1995. Le Dr M. VAN BOVEN coordonne ce projet.

Une unité de consultation "Evaluation Pré-Anesthésique" doit s'ouvrir fin 2002, sous la coordination des Drs Pendeville et Boland (interniste).

3. ORGANISATION GENERALE DU TRAVAIL DES MACCS

Pour tout problème d'organisation générale, les secrétaires du service vous seront d'une aide précieuse tout au long de votre formation. N'abusez cependant pas de leur disponibilité et veillez à être précis, complets et ponctuels dans toutes vos tâches administratives.

Les secrétaires du service sont Mmes Anne BEULLENS, Isabelle POOT et Nicole DEMINNE.

3.1. DOSSIER ADMINISTRATIF

Chaque MACCS a un dossier administratif au secrétariat d'anesthésiologie. Il a la responsabilité de communiquer aux secrétaires dans les plus brefs délais tout changement important dans les données qu'il contient. En particulier :

- * adresse, n° de téléphone
- * adresse de proches à avertir en cas d'urgence
- * composition familiale
- * nationalité
- * plan de stage
- * curriculum
- * publications
- * etc.

3.2. PRÉSENTATION

Le Service d'Anesthésiologie fait partie du Département de Chirurgie. Nous constituons le service le plus nombreux des Cliniques et notre rôle nous met en relation avec la plupart des autres services de la maison. A ce titre, la présentation et l'attitude de tous nos représentants sont importantes en toute circonstance.

3.2.1. Abord du patient. Tenue générale

Une tenue irréprochable et un abord avenant sont des atouts importants permettant de rassurer le patient et sa famille dans la période de stress qui entoure toujours une opération chirurgicale. De même, calme, civilité et correction vestimentaire contribuent à créer le respect pour votre condition de médecin. Les points suivants méritent d'être rappelés.

- * Quel que soit votre habit, il portera bien en évidence le badge (distribué à votre arrivée dans le service) mentionnant votre nom, votre qualité de Médecin et votre appartenance au service d'anesthésiologie.
- * En abordant un patient ou ses parents, présentez-vous, avant toute autre chose : "**Je suis le Docteur X, Anesthésiste**". Beaucoup de gens ignorent encore que dans notre pays les anesthésistes sont des médecins.
- * Au Quartier Opératoire et au Bloc d'Accouchement, le port de la tenue verte est requis. Des sabots sont fournis contre caution par les Cliniques. Une tenue souillée sera changée aussitôt que les circonstances le permettent. La tenue verte peut être conservée lors d'interventions urgentes dans l'hôpital ou hors de celui-ci (ambulances).

- * Aux étages ou en consultation, le port de la blouse blanche est requis pour aborder un patient ou sa famille. La blouse se porte fermée, sur une tenue vestimentaire réservée.
- * Les MACCS éviteront d'exprimer des opinions politiques ou religieuses personnelles en présence de patients ou de leur famille. A fortiori, il n'y a pas lieu de tenter de les influencer dans les décisions qui les concernent, sans qu'ils n'en aient spontanément exprimé la demande. En revanche, si un MACCS croit que les convictions ou les attitudes d'un patient l'empêcheront d'en assurer correctement la charge, il a le devoir de le signaler à un supérieur qui confiera ce cas à un autre membre du service.
- * En cas d'attitude revendicatrice, agressive, voire franchement hostile de la part d'un patient, veuillez considérer ce comportement comme un symptôme de stress intense voire de désordre métabolique ou de maladie mentale. Répondre à l'agressivité par des remarques acerbes ne fait qu'envenimer les choses, il vaut mieux "passer la main" dès que possible.
- * L'anxiété permet rarement d'apprécier l'humour. Si la gentillesse et le sourire peuvent aider à établir le contact, on évitera cependant l'ironie, l'humour noir et les paroles au second degré qui sont souvent perçus comme une cruelle moquerie par des personnes déjà désemparées par la maladie.

3.2.2. Relations avec les confrères

La confraternité est d'autant plus importante que l'Institution est grande et tend à rendre les relations impersonnelles. La taille de la maison est telle qu'il est souvent déraisonnable de s'attendre à avoir un contact direct avec le médecin responsable d'un patient. La meilleure façon de communiquer est de laisser un mot lisible, signé et daté dans les feuilles vertes d'évolution du dossier médical : cette méthode a l'avantage de laisser une trace, de n'être pas équivoque, et de promouvoir l'image du service. La compétence de vos avis et de vos interventions sont la seule garantie de ne pas voir les anesthésistes considérés comme des techniciens mais bien comme des médecins à part entière. Comme la plus grande partie de vos activités se passent au Quartier Opératoire, il est logique que vous soyez peu connus aux étages. Portez donc votre badge de service en toutes circonstances, et présentez-vous en début de conversation téléphonique.

3.2.3. Relations avec le personnel infirmier

Les contacts avec le nursing d'étage sont rares et brefs. Il y a donc une tendance à ne pas reconnaître l'anesthésiste comme un médecin comme les autres. Améliorer notre image est une affaire de tous les jours : soyez ouverts à toute demande d'explication, proposez vos services pour des choses qui relèvent de vos compétences, faites-vous apprécier pour votre gentillesse lors de vos visites pré- et postopératoires.

3.2.4. Harcèlement sexuel

Il existe aux Cliniques Saint-Luc et au sein de l'université, des personnes de confiance pouvant recevoir directement les plaintes pour harcèlement sexuel. Ces personnes sont :

Mme Claire MORELLE (tél. 3120), Mme le Docteur PROVOST (tél. 4134), Mme WALGRAFFE (tél. 010/47.45.13) et M. SPINEUX (tél. 010/47.85.17).

3.3. RÉMUNÉRATIONS

Les prestations effectuées dans le cadre des stages donnent lieu à une rémunération mensuelle. Il faut cependant signer son contrat d'emploi chaque année, dès le mois de septembre. « Oublier » de signer son contrat entraîne automatiquement un « oubli » de rémunération de la part de l'administration. A bon entendeur ...

Chaque MACCS reçoit sa fiche de rémunération à domicile.

Les gardes font l'objet d'une compensation spécifique dont le tarif peut être obtenu chez Nicole Deminne. Chaque mois, un document reprenant les montants promérités est établi par Nicole : il doit être signé par le MACCS et le Chef de Service avant de pouvoir être honoré par la comptabilité.

3.4. ABSENCES

Toute absence de médecin interfère avec la continuité des soins et avec le droit du patient de voir sa maladie prise en charge dans des délais raisonnables. Programmer au mieux les absences est donc une tâche essentielle dont tous les médecins doivent se sentir personnellement responsables.

Les statuts des MACCS au sein de notre université prévoient 4 semaines de vacances par an, plus douze jours en fin de parcours afin de rechercher un emploi. Au lieu de cela, il est d'usage dans le service d'octroyer au MACCS six semaines par an d'absences programmées qui se répartissent en vacances, congès et remplacements. En outre, des absences non programmées sont acceptées pour cas de force majeure : raison de santé, mariage, maternité, paternité et décès d'un proche.

3.4.1. Vacances

Chaque assistant a droit à 20 jours ouvrables de vacances par an. Dans la mesure du possible ces vacances seront également réparties sur les deux semestres de l'année. Il est déconseillé de ne pas prendre toutes ses vacances chaque année. Sauf exception, les journées de vacances non prises une année ne peuvent être reportées à l'année suivante. Toutes les demandes de vacances seront adressées au Pr M. CARLIER qui les notera sur la grille affichée au staff room. Il ne peut y avoir plus de 5 assistants absents en même temps, sauf accident de santé. On évitera les absences simultanées de plus de trois assistants juniors ou de plus de trois assistants seniors. Si vous n'exprimez pas vos desiderata avant le 1er août ou le 1er février, les dates de vos vacances pourront être déterminées arbitrairement au mieux des intérêts du service. Sauf exception, les vacances ne comprennent que des semaines entières. Les vacances d'une année ne peuvent suivre immédiatement celles de l'année précédente.

L'attribution des périodes de vacances tient compte des impératifs du service mais aussi de la date des demandes, des charges familiales de l'intéressé(e) et de ses préférences personnelles.



Les MACCS s'assureront avant de partir en vacances que leurs devoirs généraux seront en ordre : gardes, staffs à préparer, démarches administratives, ...

Il n'est pas permis de prendre de vacances pendant les rotations courtes (1 mois) c'est-à-dire maternité et POPS.

3.4.2. Congrès

Chaque MACCS a le droit d'assister à un congrès de maximum 5 jours ouvrables par an, à ses frais. Ces 5 jours ne sont octroyés que pour participer à un congrès. Une preuve de participation est exigée. L'assistance à la journée annuelle de la SBAR est une obligation (sauf garde). *L'assistance* à un congrès requiert l'accord du Pr M. CARLIER. En cas de *participation* active, c'est-à-dire de présentation d'un poster ou d'une communication orale, l'accord du Chef de Service est requis également. Si un travail est *accepté*, il fera l'objet d'une présentation à un ou plusieurs membres permanents du staff au plus tard huit jours avant le départ et avec le soutien audiovisuel complet. Si la présentation n'est pas d'un niveau jugé acceptable ou n'est pas faite, l'autorisation de participer au congrès ne sera pas accordée. L'absence de participation régulière d'un MACCS aux réunions et séminaires organisés par le service est une autre raison pour laquelle l'assistance ou la participation à un congrès peut être refusée.

Le MACCS qui a pris une part active dans un travail et en assure la présentation publique verra la plus grande partie de ses frais de congrès remboursés par le service : il en fera la demande au Chef de Service. Six bourses d'un montant maximal de 750 € sont ainsi attribuées annuellement et financées par les permanents du service. Un MACCS ne peut demander une bourse qu'une seule fois par année académique. Outre l'obligation de fournir des justificatifs pour toutes les dépenses à couvrir, il est exigé de la part des bénéficiaires :

- 1) de présenter leur travail au service lors d'un staff du matin avant leur départ
- 2) de présenter en 10 minutes maximum une synthèse de 3 travaux entendus lors du congrès
- 3) de présenter le travail justifiant la bourse à un Residents' meeting de la SBAR.

Ces trois exigences sont des conditions sine qua non pour le remboursement des sommes avancées.

Cette absence doit être signalée préalablement au service des assurances (Mr. Montulet).

3.4.3. Missions et Remplacements

Les MACCS peuvent, dès leur 2e année, faire des remplacements en anesthésiologie dans des hôpitaux régionaux. Ces 4 semaines permettent de se faire connaître dans plusieurs hôpitaux et sont donc octroyées en lieu et place des 12 journées ad hoc prévues en dernière année seulement par les statuts. Comme l'AM du 29 mai 1999 interdit explicitement toute activité médicale en dehors de votre endroit de stages, il faut désormais un ordre de mission du maître de stages coordinateur pour pouvoir effectuer un remplacement. Les demandes doivent être adressées par écrit au Pr M. Carlier, qui les accordera et répartira en fonction des mêmes critères que des semaines de vacances. Ne pas demander cette autorisation constitue une faute grave. De plus, toute activité qui n'a pas reçu cette autorisation n'est pas couverte par le contrat d'assurances des MACCS et relève donc de la seule responsabilité de l'assistant. Les MACCS de première année peuvent faire des remplacements de

médecine générale ou équivalent. Chaque année, une semaine de remplacements peut être accordée. Toute semaine supplémentaire doit être prise sur du temps de vacances.

Par ailleurs, l'arrêté ministériel du 29 mai 1999 **interdit explicitement aux MACCS d'effectuer des gardes dans un autre hôpital que leur lieu de stage**, sous peine de compromettre leur reconnaissance. Cette interdiction figure aussi dans le statut des MACCS de l'UCL dont les assurances ne couvrent donc jamais de telles gardes. Toute garde effectuée à l'extérieur de votre lieu de stages, fût-ce à l'étranger, entraînera automatiquement une procédure disciplinaire si les autorités ministérielles en ont connaissance. La raison en est évidente : les lois de 1999 ont été rédigées à leur demande pour protéger les jeunes médecins contre les horaires excessifs et favoriser l'étude ; il est donc hors de question qu'ils profitent du temps libre octroyé par la loi pour faire des prestations supplémentaires. En contrepartie le législateur a veillé à leur garantir un salaire minimum.

3.4.4. Santé

En cas d'absence pour raison de santé, l'assistant ou ses proches préviendront au plus vite le **Chef de Service et le responsable du secteur où il effectue sa rotation**. Quelle qu'en soit la durée, il est de la responsabilité de l'assistant en question de signaler les tâches qui lui incombaient et qu'il faut reprendre pour assurer la continuité des soins et de l'enseignement.

Toute absence pour raison de santé fera l'objet d'un certificat médical si elle excède 24 heures. Les certificats seront apportés au secrétariat d'anesthésiologie, lequel les fera suivre au service du personnel au plus tard le 8^e jour de l'absence.

La Commission ministérielle d'agrément n'exige habituellement pas de prolonger les 60 mois de stage de la spécialisation si le total des absences n'excède pas trois mois. Ceci est une tolérance à laquelle la commission n'est évidemment tenue par aucune réglementation.

Rappelons que chaque assistant doit être inscrit et en règle de cotisation auprès d'un organisme assureur ("Mutuelle") de son choix.

Il est vivement conseillé de prendre une **ASSURANCE DE REVENU GARANTI**. En effet, en cas d'absence prolongée pour problème de santé, après 30 jours d'incapacité, l'employeur cesse de payer le salaire. La mutualité verse alors une compensation qui s'élève à 60 % du salaire de base plafonné à environ 2500 €. Il y a donc une perte de minimum 40 % qui peut être comblée par une assurance de revenu garanti. **Attention cependant** : très peu de compagnies proposent des contrats qui ne s'arrêtent pas à la fin de l'assistantat et qui peuvent se prolonger sans nouvel examen médical. En pratique, cette obligation d'un nouvel examen médical aboutit à exclusion de toute prolongation de contrat les médecins qui ont eu un problème de santé important au cours de leurs années de formation. Il est rare qu'une autre compagnie accepte encore de les assurer. Il vaut mieux prendre un contrat qui paraît un peu moins avantageux mais assure cette transition qu'un contrat auprès d'une compagnie qui ne garantit pas clairement cette clause. Plusieurs anciens assistants de notre université se sont déjà retrouvés sans moyens d'existence à cause de cela.

3.4.5. Absences de courte durée

Toute absence même d'un jour doit être signalée dès que possible et personnellement au responsable du secteur :

pour le secteur orthopédie, tête et cou : Dr. F. Singelyn (tél. 02/764.18.91)

pour le secteur viscéral : Pr. M. De Kock (tél. 02/764.18.88)

pour le secteur cardiaque : Dr. A. Matta (tél. 02/764.18.86)

"Dès que possible" inclut le soir qui précède et le matin tôt du jour de l'incapacité.

Signaler son absence uniquement à un autre assistant n'est pas une procédure acceptable.

Le non respect de ces règles peut entraîner des sanctions.

La multiplication des absences de courte durée que s'octroie une minorité d'assistants entraîne une augmentation de travail pour les autres et une désorganisation du travail clinique. L'ambiance générale de travail en souffre. Mais il faut être conscient du fait que c'est le patient qui paie le plus lourd tribut à ces comportements : il ne connaîtra pas l'anesthésiste qui va l'endormir, et sera inconnu de celui-ci. Des informations essentielles peuvent ainsi se perdre et mettre le patient en danger. Les absences non programmées provoquent des ruptures de continuité de soins aggravées d'une fragilisation du système qui doit improviser une nouvelle répartition des compétences : elles sont dangereuses et c'est pour cela qu'elles doivent être combattues. A partir de septembre 2002, toutes les absences sont comptabilisées, afin de détecter les coutumiers du fait.

3.4.6. Mariage : le mariage d'un(e) MACCS donne légalement droit à 4 jours d'absence.

3.4.7. Paternité : la naissance ou l'adoption d'un enfant donne droit à 10 jours ouvrables d'absence. Ces jours peuvent être pris en concertation avec la Pr M. Carlier, qui gère les congés. Seuls les trois premiers jours donnent droit à une rémunération complète, les sept autres jours sont financés par les mutuelles à raison de 82 % d'un salaire plafonné à environ 2500 €. Ces congés se prennent par semaines complètes et ne peuvent être combinés avec des vacances, ils ne peuvent être pris que dans le mois qui suit la naissance ou l'adoption. Il est demandé de communiquer dès que possible la date présumée de la naissance, de façon à permettre une meilleure programmation des congés.

Les absences pour mariage et paternités doivent être prises pendant le stage pendant lequel ces heureux évènements prennent place. Ils ne peuvent être reportés au stage suivant.

3.4.8. Maternité

Il existe à Saint-Luc une "cellule interdépartementale pour la protection de la femme enceinte" animée actuellement par le Pr J.P. BUTS, pédiatre, et qui comprend un représentant des MACCS. Le service d'anesthésiologie veille à mener une politique conforme aux recommandations de cette cellule :

1. Tous partagent le souci de protéger la grossesse d'un membre du service : à commencer par l'assistante elle-même, ses collègues MACCS, les membres du staff des Cliniques St-Luc et affiliées.
2. L'assistante enceinte a la responsabilité d'avertir le Chef de Service au plus tôt de son état. En son absence, elle s'adressera au Pr M. Carlier ou au Pr Gouverneur.
3. Toute maternité donne droit à 15 semaines d'absence dont 1 se situe obligatoirement avant l'accouchement et 8 après celui-ci. Une maternité (c'est-à-dire 15 semaines d'absence) n'entraînera pas d'allongement de la période de formation. Toute absence supplémentaire entraînera cependant un allongement compensatoire, même s'il s'agit d'un second congé de maternité.
4. Un congé de maternité peut être raccourci volontairement par l'assistante mais ne pourra jamais être inférieur à 9 semaines.
5. Les gardes sont de lourdeur très inégale suivant les rotations. Il est de tradition de ne pas mettre de femme enceinte de garde interne après la 20^e semaine de grossesse et d'alléger sa participation aux listes de garde dès que faire se peut.
6. Les femmes enceintes ne seront pas affectées à des postes où on utilise régulièrement des radiations ionisantes. De même, elles veilleront à ne pas manipuler des produits toxiques pour le bébé, principalement des cytostatiques.
7. Les assistantes enceintes éviteront le contact de patients porteurs de germes dangereux pour la grossesse : CMV, listériose, entérovirus, hépatites B et C, herpès 1 et 2, SIDA, parvovirus B12, rubéole, varicelle et zona, oreillons, ...
8. Les absences prolongées pour grossesse compliquée font l'objet de l'intervention du Fonds des Maladies Professionnelles. Tous les renseignements peuvent être obtenus auprès du secrétariat d'anesthésiologie et du service du personnel.
9. Les jeunes mamans qui désirent allaiter peuvent obtenir un congé d'allaitement. La simple correction demande d'avertir votre maître de stages de vos intentions, de manière à ce qu'il puisse prendre les dispositions nécessaires pour assurer la continuité des soins. Ceci peut aller jusqu'à la reprogrammation de patients sur des listes d'attente de chirurgie ou d'algologie. Ces congés sont liés à l'allaitement et dépendent d'un suivi par la médecine du travail (CESI). La première visite médicale a lieu au moment de la fin du congé normal de maternité. Rappelons que toutes les absences au-delà des quinze semaines pour maternité ou autre raison de santé entraînent une prolongation de la durée de formation.

3.4.9. Décès d'un proche

Le décès d'un proche (parent au 1er ou 2e degré) donne droit à 3 jours d'absence.

3.4.10. Déménagement

Maximum un jour par an peut être obtenu pour déménager.

3.5. RESPONSABILITÉ PROFESSIONNELLE

Tous les MACCS sous contrat d'emploi dans le cadre de leur formation à l'UCL sont automatiquement couverts sur le plan de la responsabilité professionnelle pour toutes les activités prestées au sein des Cliniques St-Luc et des cliniques où s'effectuent les rotations de stage. Cette couverture s'étend aux prestations effectuées dans le cadre d'activités extra muros comme les SAMU et aux interventions qu'on pourrait être amené à effectuer ailleurs en "Bon Samaritain" c'est-à-dire lorsque l'urgence le justifie (réanimation en bord de route, par exemple). La couverture peut être étendue à d'autres activités telles que brèves missions à l'étranger ou remplacements **moyennant l'accord écrit du Maître de stages coordinateur.**

Toute demande sera adressée au Pr M. Carlier. Il est à noter cependant que le n° provisoire INAMI qui est attribué aux MACCS n'est valide que pour justifier du remboursement d'actes pratiqués dans les hôpitaux mentionnés sur leur plan de stages et pour les périodes mentionnées.

3.6. MALADIES PROFESSIONNELLES - PRÉVENTION

3.6.1. Vaccins

- * Comme tout citoyen, les MACCS doivent être en règle de vaccination contre le tétanos.
- * Il est hautement conseillé de se faire vacciner contre l'hépatite B en l'absence de taux protecteurs d'anticorps spécifiques.
- * Les assistantes sont vivement encouragées à se faire vacciner contre la rubéole si elles n'ont pas de taux protecteurs d'anticorps spécifiques.
- * Les MACCS qui envisagent de passer des vacances ou de faire des stages ou des missions en pays en voie de développement, dans des pays méditerranéens, au Moyen-Orient, ou en Europe de l'Est veilleront à se faire (re-)vacciner contre la polio et l'hépatite A, et à se prémunir contre les maladies endémiques propres à chaque région. Des conseils spécifiques peuvent être obtenus auprès des Docteurs Veyckemans et le Polain.

3.6.2. Maladies transmissibles

Environ 20 % des patients hospitalisés sont porteurs d'une maladie transmissible. Elles peuvent se transmettre par le sang (SIDA, hépatites B et C ...), par les expectorations (Tbc) etc. Il est de notre responsabilité de médecins de limiter au maximum les possibilités de transmission de ces maladies de patient à patient mais aussi à soi-même et au personnel médical. Dans cet ordre d'idées :

- * Respectez toutes les règles d'hygiène : au Quartier Opératoire lavez-vous les mains en arrivant le matin et entre deux cas, aux Soins Intensifs, lavez-vous les mains en passant d'un patient vers un autre. Des flacons individuels d'alcool siliconé sont distribués gratuitement pour le rinçage antiseptique des mains. Utilisez-les fréquemment.
- * Des gants en vinyl souple sont disposés dans toutes les salles : utilisez-les et encouragez-en l'utilisation par vos collègues et le personnel infirmier.
- * Assurez vous-mêmes l'élimination dans les tirelires ad hoc des objets piquants et coupants que vous avez utilisés. Ne laissez à personne d'autre le soin de ranger ces objets souillés.
- * **Ne recapuchonnez jamais une aiguille après usage.** Apprenez aux infirmières à éviter ce geste qui est la première cause de contamination virale des soignants.

- * Avertissez vos collègues, la personne de salle, le personnel du laboratoire et de la banque de sang si un patient présente un risque infectieux particulier.
- * Ne buvez que dans des tasses qui vous sont personnelles ou dans des gobelets à usage unique.
- * En cas de piqûre, de coupure, ou généralement de contamination par du sang de patient infecté par HBV, HCV ou HIV ou susceptible de l'être, vous appliquerez immédiatement les consignes de l'annexe.

3.7. ACCIDENTS DU TRAVAIL OU SUR LE CHEMIN DU TRAVAIL

Les MACCS victimes d'un accident de travail ou survenant sur le trajet vers ou de leur endroit de stages sont couverts par une assurance. La procédure à suivre est relativement contraignante et est détaillée en annexe. Le Chef de service peut vous aider dans ces démarches pour autant que l'accident soit porté *immédiatement* à sa connaissance.

Les piqûres ou toutes autres formes de contamination accidentelles par le sang d'un patient porteur d'une maladie virale ou par du matériel souillé sont des accidents de travail.

La procédure est :

1. de se rendre immédiatement aux Service des Urgences, habilité à assurer la prise en charge médicale immédiate de ces cas
2. de consulter les médecins vers qui le médecin des urgences vous référera
3. d'effectuer la déclaration initiale *endéans les 48 heures* auprès du Service des Assurances des Cliniques Universitaires Saint-Luc (Monsieur MONTULET, tél. 1535). Il n'est pas nécessaire de savoir s'il y aura des suites médicales à l'accident pour ouvrir un dossier auprès des assurances. Au contraire, plus précoce sera la déclaration, meilleure sera la couverture de l'assurance.

3.8. LE SECRET MÉDICAL

Comme tous les membres de la profession médicale, les MACCS sont tenus au Secret Professionnel. Cela signifie que toute information obtenue dans le cadre de leurs activités professionnelles reste la propriété exclusive des patients concernés et ne peut être divulguée à des tiers sans leur consentement.

La règle générale est la suivante : les assistants en formation éviteront dans la mesure du possible d'annoncer des informations diagnostiques ou pronostiques aux patients ou à leur famille. Il est toujours préférable que ces informations soient données par un médecin permanent que les personnes concernées connaissent déjà, et de préférence toujours par le même. Cette règle est aussi d'application aux Soins Intensifs. En cas de force majeure, ce médecin permanent peut vous demander d'assurer cette tâche : faites-vous bien préciser alors l'étendue exacte de l'information que vous pouvez communiquer, et à qui.

La transmission d'informations par téléphone est à proscrire hormis les cas rares où vous pouvez formellement reconnaître la voix de votre correspondant et où l'information n'a pas de caractère de gravité. Si une information importante *devait* être transmise par téléphone, elle le sera par un médecin permanent directement impliqué dans les soins au patient.

Sauf exception, un décès ou une complication grave ne s'annonce pas par téléphone.

Si une information est délivrée aux proches, celle-ci et un résumé de la discussion qui s'en suit feront l'objet d'une note datée et signée dans le dossier médical. Il convient de s'assurer au préalable de l'identité de ces personnes, de leur lien de parenté avec le patient, et d'inscrire ces détails dans la note.

*Une attention particulière sera portée aux visites pré- et postopératoires. Le diagnostic, le pronostic et la technique chirurgicale ne seront pas discutés avec le patient en présence de tiers : la discussion se limitera aux aspects purement anesthésiques de l'intervention.

*On évitera de discuter d'un cas entre médecins en présence du patient, même si ce dernier semble en coma, aux Soins Intensifs.

*Les couloirs, restaurants, ascenseurs et autres lieux publics ne sont pas des endroits opportuns pour échanger des propos concernant des patients ou des confrères, même entre collègues.

*On ne mentionnera jamais à un tiers que l'on a rencontré quelqu'un à l'hôpital, sauf si ce dernier y travaille régulièrement. Ceci vaut pour tout hôpital dans lequel vous travaillez.

3.9. QUELQUES MOTS POUR NOS CONFRÈRES ÉTRANGERS

3.9.1. Ponctualité

Chaque pays a son interprétation de la ponctualité. La Belgique partage avec les pays Nord Européens une conception assez stricte de cette notion. Cela signifie que si un document doit être remis avant une certaine date auprès d'une administration, vous connaîtrez de grosses difficultés si vous le remettez en retard ne fût-ce que d'un jour. De même, tâchez d'arriver à vos rendez-vous quelques minutes avant l'heure fixée.

Les programmes opératoires commencent à heures fixes : respectez-les strictement. Ne pas agir ainsi vous attirera rarement des remarques mais toujours le ressentiment de vos pairs.

3.9.2. Oui et non

Dans certains pays, il est impoli de répondre "non" à un interlocuteur surtout s'il est hiérarchiquement supérieur. Ce n'est pas le cas en Belgique. Dans nos régions dire "oui" signifie qu'on a compris tout ce qui a été dit et qu'on est d'accord avec l'entièreté d'une proposition ou d'une question. On répond "non" ou on demande des éclaircissements, si un point n'apparaît pas clair ou semble incorrect. Répondre "oui" ne signifie pas seulement que l'on a bien compris un ordre ou une question, mais aussi que l'on s'engage à l'exécuter.

Vous risquez d'irriter les gens si vous répondez "oui" alors que vous n'avez pas bien compris un ordre, une question ou une explication et que vous n'êtes donc pas certain de pouvoir correctement exécuter ce qui est attendu de vous. La méconnaissance de cette règle est à l'origine de nombreux malentendus évitables.

3.9.3. Sexe et hiérarchie

Dans notre université, il y a en médecine autant de filles que de garçons et en anesthésiologie le recrutement est à peu près de 50/50 aussi. Dans nos régions, il est naturel qu'une femme puisse faire une carrière professionnelle indépendante et puisse occuper des postes où elle est hiérarchiquement supérieure à des hommes, même plus âgés. Un ordre donné par une femme a la même valeur professionnelle qu'un ordre donné par un homme.

3.9.4. *De la conversation*

Chaque pays, chaque région, a ses coutumes propres régissant les attitudes des personnes prenant part à une conversation. Ces attitudes font partie du langage non verbal, elles véhiculent souvent un message psychologiquement important mais sont étroitement dépendantes de conventions locales très précises et rarement transposables dans d'autres cultures. Certaines d'entre elles peuvent être ressenties de façon très négative dans nos régions. Quelques exemples :

- il est préférable d'établir régulièrement un contact oculaire pendant la conversation sous peine de paraître fuyant ou dissimulateur;
- une distance minimale de 50 cm entre deux interlocuteurs est généralement respectée;
- s'il est typiquement belge de se saluer en se serrant la main en début et fin de journée, par contre, le fait de toucher le bras ou la main de son interlocuteur en cours de conversation sera généralement ressenti comme une familiarité déplacée;
- les règles de tutoiement et du vouvoiement sont délicates en français comme dans beaucoup de langues; dans le doute, utilisez la forme polie "vous". Sauf dans le cas de jeunes enfants, on vouvoie toujours les patients et leur famille.

3.9.5. Chaque assistant ou boursier étranger doit être porteur d'une autorisation de séjour valide, doit être autorisé à pratiquer l'art de guérir en Belgique et être porteur d'un numéro d'inscription au tableau de l'Ordre des Médecins, doit être inscrit à l'Université, doit être en règle de sécurité sociale (assurance de soins de santé et mutuelle) et doit être couvert sur le plan médico-légal. Les situations administratives varient selon le pays d'origine. Les secrétaires vous orienteront dans vos démarches.

3.10. REPRÉSENTATION DES ASSISTANTS

Les assistants désignent des représentants à plusieurs niveaux dans l'Institution.

3.10.1. *Au sein du service* ils sont représentés

a. par deux délégués élus pour un an en début d'année académique.

Ils assistent :

- * aux réunions du Collège Elargi du Service d'Anesthésiologie
- * aux réunions de la Commission Facultaire d'Enseignement (regroupant les maîtres de stages et décidant des critères de sélection des futurs assistants)
- * à certaines réunions du groupe de gestion des MACCS; ils sont chargés dans ce cadre de recueillir et transmettre les desiderata des MACCS concernant leurs rotations de stages. Ils ont aussi pour rôle de coordonner les évaluations que font les MACCS de leurs endroits de stages. En pratique ces évaluations sont numérotées. Seule Nicole a une liste

permettant d'établir une correspondance entre noms et numéros. Elle seule peut donc être chargée des envois de ces formulaires, y compris les rappels.

b. Ils participent à la gestion de l'enseignement.

3.10.2. Au sein du Département facultaire de Chirurgie, ils sont représentés par leur délégué de service.

3.10.3. Au niveau de la Faculté de Médecine, ils sont représentés par un délégué par Spécialité constituant le GALUC (Groupe des assistants de Saint-Luc). Ceux-ci désignent en leur sein un représentant auprès des instances supérieures le COSUL (Conseil de l'Université de Louvain).

4. ACTIVITES CLINIQUES

Le Service d'Anesthésiologie a joué un rôle moteur dans la publication des **normes belges pour la sécurité du patient en anesthésie et des recommandations concernant l'évaluation du patient devant subir une anesthésie.**

Ces documents figurent en annexe dans les dernières pages de ce livret. Chaque MACCS est censé les connaître et les appliquera dans sa pratique quotidienne. L'assistant à qui on demanderait de travailler dans des conditions ne respectant pas ces normes a le droit de le refuser, a le devoir d'informer le maître de stages coordinateur.

4.1. LA VISITE PRÉOPÉRATOIRE

Sauf extrême urgence, **chaque patient reçoit la visite d'un anesthésiste avant son intervention;** dans la mesure du possible, **cet anesthésiste est celui qui conduira la narcose.** Dans le cas inverse, on en avertira le patient. **La responsabilité de la visite préopératoire est individuelle et ne peut être déléguée. Cette responsabilité incombe en dernier ressort à l'assistant dont le nom figure sur le programme à côté du nom du patient.** Les assistants sont tenus de s'informer des changements de programme avant de quitter l'hôpital. La visite préopératoire ne peut pas être confiée à un stagiaire : un contact personnel entre le patient et l'assistant est obligatoire. La visite préopératoire ne peut en aucun cas être confiée à la garde montante.

L'évolution récente de l'environnement médico-légal demande qu'à l'exception des patients admis le jour de leur intervention, un maximum de dossiers et de patients soient vus par un anesthésiste de l'équipe qui va les prendre en charge. Pour les week-ends, ceci signifie qu'il faut que les anesthésistes de chaque secteur effectuent le vendredi soir ce qui peut être fait du tour de salle pour le lundi, et laissent des instructions précises à la garde concernant les dossiers ou patients non encore vus. Ceci vaut aussi pour les jours fériés tombant un jour de semaine : dans la mesure de l'accessibilité des patients et des dossiers, le tour sera effectué la veille du jour férié.

Le week-end, les cas non vus le vendredi sont donc vus par l'équipe de garde. Rappelons que l'assistant d'astreinte de WE *doit* venir le samedi pour aider à voir un maximum de dossiers, et le dimanche pour aider à voir les dossiers résiduels et les patients, qu'il y ait ou non beaucoup d'urgences.

Le but de la visite pré-anesthésique est double : établir un contact personnel avec le patient et évaluer son statut physique. Toutes les données recueillies au cours de cette visite sont synthétisées sur le "Protocole d'évaluation pré-anesthésique" (annexe) qui fait partie du dossier d'Anesthésie.

4.1.1. Evaluation du statut physique et du risque

a. On endort un patient entier, et pas uniquement l'organe opéré. Il est donc impératif de prendre connaissance de l'entièreté du dossier du patient. A Saint-Luc, ceci peut être difficile car il n'existe pas de "dossier-patient" synthétique, mais bien un dossier par spécialité. Chaque patient peut donc avoir plusieurs dossiers plus ou moins redondants et plus ou moins complets. La lecture de tous les dossiers est nécessaire pour être sûr de n'omettre aucun détail important : allergies, glaucome, opération de l'oro-pharynx, antécédents de complications suite à une

anesthésie... **La liste des médicaments pris par le patient sera complète et vérifiée avec son aide. En règle générale tous les médicaments utiles sont poursuivis jusqu'au jour opératoire. Les règles précises dans ce domaine sont détaillées dans un article du Louvain Médical par S. AUNAC (annexe).**

- b. Un examen clinique sommaire complétera votre évaluation. Une attention particulière sera portée aux voies aériennes supérieures.
- c. Au stade actuel, les examens paracliniques suivants sont encore requis pour tout patient : ECG, radiographie du thorax, biologie comprenant cofo, Hb, ionogramme, coagulation, créatinine, glycémie, enzymes hépatiques. A l'avenir, il est vraisemblable que la mise au point préopératoire standard s'allégera pour de nombreux patients. Plusieurs expériences sont actuellement en cours, en collaboration avec le service de Médecine Interne Générale. Les résultats biologiques sont accessibles et peuvent être imprimés au départ de l'ordinateur du staff room ou des unités de soins. Le mode d'emploi se trouve au staff room. Dotez les résultats biologiques et mettez-les en relation avec des éléments pertinents de l'évolution du patient : ce K^+ a-t-il été mesuré avant ou après une dialyse ? cette Hb avant ou après cathétérisme cardiaque ? cette créatinine avant ou après injection de produit de contraste ? ... Des tests de dépistage de l'hépatite et du SIDA sont faits systématiquement. Normalement, la procédure complète d'analyse de vérification et de transmission écrite des résultats prend 48 heures ou plus. Cependant, si la demande a été clairement identifiée comme "préopératoire", le laboratoire prend un contact immédiat avec l'unité de soins pour signaler si un échantillon est positif. De tels résultats préliminaires ne constituent jamais une preuve et demandent confirmation par des méthodes plus sophistiquées : bon nombre de ces résultats s'avèrent alors être de faux positifs.
- d. Si un problème détecté justifie des mesures particulières (examens complémentaires, suivi aux Soins Intensifs, consultation de confrères, postposer le cas ...) il faut avant tout en parler avec votre superviseur et surtout avec le médecin responsable de l'unité de soins où est hospitalisé le patient : celui-ci connaît le patient mieux que quiconque et est au courant de tous les aspects de son évolution. Ecrivez une note dans les pages vertes du dossier résumant vos conversations et justifiant les solutions qui ont été retenues. Il est toujours préférable que ces points soient communiqués au patient par le médecin d'étage. Il n'y a rien de plus angoissant pour le patient que des avis divergents.

4.1.2. *La visite au patient*

Avoir un contact personnel avec le patient dans le but d'établir un lien privilégié avec lui - de "passer un contrat" de confiance avec lui - suppose un minimum d'intimité. On veillera à entamer cette conversation à l'écart de tiers, y compris des proches du patient, sauf si celui-ci exprime le désir qu'ils y assistent. Les moyens d'obtenir ceci avec tact ne manquent pas : rideaux de séparation, salles d'examen ...

En milieu universitaire, la majorité des patients présentent des facteurs de risques importants. La veille de l'opération n'est pas le moment opportun pour leur détailler tous les risques qu'ils courent. Ceux-ci ont normalement été discutés avec le chirurgien quand l'indication opératoire a été posée. L'honnêteté demande cependant que l'on s'assure que le patient en a bien été averti. Quelques règles simples sont utiles à suivre pour éviter des drames la veille d'une opération :

1. Utilisez des mots simples compréhensibles par tous. "Analgésie" est rarement compris : "médicaments contre la douleur" l'est toujours. N'oubliez pas que peu de gens ont une connaissance claire de l'anatomie.
2. Ne faites pas de promesses que vous ne pourrez pas tenir. Ne dites jamais « vous n'aurez pas mal » mais plutôt « nous ferons tout pour que vous n'ayez pas mal »...
3. Limitez vos explications au domaine que vous connaissez bien : l'anesthésie. Laissez au chirurgien le soin de répondre aux questions concernant la chirurgie.
4. N'évoquez jamais un problème sans évoquer sa solution : si un patient présente un sérieux handicap, dites ce que l'équipe compte faire de spécial pour en minimiser les conséquences et dites en quoi cela changera le cours normal des événements (ex : surveillance prolongée au réveil, séjour aux Soins Intensifs).
5. Ne songez à postposer un patient que si ce délai supplémentaire pourra contribuer à améliorer son traitement ou son état. La décision de postposer un patient n'est jamais prise par l'anesthésiste seul : elle nécessite une concertation entre chirurgiens et anesthésistes, de préférence au niveau des superviseurs. Si un patient doit être postposé, expliquez-lui les avantages qu'on espère en retirer pour lui.
6. Expliquer à quelqu'un ce qui va se passer ôte la plus grande partie de l'angoisse. Dans plusieurs disciplines, il existe des livrets explicatifs fort bien faits (ex : l'opéré cardiaque, Petit Pierre va en salle d'opération ...), assurez-vous que le patient a reçu celui qui lui convient. De même, il existe un dépliant expliquant l'usage de la PCA pour le contrôle de la douleur postopératoire.
7. **Il est important de dire que vous êtes médecin et que vous ne quitterez le patient à aucun moment de la narcose.** Trop d'idées fausses ont encore cours dans le public ...
8. Si une anesthésie loco-régionale est prévue, n'oubliez pas de signaler qu'il est toujours possible d'administrer des sédatifs et des antidouleurs et que vous resterez aux côtés du patient pendant l'intervention.
9. En cas de conscience altérée, des explications simples seront néanmoins fournies au patient (ou ignore souvent dans quelle mesure il peut intégrer ce qui lui est dit), puis discutées en détail avec la famille.
10. Il existe une liste d'interprètes bénévoles travaillant aux Cliniques Saint-Luc proposant leur aide dans plusieurs dizaines de langues. La liste de ces personnes est disponible au service du Personnel (tél. 1587) ou au service des Urgences (tél. 1603).
11. Les assistants étrangers peuvent éprouver des difficultés à se faire comprendre en français. Au moment de se présenter au patient, il est conseillé qu'ils lui disent d'emblée qu'ils sont en formation ici, qu'ils ne sont pas francophones, et que si le patient éprouve la moindre difficulté de compréhension, il doit le dire. Il est alors préférable de demander de suite l'aide d'un collègue assistant, plutôt que de courir le risque d'avoir un patient mal éclairé et anxieux.

4.1.3. *Le Consentement Eclairé*

Depuis 1997, la jurisprudence insiste sur l'importance d'informer correctement le patient de ce qui va lui être fait. Il n'est *pas* demandé qu'il signe de document détaillant les choses qui lui ont été expliquées. Par contre, une trace est demandée établissant le fait que son accord a été obtenu après explications appropriées. Vous devez ensuite remplir cette rubrique au bas de la feuille de préanesthésie (annexe). En ce qui concerne les enfants, une autorisation parentale est requise, faute de quoi il est exclu de procéder à une anesthésie. Une mention particulière est aussi prévue en haut de la feuille de préanesthésie.

4.1.4. *Prémédication*

Une prescription de prémédication clôture la visite préopératoire. Elle se fait sur les formules bleu - blanc - rouge ad hoc (annexe). Fin 2002 elle sera informatisée et intégrée au logiciel de prescriptions utilisé dans les unités de soins. Votre prescription y est validée par votre signature électronique contenue dans la puce insérée au dos de votre badge d'identification : ne prêtez ce dernier à personne, même pour de courtes périodes ! Votre prescription sera claire, c'est-à-dire non ambiguë, écrite de façon lisible, conforme à la loi (p. ex. : les doses de stupéfiants doivent être écrites en toutes lettres), signée de façon lisible, avec cachet. Les médicaments utilisés seront ceux du formulaire hospitalier. Vous vous assurerez avant de quitter l'étage que votre prescription est bien comprise du personnel infirmier et que les médicaments prescrits sont disponibles à l'unité de soins.

4.1.5. *Banque de Sang*

La visite préopératoire comprend la vérification, à la Banque de Sang, de la commande de sang faite par l'étage. Seul le contrôle par un tiers (vous en l'occurrence) permet de découvrir des oublis ou des erreurs éventuels. Ne pas passer par la Banque de Sang à la fin de son tour préopératoire est une faute de procédure sérieuse. Téléphoner ne suffit pas. On ne peut jamais tenir pour garanti que la banque de sang puisse honorer une commande (groupes rares, pénuries...).

4.1.6. *Plan de narcose*

Vous établissez enfin une proposition **détaillée** de la prise en charge anesthésique de votre patient que vous écrirez au bas du Protocole Préopératoire. Ce plan de narcose tiendra compte de tous les aspects de la pathologie de votre patient et du geste chirurgical envisagé. Le plan de narcose comprend une stratégie pour l'analgésie postopératoire. **Cette phase de la démarche préopératoire est la plus importante : c'est celle qui fait de vous un Spécialiste en Anesthésiologie.** Il vous incombe de détecter des problèmes potentiels et de *planifier* les moyens de correction. Il est attendu de la part des assistants qu'ils aillent relire la littérature au sujet des pathologies inusitées et des implications anesthésiques de ces pathologies avant d'écrire leur plan.

4.1.7. *Discussion avec le superviseur*

Une fois votre feuille de préanarcose établie avec son plan de narcose, vous la soumettez à un superviseur, de préférence à celui qui assurera la supervision de ce cas. S'il est trop tard ou qu'il est absent ce jour-là, vous la ferez relire par le superviseur de garde. Ne quittez pas l'hôpital en laissant des problèmes en suspens que vous n'avez pas discuté avec le superviseur.

4.1.8. *Les patients privés*

Ils sont identifiés comme tels sur leur badge. Vous le signalerez au superviseur dès que vous avez connaissance de cette particularité, de façon à ce qu'il puisse rendre visite au patient s'il le désire. Si un patient - "privé" ou non - exprime le désir d'être endormi par un membre du staff spécifique, vous en aviserez ce collègue. La dénomination "privé" implique un certain confort de chambre et l'assurance d'être opéré par le chirurgien de son choix. Elle n'implique en aucune façon de différence quant à la qualité des soins reçus, aux décisions thérapeutiques prises, ni à l'ordre de passage sur une liste d'attente. Médicalement parlant, le directeur d'entreprise et le vagabond bénéficient de la même attention et des mêmes soins : *tous les patients sont rois*.

4.2. QUARTIER OPÉRATOIRE

Le fonctionnement du Quartier Opératoire est régi par un « code de bonne conduite » qui a été adopté par tous ses utilisateurs. Vous êtes priés d'en prendre connaissance (cfr annexe) et de vous y conformer.

Les Drs L. VAN OBBERGH, J. RUBAY, Mmes G. LENGELE et N. SWARTENBROEK occupent actuellement la fonction de coordinateurs du Quartier Opératoire. En tant que tels ils ont autorité pour régler tous les conflits ponctuels et pour modifier les programmes en vue d'une plus grande efficacité. Ils agissent selon les directives du Comité des Utilisateurs du Q.Op. (CODU), qui est responsable devant le Conseil des Chefs de Service du Département de Chirurgie.

4.2.1. *Horaires*

Les patients sont mis sur table à 07 h 45. Dans tous les cas, le MACCS sera arrivé en salle suffisamment tôt pour en préparer et vérifier tous les éléments avant la mise sur table du patient. Sauf accord préalable et contraire, les patients adultes sont mis sur table, équipés (ECG, SpO₂, intraveineuse, tension artérielle) et oxygénés par le MACCS mais aucune drogue ne sera injectée avant l'arrivée du superviseur. Pour les enfants, le superviseur sera présent dès la mise sur table.

4.2.2. *Préparation des salles*

Avant d'introduire le patient en salle, l'assistant d'anesthésie :

- jette *toutes* les ampoules entamées et *toutes* les seringues préparées pour le cas précédent; il s'assure qu'il ne subsiste dans la salle aucun produit sanguin, aucun échantillon de sang ou de tissu appartenant au patient précédent;
- vérifie le bon état de fonctionnement du respirateur, de l'aspiration et du matériel destiné à l'intubation du patient
- vérifie qu'un AMBU est à disposition et fonctionnel;

- met en marche et calibre les divers moyens de surveillance qu'il utilisera pendant la narcose;
- vérifie la présence d'un tensiomètre *manuel* en état de marche;
- prépare ou fait préparer les médicaments qu'il compte utiliser;
- vérifie le contenu des perfusions préparées et la purge des tubulures;
- diminue l'intensité de l'éclairage de la salle, s'assure du bon fonctionnement du matelas chauffant et d'une lampe chauffante (anesthésie d'un enfant).

En cas de pathologie qui nécessite la prise de précautions particulières pour le patient (allergie aux produits iodés, latex ...), pour le personnel soignant et/ou pour la stérilisation du matériel (antigène HBS, HIV etc...), l'anesthésiste s'assure que toute l'équipe soignante de la salle en est prévenue. Il existe des chariots spéciaux portant tout le matériel nécessaire aux cas pédiatriques ou aux anesthésies de patients allergiques au latex. Il existe une procédure spéciale concernant ces cas dont vous prendrez connaissance.

Il n'est pas correct d'induire une narcose si un des appareils nécessaires à la surveillance du patient ou à l'anesthésie est défectueux ou douteux. Dans ces cas, il faut attendre l'aide d'un technicien et/ou remplacer l'appareil.

On n'entamera de locorégionale qu'après avoir vérifié la présence des éléments suivants :

- source d'oxygène + ambu et masque
- matériel d'intubation
- drogues de réanimation atropine, adrénaline (non puisées)
- drogues anticonvulsivantes (Valium, Pentothal)
- myoplégine *non puisée*.

Une personne capable d'aider à réanimer doit aider l'anesthésiste pour tout bloc locorégional.

Enfin, il est irresponsable de commencer une anesthésie chez un patient porteur d'une pathologie rare sans avoir relu la littérature à ce propos.

4.2.3. La Narcose

Cette section ne constitue pas une description exhaustive des routines suivies à Saint-Luc. De telles descriptions peuvent être trouvées dans les « bibles » propres à chaque secteur. Leur contenu est supposé connu dès le premier jour effectué dans une rotation. Certains points de base méritent cependant d'être rappelés ici.

- * L'identité du patient doit être vérifiée par l'anesthésiste lors de l'entrée en salle. Vérifiez aussi auprès du patient la nature de l'opération prévue. Confrontez ces renseignements avec ceux du protocole de préanesthésie et avec ceux écrits sur le bracelet de chirurgie, que vous enlevez et glissez dans le dossier.
- * Le côté à opérer sera vérifié avec la collaboration du patient.
- * On veillera à préparer la salle de manière à amener le patient dans un environnement accueillant : salle propre et chaude, pas de lumières agressives, pas de bruit ni de cris, matelas chauffé si possible, couverture chaude dès la mise sur table.
- * L'ECG et la SpO₂ sont branchés avant toute autre chose. Un cathéter i.v. est placé, la TA est mesurée et on préoxygène le patient avant toute induction d'adulte.

- * Aucune molécule potentiellement allergénique n'est injectée avant établissement de tout le monitoring et d'une voie d'entrée de gros calibre, voire du tube endo-trachéal.
- * On n'induit jamais une narcose seul. L'aide d'une autre personne au moins est requise. Cette personne se trouvera à côté du patient de façon à pouvoir prévenir une chute en cas d'agitation. La même règle s'applique en phase de réveil.
- * Un anesthésiste reste aux côtés du patient durant *toute* la narcose. Ceci s'applique aussi aux périodes de CEC et d'arrêt circulatoire. Un anesthésiste reste aux côtés du patient pendant toute la durée de l'acte chirurgical. Ceci vaut aussi en cas de locorégionale, ou de locale monitorisée. Pour les interventions se déroulant sous plexus brachial ou bloc de pied et pour autant qu'aucune sédation n'ait été administrée, il est acceptable de confier la surveillance du patient à l'infirmière de la salle ou à un stagiaire médecin après s'être assuré que l'anesthésie est parfaite pendant la dissection chirurgicale. Cette personne doit savoir comment le contacter. Le patient sera muni au minimum d'un pulse oxymètre avec alarme, d'un ECG et d'un tensiomètre automatique. Il recevra un supplément d'oxygène via une canule ou un masque à effet Venturi. L'anesthésiste ne quittera cependant pas l'enceinte du Quartier Opératoire, de manière à pouvoir revenir dans cette salle en moins d'une minute en cas d'appel.
- * En cas de narcose, les voies aériennes sont protégées par un tube endotrachéal ou un masque laryngé. En cas d'anesthésie au masque, ce dernier est tenu à la main pendant toute la durée de l'intervention. Une capnographe est utilisé dans tous les cas.
- * Pendant l'entretien de la narcose, le monitoring minimal d'un cas comprend : la fréquence cardiaque et la tension artérielle systolique notées toutes les cinq minutes, la t°, la SpO₂ et la PETCO₂ notées tous les quarts d'heure. S'il y a impossibilité de suivre une de ces variables, on notera pourquoi. Il n'existe pas de situation où il n'y a pas de moyen de mesurer le pouls et la tension (hormis le shock extrême et la maladie de Takayasu).
- * Toutes les salles sont munies d'appareils de mesure des gaz. Vérifiez fréquemment si leur mesure correspond aux concentrations que vous utilisez.
- * Les alarmes de capno et de pulse oxymétrie doivent toujours être actives, de même que celles du respirateur (exception : pendant la CEC).
- * Tout acte d'anesthésie justifie la rédaction d'un protocole, lisible et complet (cfr plus loin). Le protocole informatisé doit au moins comprendre les éléments suivants : identité du patient, type d'intervention, heure de mise sur table, heure de fin de l'induction, heure d'incision et heure du dernier point de peau. Il sera clôturé de façon adéquate et imprimé. Il sera joint au protocole manuel.
- * Pendant l'entretien de la narcose peuvent exister des moments creux : mettez-les à profit pour préparer l'anesthésie suivante (drogues, matériel ...).
- * La phase de réveil est un moment de grand risque pour le patient. Contrairement à la phase d'induction, il est rare que le chirurgien soit encore présent, et les infirmières s'écartent souvent du patient pour s'occuper d'instruments ou pour préparer le cas suivant. Il vous incombe de vous assurer de la présence d'une aide aux côtés du patient jusqu'à ce que celui-ci ait quitté la salle. Le maintien d'une voie aérienne perméable est le premier souci de l'anesthésiste pendant cette phase. Chaque salle possède un monitoring de curarisation. Il faut s'assurer avec un stimulateur que le

patient a correctement récupéré de son bloc neuromusculaire avant de songer à le faire respirer spontanément et de l'extuber. On ventile toujours à l'oxygène pur avant de remettre un patient en respiration spontanée. On aspire le pharynx avant d'extuber. On extube après une inspiration profonde d'oxygène pur et en maintenant une légère pression positive dans les voies aériennes.

- * La mise au lit se fait en position latérale de sécurité quand c'est possible, en décubitus dorsal dans les autres cas. En décubitus dorsal, le contrôle des voies aériennes ouvertes est plus délicat (head-tilt, chin lift) : ceci a priorité sur la rédaction du protocole.
- * Des bonbonnes d'O₂ sont disponibles dans tout le Q.Op. Tout patient transféré de salle d'Op. en salle de réveil a droit à un supplément d'oxygène pendant le transport. Il incombe aux assistants de fermer les bonbonnes après usage *et de les ramener* aux endroits de stockage prévus dans chaque couloir. Des bonbonnes se trouvant ailleurs que dans ces sites protégés créent un risque potentiel d'accident grave (incendie et explosion). Il est extrêmement dangereux de fumer en présence d'oxygène. Il est de la responsabilité de tout anesthésiste de faire respecter cette élémentaire règle de sécurité par toutes les personnes travaillant au Q.Op.

4.2.4. Hiérarchie (rôle des MACCS)

Dans un métier comme le nôtre, il n'est pas possible que l'attribution des tâches et responsabilités soit floue. Dès qu'il y a plus d'une personne impliquée dans l'anesthésie d'un cas il existe nécessairement une hiérarchie entre ces personnes.

Quand deux assistants d'anesthésie travaillent dans la même salle, c'est celui (celle) qui a la plus grande ancienneté dans le service qui a autorité pour prendre les décisions et organiser le travail. En cas de différends avec les chirurgiens ou les infirmières, l'assistant contacte son superviseur. Quand plusieurs anesthésistes sont amenés à prendre un même cas en charge, ils désignent d'entrée de jeu celui qui coordonnera leur activité. Ce dernier donnera alors les ordres et répartira les tâches. Il assurera la surveillance du patient. Cette routine de désignation d'un maître de narcose est particulièrement importante à respecter lors de la prise en charge de grandes urgences.

4.2.5. Procédure de remplacements

Chaque fois qu'un anesthésiste est amené à en remplacer un autre, une procédure systématique sera suivie pour assurer le transfert de responsabilité. Celle-ci comprendra successivement :

1. une description succincte de la mise au point *préopératoire*
2. le rappel du *type d'opération* entreprise et son degré d'avancement
3. la *technique d'anesthésie* mise en oeuvre
4. la description des *moyens techniques* utilisés (monitoring, voies d'entrée ...)
5. *les particularités* hémodynamiques du patient et son évolution depuis le début du cas
6. *ce qui est prévu* ou prévisible dans les minutes à venir.

Il n'est pas permis de remplacer ou de faire remplacer un assistant par un autre sans obtenir au préalable l'autorisation du superviseur de salle. On veillera particulièrement à ne désigner pour un remplacement qu'un assistant ayant déjà l'expérience du type de chirurgie en cours.

Lorsque l'anesthésiste qui reprend le cas n'est pas prévu initialement pour ce cas et si son nom ne figure pas au bas du protocole, il écrira ses initiales en marge du protocole, l'heure à laquelle il prend le cas en charge et l'heure où il le remet à l'anesthésiste original.

4.2.6. Transfusion Sanguine : on se référera à ce propos au chapitre 8.

4.2.7. Salle de réveil : procédures

La salle de réveil est un endroit qui doit rester calme. Chacun veillera donc à encourager ce calme nécessaire à un réveil serein de nos patients. L'assistant d'anesthésie de garde 9555 y sera en permanence pendant la journée; il ne quitte son service que lors de la relève de la garde 9555. Un de ses rôles les plus importants est de rappeler en permanence aux infirmières de rester à proximité immédiate des patients dont elles ont la charge. La sécurité est à ce prix.

a. Le protocole (annexe)

Le protocole de réveil sera complété avec précision en salle d'opération et toutes les informations importantes y figureront clairement. Les ordres médicaux seront écrits lisiblement. Les instructions relatives notamment à l'analgésie, à la prévention des effets secondaires (nausées et vomissements sont les plus fréquents), à la transfusion (prédonation ...) seront soigneusement détaillées. Ce document est inséré dans le dossier médical quand le patient quitte la salle de réveil. Avec la feuille préopératoire et le protocole d'anesthésie, il constitue le dossier d'anesthésie. L'original du protocole d'anesthésie est remonté au staff-room et classé dans la farde ad hoc (exemplaire blanc).

b. Transmission des informations

Outre la transmission écrite des informations, l'anesthésiste informera oralement le 9555 et/ou l'infirmière du cas qui lui est confié. Le médecin anesthésiste assumera les responsabilités de l'installation et du monitoring de son patient en salle de réveil. Il ne quittera cette salle que lorsque les paramètres du patient auront été vérifiés et que l'infirmier(e) aura réellement "cerné" le cas qui lui est confié. Il préviendra l'assistant des particularités médicales chirurgicales et anesthésiques du patient. N'oublions jamais que l'anesthésie ne s'arrête pas à la sortie de la salle d'opération : un tiers des accidents d'anesthésie surviennent en salle de réveil.

c. Conduite en salle de réveil

L'assistant du réveil (9555) supervisera l'évolution des patients. Il prendra la décision de les faire remonter après avoir pris l'avis de l'anesthésiste qui a pratiqué la narcose. Sauf exception, on ne fera pas remonter un patient moins de 45 minutes après son arrivée en salle de réveil. Sauf exception aussi, chaque patient recevra un supplément d'oxygène pendant au moins vingt minutes après son arrivée en salle de réveil. Cependant, chaque médecin du service d'anesthésiologie, en fonction de son niveau de compétences, acceptera de voir des patients à la demande d'un(e) infirmier(e), de donner un avis ou de prendre les mesures nécessaires pour corriger un problème éventuel. En cas de problème avec un patient, l'anesthésiste qui a assuré la narcose sera averti dès que les circonstances le permettent.

d. Information et continuité des soins

L'assistant s'informer régulièrement de l'évolution de l'état de son patient en salle de réveil et s'efforcera de le revoir avant son départ. Les patients dits "à risque" ne seront jamais "abandonnés" sans avoir été confiés à un confrère. En fin de journée aussi, les patients ont le droit de recevoir la visite de *leur* anesthésiste pendant leur séjour au réveil. Cela signifie que chaque assistant s'enquerra de la situation de son dernier patient après avoir terminé ses visites préopératoires et ira lui rendre visite soit en salle de réveil soit à l'étage. Si cela n'est pas possible, il a la responsabilité d'assurer la continuité des soins, c'est-à-dire qu'il ne quittera pas l'hôpital sans avoir contacté un confrère et lui avoir transmis - avec son accord - la responsabilité du cas.

e. Techniques spécifiques d'analgésie

Toute technique spécifique sera initialisée et vérifiée par le médecin prescripteur sous sa seule responsabilité. Toutes les informations seront consignées dans le protocole d'analgésie postopératoire et/ou sur la feuille de réveil.

f. Départ du patient

Tout patient prêt à quitter la salle de réveil sera obligatoirement revu par un médecin du service d'anesthésiologie. Dans la mesure du possible, ce médecin sera celui qui a conduit la narcose sinon il s'agira de l'assistant du réveil (9555). Il questionnera le patient afin de s'assurer de l'absence de problème. Une attention particulière sera portée au confort du malade. Il fera une brève synthèse du cas (cfr zone réservée à cet effet sur le verso du protocole). Eventuellement, il prendra personnellement contact, par téléphone, avec les infirmier(e)s de l'étage pour les prévenir d'un détail important ou d'un problème nécessitant une surveillance spéciale. Le médecin qui autorise un patient à quitter la salle de réveil signera lisiblement la feuille de réveil du patient.

g. Voies centrales et Anesthésies loco-régionales

Même si ces tâches sont confiées à l'assistant du réveil, tout médecin d'un niveau de formation au moins équivalent, en fonction de sa disponibilité, veillera à aider son collègue si celui-ci en fait la demande. Cela évitera aux patients de longues minutes d'attente inutile dans un cadre peu propice à la sérénité. Il en va de même pour l'aide aux anesthésies loco-régionales pour les urgences.

4.2.8. Mise en place des voies centrales

Le service d'Anesthésiologie place toutes les voies centrales pour les patients hospitalisés aux étages de St-Luc. La raison principale est la sécurité accrue offerte par la centralisation d'un acte médical dans un lieu pourvu de toutes les facilités techniques. Il est important de garder cette finalité à l'esprit et ne pas accepter de prendre de risque inutile par acharnement ou adoption d'une technique de ponction qui ne soit pas optimale. Il existe une bible spécifique pour cette activité qui sera consultée avant d'effectuer ses premières prestations dans ce cadre.

4.2.9. Appel au superviseur. Appel urgent

NB : Les procédures ci-dessous ont été revues en 2001 par un groupe de réflexion ad hoc dirigé par le Dr Pendeville.

*Chaque salle est à tout moment sous la tutelle d'un superviseur ou d'un assistant de 5^e année. Celui-ci sera contacté dès qu'un doute existe quant à la sécurité du patient.

*En cas de péril imminent, on activera **l'appel "ARCA"** (ARrêt CARdique) en pressant le bouton rouge ad hoc existant dans chaque salle. Ce bouton provoque la sonnerie d'un bip spécial porté par un superviseur la journée, par l'assistant senior de garde la nuit. Quand il sonne, la fenêtre de ce bip indique le numéro de la salle d'où émane l'appel. Notez que le bloc d'accouchement s'inscrit BAC et les salles 30 et 31 (-4) s'inscrivent « 30 ». Dans chaque couloir un écran récapitulatif affiche le numéro de la salle et sonne. Un appel général par l'interphonie signalera le numéro de la salle demandant de l'aide. Tous les anesthésistes innocupés se rendront dans cette salle pour y proposer leurs services. Une infirmière de la salle de réveil y amènera le chariot de réanimation après en avoir déclenché le chronomètre. Ce chariot est vérifié tous les matins et est remis en état après chaque utilisation par les infirmières du réveil.

*Les postes extérieurs ne sont pas reliés aux bip ARCA et ne possèdent donc pas de bouton ARCA. Certains possèdent cependant une interphonie reliée au réseau du Q.Op. Dans tous les lieux autres que ceux mentionnés ci-dessus, il est cependant possible d'obtenir rapidement l'aide de superviseurs d'anesthésie en formant **le bip 88/9000.**

Il est impératif de le laisser **sonner ET DE NE PAS RACCROCHER LE TELEPHONE APPELANT**, le porteur de ce bip ne pouvant déterminer l'origine de l'appel qu'une fois la connexion établie : la sonnerie entendue au téléphone **ne signifie pas** nécessairement que le bip a commencé à sonner. L'avantage du système est qu'il fonctionne partout dans l'hôpital. Les distances étant grandes, veillez à appeler dès que vous pensez que se développe une situation dangereuse. N'attendez pas d'être en situation de péril imminent.

4.2.10. Procédures de transfert aux Soins Intensifs

O₂ + Ambu + monitoring de transport; ventiler à l'O₂ pur (\pm 9 L dans l'ambu avec ballon réservoir) ou mettre un masque vert délivrant 40 % d'O₂ au débit de 9 litres d'O₂.

Le transfert de responsabilités aux Soins Intensifs se fait de médecin à médecin. On ne quitte le malade que quand il est monitorisé, dans un état hémodynamique satisfaisant, et correctement ventilé.

Mettre la feuille jaune du protocole d'anesthésie au dossier médical du patient.

N'oubliez pas de ramener :

- le monitoring de transport + support + ses câbles et connexions
- la bonbonne d'O₂ (fermée !) dans le couloir de la salle d'op. + l'ambu
- les pompes pousse-seringues
- ranger la bonbonne d'O₂ fermée à sa place
- rebrancher le monitoring de transport pour recharger la batterie
- compléter la feuille de pharmacie et la porter au réveil
- classer le protocole opératoire *par ordre chronologique* dans la farde "ad hoc".

4.2.11. Rôle des MACCS en fin de journée

Quand il a conduit son dernier patient au réveil ou aux Soins Intensifs, l'assistant d'anesthésie retourne en salle afin :

- d'arrêter les appareils qui seraient encore en fonctionnement
- de couper l'arrivée d'oxygène
- de jeter les ampoules de morphiniques entamées et de remettre les ampoules non ouvertes dans l'armoire à stupéfiants (les réintroduire en indiquant le numéro du patient)
- de ranger le matériel d'anesthésie de manière à ce qu'il soit réutilisable rapidement par un collègue
- les chariots d'anesthésie utilisés pour les postes extérieurs doivent être remis en état pour pouvoir immédiatement resservir en cas d'urgence. Seul le réapprovisionnement en drogues se fait par les infirmières
- *il contacte son superviseur pour s'assurer qu'on n'a plus besoin de ses services : **aucun assistant ne quitte les cliniques sans l'accord de son superviseur.*** (Le superviseur du POPS est le Pr F. Singelyn). S'il est de garde, il contacte le superviseur de garde pour organiser avec lui la suite de ses activités (tour, remplacement, urgence...). Ceci vaut également pour les rôles tardifs
- en cardiaque, la première salle qui s'achève est immédiatement nettoyée et préparée par les infirmières à recevoir une grande urgence. L'assistant de garde de cardiaque vérifiera dès que possible le respirateur et la conformité de la préparation de cette salle
- revoir son dernier patient soit en salle de réveil, soit à l'étage.

4.3. ANESTHÉSIE DANS DES POSTES SITUÉS HORS DU QUARTIER OPÉRATOIRE.

Il est possible d'anesthésier dans plus de 40 locaux extérieurs au Q.Op. Les anesthésies pratiquées dans ces lieux doivent répondre aux normes belges de sécurité du patient anesthésié (cfr annexe). Si tel n'est pas le cas, vous devez en avertir le Pr Van Obbergh.

Malgré tout, l'éloignement des structures de secours du Q.Op. constitue un risque en soi.

Plusieurs mesures spéciales ont donc été prises pour augmenter la sécurité dans ces postes.

1. Pour rappel : le bip 88/9000 (cfr. supra).
2. Deux infirmières spécialisées assistent à l'organisation de ces activités : Mesdames Vermander (bip 88/2680) et C. Dewelle.
3. Les postes les plus fréquentés sont reliés à l'interphonie du Q.Op.
4. Deux postes d'anesthésie mobiles ont été spécialement conçus pour ces activités. Vous avez la responsabilité de les ramener propres et rangés en salle de réveil après usage.

4.4. TOUR DE SALLE (VISITE POSTANESTHÉSIE)

La visite postopératoire est obligatoire pour les patients opérés en ambulatoire (CHIRA), ces derniers ne pouvant quitter l'hôpital qu'avec le consentement de l'anesthésiste. Cette visite aura lieu dès que les critères de départ sont réunis et au plus tard à 12 h 30 pour les cas du matin et à 18 h 30 pour ceux de l'après-midi (voir 5.8).

Cette visite est vivement conseillée pour les patients hospitalisés. En effet, le malade n'aura, de votre visite préanesthésique et de votre prise en charge en salle d'opération, que peu ou pas de souvenirs.

Le revoir en postopératoire vous permettra d'établir un meilleur contact avec lui. Vous pourrez ainsi répondre à certaines de ses questions concernant l'anesthésie et l'intervention qu'il a subies; vous pourrez détecter les effets secondaires de votre narcose; vous pourrez évaluer l'efficacité de la technique antalgique que vous avez proposée. D'autre part, cette visite postopératoire vous permettra d'améliorer vos contacts avec le personnel soignant de l'étage et les chirurgiens.

4.5. ANALGÉSIE POSTOPÉRATOIRE (POPS)

L'analgésie postopératoire est assurée par un MACCS effectuant une rotation spécifique : le POPS (Post Operative Pain Service). Cet assistant de 2^e année passe revoir, tous les jours, samedi et dimanche compris, tous les patients porteurs d'une pompe à visée antalgique initiée par notre service. En semaine, un second tour des patients doit se faire l'après-midi pour évaluer l'efficacité des mesures prises le matin et pour voir les nouveaux opérés. La durée de la rotation est de un mois pendant lequel l'assistant ne prendra pas de congés. Il détecte et règle les problèmes rencontrés et collecte un certain nombre de renseignements concernant chaque patient. Il rassemble ses observations sur une fiche de suivi dont vous trouverez un exemplaire en annexe. Ces fiches seront classées par unité d'hospitalisation dans une farde "POPS" qui demeurera au staff room à votre disposition. Veuillez cependant à la laisser toujours au staff room. Ces fiches comportent deux faces. La face A reprend des renseignements signalétiques concernant le malade. La face B rassemble les informations concernant le suivi postopératoire du patient. L'objectif de cette documentation est double : assurer la continuité des soins et constituer une base de données utilisable dans un effort constant d'amélioration de la qualité des soins.

Il peut exister des difficultés d'interaction entre le POPS et le fonctionnement des Soins Intensifs; les principes suivants sont d'application quand un patient se trouve aux Soins Intensifs en phase postopératoire :

1. les médecins des Soins Intensifs sont responsables de tous les aspects du traitement du patient, y compris celui de la douleur. L'assistant POPS continue cependant à suivre ces patients et joue un rôle de conseiller en matière d'analgésie;
2. *toute* technique particulière d'analgésie est documentée par une feuille blanche "POPS" et une feuille verte de prescription et de suivi de l'analgésie, que cette technique soit initiée au Quartier Opératoire ou aux Soins Intensifs;
3. *tout* patient bénéficiant d'une technique particulière d'analgésie est revu quotidiennement par l'assistant "POPS", même lorsqu'il est aux Soins Intensifs;
4. les assistants d'anesthésie en rotation aux Soins Intensifs sont tous des assistants seniors, donc compétents en techniques d'analgésie. Il leur incombe donc de mettre en route, surveiller, documenter et assurer le suivi des techniques particulières d'analgésie tant que les patients sont aux Soins Intensifs. Pendant cette période, le rôle du POPS est essentiellement consultatif; il assure aussi une documentation uniforme minimale dans le système du POPS; il assure enfin la coordination entre Q.Op. et Soins Intensifs et entre Soins Intensifs et étage, où il prendra le relais;

5. quand un patient porteur d'une technique particulière d'analgésie remonte à l'étage, l'assistant POPS en sera averti par l'assistant des Soins Intensifs. Ceci est valable que l'analgésie ait été initiée au Q.Op. ou aux Soins Intensifs.

Nous vous demandons de bien vouloir compléter la face A (annexe) de la fiche de suivi chaque fois que vous prescrirez une pompe à visée antalgique à l'un de vos patients. Cette fiche de suivi sera annexée aux feuilles de prescription (vertes) de la pompe. Une fois complétée (indiquer toutes les informations utiles à propos de la technique antalgique : espace péri ..., à...cm avec KT in de ...; solution; supplément antalgiques autorisés; ...) et badgée, déposez-la soit dans le bac ad hoc placé en salle de réveil, soit sur le bureau du local POPS à l'entrée du Q.Op. (local des pompes). L'assistant du POPS disposera ainsi, avant son tour, de précieuses informations concernant votre patient.

L'assistant du POPS est porteur d'un BIP (88/2684) qu'il transmet la nuit et le WE au senior de garde sur place (88/1020).

L'existence du POPS n'interdit nullement à l'anesthésiste qui a pris le patient en charge en salle d'opération de le revoir en postopératoire. Bien au contraire...!

4.6. LA MATERNITÉ

Depuis 1996 existe une rotation d'assistant de 2e année au Bloc d'Accouchement. Cette rotation dure un mois pendant lequel l'assistant ne prendra pas de congés. Le but de cette rotation est de le familiariser aux techniques et à l'environnement particulier de l'analgésie et de l'anesthésie obstétricales avant qu'il ne doive en prendre la responsabilité lors de gardes 1020. Pendant cette rotation il bénéficiera d'une supervision spécifique et recevra une information écrite (« bible »). Chaque fois que possible, l'assistant sera présent aux réunions matinales du service d'obstétrique.

Le superviseur de référence est le Docteur Fabienne Roelants.

L'assistant du Bloc d'Accouchement a pour fonctions, **dans l'ordre des priorités** :

- d'assurer l'anesthésie des césariennes
- d'installer et suivre les méthodes d'analgésie (péridurales ...)
- d'assurer les sédations ou anesthésies pour fivettes
- d'assurer les sédations ou anesthésies pour toutes autres interventions pratiquées au Bloc d'Accouchement : révisions utérines, curetages, examens particuliers ...

Régler des conflits éventuels entre gynécologues et/ou obstétriciens n'est pas du ressort de l'assistant d'anesthésie; le cas échéant il référera les protagonistes à leur Chef de Département.

4.7. ACCIDENTS - INCIDENTS - COMMENTAIRES SPÉCIAUX

En cas d'incident (sans conséquence pour le patient) ou d'accident lié à l'anesthésie, à la chirurgie ou à la combinaison des deux, le MACCS prévient immédiatement son superviseur qui prendra les dispositions nécessaires (consultation d'autres spécialistes, documents pour l'assurance).

Il convient de distinguer deux situations fondamentalement différentes :

4.7.1. *Le patient n'a aucune séquelle*

Tout incident mérite d'être signalé afin de permettre de poursuivre une politique préventive évitant la répétition d'incidents similaires. A cette fin existent les rapports « AIMS », à remplir de façon succincte (pas besoin de littérature) et anonyme, avant de le glisser dans le casier de la Dr Aunac. Le document (AIMS) n'a pas d'existence médico-légale et *ne figurera pas* dans le dossier médical du patient. Il est confidentiel et reste la propriété du service d'anesthésiologie. Il est important de rapporter un maximum d'incidents qu'il y ait eu ou non des conséquences défavorables pour le patient. En effet, l'analyse de similitudes entre incidents bénins peut révéler des problèmes de matériel ou des routines inadéquates qui peuvent, dès lors, être corrigés avant que ne survienne un accident grave. Certains incidents font l'objet de réunions M & M.

Cette démarche est importante car elle permet :

- de déterminer l'épidémiologie de ces problèmes dans notre service
- d'en découvrir éventuellement les causes ou mécanismes et donc d'y porter remède
- de partager avec tous l'enseignement retiré du cas.

Tous les cas présentés lors de ces réunions M & M sont couverts par le secret professionnel et le présentateur prendra soin de ne laisser paraître aucune information qui permette d'identifier le patient ou d'autres acteurs concernés par le cas.

4.7.2. *Le patient présente ou risque de présenter des séquelles physiques ou psychologiques*

- Chaque anesthésiste impliqué rédigera, le jour-même, un compte-rendu précis et détaillé des faits à son usage personnel. Cette pratique assure de disposer en cas de litige, parfois bien des années plus tard, d'une mémoire précise de ce qu'il a vécu. Il faut prendre un soin tout particulier à mentionner les heures ou au moins la chronologie des faits, ainsi que le nom de toutes les personnes impliquées. Ce document appartient à la personne qui l'a rédigé et ne doit être remis à personne.
- Une feuille AIMS est complétée de façon anonyme (pas de nom de patient ni de médecin), cfr supra.
- Les documents identifiés au nom du patient et du médecin (annexe) doivent être remplis par l'assistant et son superviseur, qui le signent et le datent. Ils seront accompagnés d'une photocopie du protocole de préanesthésie, du protocole de narcose et du protocole de réveil.
- En cas d'incident ou d'accident susceptible d'entraîner des séquelles ou plus simplement une plainte (chute, brûlure, bris de lunettes, luxation de dents, etc...) une déclaration *doit* être faite dans les 24 heures ouvrables à l'assurance des Cliniques via le Chef de Service ou son représentant. Il est essentiel qu'elle soit datée et signée. En cas de plainte de patient, la situation la plus favorable est celle où un protocole d'anesthésie bien complété mentionne que les mesures de prévention de la complication présentée par le patient avaient été prises, et où une feuille de commentaire spécial ainsi qu'une note dans le dossier du patient indiquent que la complication a été reconnue en temps opportun et que les mesures diagnostiques et thérapeutiques ont été prises sans délai. Aux yeux des assurances, il est toujours préférable que la complication ait été reconnue et traitée précocement. Elle doit donc figurer sur le protocole d'anesthésie si elle est

survenue et a été reconnue en salle. Un dossier vierge met l'assistant et le service dans une situation médico-légale très difficile.

Il est vivement conseillé aux assistants de faire une copie personnelle de tous ces documents et de la conserver 20 ans (durée de la prescription).

4.8. TECHNICIENS ET MATÉRIEL

- Le personnel technique en anesthésie au Q.O. se compose :

- * de 2 techniciens qui sont présents de 7 h 00 à 16 h 00. Vous pouvez les contacter au bip 2640;
 - * de 2 aides techniciens qui sont présents : un de 7 h 00 à 15 h 15 et l'autre de 13 h 00 à 21 h 15.
- Vous pouvez les contacter au bip 2641.

Ce personnel est sous la direction locale de Monsieur O. Vanderhaegen et sous la supervision du service technique de l'hôpital.

- Le matériel d'anesthésie est recensé. Il est entretenu régulièrement de façon à minimiser les malfunctions. Chaque appareil a ainsi sa fiche où sont consignés tous les événements le concernant : entretiens, pannes, incidents ... Le but est de fournir un matériel fiable pour nos narcoses, et d'allonger la survie du parc d'appareils. Vous pouvez participer à cet effort en prenant soin du matériel mis à votre disposition.
- Si vous constatez une panne de "petit" matériel (laryngoscope, stimulateur nerveux périphérique ...) dans votre salle, prévenez l'aide technicien pour remplacement ou ramenez ce matériel au local technique pour réparation. Si le local est fermé ou si les techniciens sont absents, déposez ce matériel sur l'étagère située devant le local technique. Prière de marquer sur une feuille accompagnant le matériel le numéro de la salle d'opération et si possible la nature de la panne.
- Si vous constatez une panne de "gros" matériel (respirateur, monitoring ...), prévenez aussitôt le technicien (bip 2640) qui viendra vous dépanner le plus vite possible.
- Dans tous les cas, vous tiendrez le superviseur de la salle au courant de toutes les pannes constatées et ne laisserez jamais en salle de matériel défectueux. Laisser en salle du matériel défectueux peut entraîner des accidents.
- On constate une détérioration très rapide du matériel suivant :
 - * sondes thermiques
 - * câbles de monitoring (ECG, pression ...)
 - * pinces de saturation

Ce matériel coûte cher et le seul moyen de le préserver consiste à ne pas le laisser traîner par terre en fin d'opération ce qui entraîne, sa destruction par écrasement, étirement, etc.
- Des pousse-seringues ainsi que des chargeurs sont à votre disposition sur des étagères devant le local technique. Ne faites pas appel à l'aide technicien pour vous en procurer sauf si les étagères sont vides.

5. TENUE DES PROTOCOLES ET DOCUMENTS ADMINISTRATIFS EN PRATIQUE CLINIQUE QUOTIDIENNE

5.1. PROTOCOLE D'ANESTHÉSIE (ANNEXE)

Protocoles et documents administratifs sont indispensables pour une transmission efficace de l'information. De plus, certains documents ont une importance médico-légale évidente et il existe certaines contraintes légales concernant leur conservation.

Le DOSSIER D'ANESTHÉSIE comprend trois documents :

- le protocole d'anesthésie (copie jaune)
- la feuille de préanesthésie (copie jaune)
- le protocole de salle de réveil.

Les trois documents doivent se retrouver dans le dossier médical quand le patient cesse d'être sous la responsabilité de l'anesthésiste. Ce dernier doit s'assurer qu'ils s'y trouvent.

Le protocole d'anesthésie est un document officiel qui a une valeur médico-légale. C'est la raison pour laquelle on y notera scrupuleusement tout ce que l'on a fait et tout ce qui s'est passé au cours de l'anesthésie. Il s'agit en quelque sorte de la feuille de route de la narcose effectuée. Ce protocole est une pièce du dossier et devra pouvoir être retrouvé à tout moment, même plusieurs années plus tard. En fait la loi nous impose de la conserver 20 ans. Comme cette feuille sera peut être relue par d'autres anesthésistes, qui vont y chercher certains renseignements à propos du patient et de la façon dont il s'est comporté, il importe de l'écrire lisiblement et de décrire clairement tout ce qui s'est passé au cours de l'intervention. Sur la dernière ligne en bas à droite, s'inscrivent en toutes lettres les noms des anesthésistes et des chirurgiens.

La feuille de protocole est divisée en 3 parties.

Dans le cadre supérieur gauche, on inscrit tout ce qu'on a fait au moment de l'induction : les moyens de monitoring utilisés, les agents d'induction, l'intubation, les paramètres du respirateur et les paramètres hémodynamiques du patient avant et pendant l'induction. N'oubliez pas de remplir les cases correspondant au type d'intervention pratiquée, la date opératoire, les vérifications d'identité du patient et du matériel d'anesthésie, l'âge du patient au moment de l'intervention, son poids, sa taille.

Une deuxième partie est constituée par une grille sur laquelle on indique de 5 en 5 minutes la fréquence cardiaque et la tension artérielle du patient. **Il n'existe pas de situation où ces variables ne doivent pas être notées.**

La 3^e partie est la colonne de droite où, en regard des différentes heures, on inscrira les événements importants, le moment où on a prélevé des gaz du sang, où l'on a administré certains médicaments particuliers, etc.

Tout n'est pas prévu sur ce protocole : nous devons nous-mêmes rajouter 2 colonnes dans lesquelles on notera de 5 en 5 minutes les valeurs de EtCO₂ et de SpO₂, et le cas échéant, la PVC et les pressions pulmonaires.

La partie en bas à gauche de la feuille de protocole sert à inscrire tous les renseignements relatifs aux transfusions sanguines. On vérifie d'abord le groupe sanguin du patient sur sa carte de groupe collée dans son dossier et on le recopie, ainsi que la date de sa détermination, dans la case prévue.

Ensuite, pour chaque unité donnée, on inscrit son groupe, sa date de péremption, le numéro informatique que la banque de sang lui a attribué, et le nombre de millilitres qu'elle contient. On inscrira aussi s'il s'agit de globules rouges concentrés, de sang complet, de plasma congelé viro-inactivé, de plaquettes sanguines, d'une autotransfusion, d'une unité de prédonation, ou d'hémodilution; et on notera l'heure à laquelle elle a été administrée.

La partie en bas à droite du protocole sert à noter toutes les perfusions (glucose 5 %, hartmann, plasmalyte, etc) et à inscrire les résultats des gaz du sang. On n'oubliera pas de noter à côté de chaque résultat à quelle FiO₂ il a été prélevé.

Souvenez-vous : un protocole honnête et complet est votre meilleure défense en cas de litige. 'Retoucher' un protocole après un accident est au contraire perçu comme un acte accablant.

Ces protocoles d'anesthésie sont en voie d'informatisation. Les monitorings actuels peuvent sortir tous les paramètres chiffrés du patient (tension artérielle, fréquence cardiaque, PCO₂, etc) de façon automatique et de minute en minute, sur une feuille officielle. Le reste du protocole de narcose y sera progressivement intégré.

5.2. CLASSEMENT ET CODIFICATION DES PROTOCOLES

A la fin de chaque journée, les protocoles d'anesthésie sont classés par ordre chronologique dans une farde ad hoc située au staff-room. Les classeurs sont gérés au jour le jour par Isabelle Poot, secrétaire. Le double du protocole d'anesthésie (feuille jaune) doit être joint au dossier médical. Les originaux des protocoles d'anesthésie sont conservés pour un an dans les classeurs. Ils sont ensuite microfilmés. Les microfilms sont conservés dans la bibliothèque d'anesthésie où ils peuvent être consultés à tout moment grâce au lecteur ad hoc. Tout anesthésiste est censé savoir se servir de ce lecteur pour retrouver un protocole du passé. Un protocole mal classé (mauvaise date) devient introuvable et en cas de plainte médico-légale, l'anesthésiste devient indéfendable. Les patients disposent de 20 ans pour déposer plainte.

5.3. PROTOCOLE DE PRÉNARCOSE (ANNEXE)

Voir : visite préopératoire chapitre 4.1. Ce protocole accompagne le patient à sa sortie de salle et sera inséré dans son dossier médical.

5.4. PROTOCOLE DE SALLE DE RÉVEIL (ANNEXE)

Voir : salle de réveil chapitre 4.2.8. Ce document sera inséré dans le dossier médical.

5.5. MÉDICAMENTS - FEUILLE DE PHARMACIE

5.5.1. Feuilles de pharmacie (annexe)

Le ravitaillement du bloc opératoire en médicaments dépend du remplissage par notre service des feuilles de pharmacie et des médicartes. Afin d'éviter toute confusion, ces documents sont de couleur orange lorsqu'ils concernent le Q.Op. La perte financière annuelle liée aux feuilles incomplètes se monte à plusieurs dizaines de milliers d'euros pour le seul Q.Op. Seuls les anesthésistes peuvent corriger ceci.

FEUILLE DE PHARMACIE = PRESCRIPTION LEGALE

La feuille est badgée à l'entrée du bloc opératoire et accompagne le patient en salle. Des réserves de feuilles se trouvent à l'entrée du bloc opératoire, au réveil et dans les chariots des postes extérieurs. La feuille est complétée par l'anesthésiste : il souligne le médicament prescrit, indique la quantité utilisée; date, signe et indique clairement son nom et numéro d'INAMI (cachet plus pratique). Si un médicament utilisé ne figure pas sur la liste, on l'ajoutera à la main. Toute ampoule (ou perfusion) entamée doit être facturée au patient et jetée à la fin du cas; une même ampoule ne peut servir à deux patients différents.

Excepté pour la consultation d'urologie et le bloc d'accouchement où le ravitaillement est indépendant, **toutes les feuilles de pharmacie reviennent en salle de réveil.** Une feuille malencontreusement incluse dans un dossier médical est définitivement perdue : le stock ne sera pas renouvelé et la facturation ne se fera pas.

Aucun médicament ne peut être conservé ailleurs que dans les chariots d'anesthésie ou dans la pharmacie du Q.Op. Il est proscrit de conserver des médicaments dans d'autres lieux, a fortiori dans son armoire de vestiaire. Il n'est pas permis d'emporter des médicaments du lieu de travail.

5.5.2. Prescription des morphiniques

La législation belge sur la prescription de morphinique est une des moins contraignantes d'Europe; les formalités à remplir sont peu nombreuses mais exigent toute notre attention.

Tous les stupéfiants délivrés par la pharmacie de Saint-Luc (y.c. la kétamine) sont délivrés par une armoire spéciale située dans le local de pharmacie du Q.Op. Son fonctionnement vous sera expliqué par la pharmacienne le jour de votre arrivée. Un numéro de code personnel vous y donne accès. **EN AUCUNE CIRCONSTANCE**, vous n'êtes autorisés à le divulguer à quelqu'un d'autre. Les stupéfiants doivent être retirés avant le début de l'anesthésie, de préférence en début de journée. Ceci s'applique aussi aux ampoules nécessaires à la préparation des pompes d'analgésie postopératoire. Après avoir retiré les stupéfiants de l'armoire automatique, l'assistant remet les ampoules avec la feuille verte à l'infirmière chargée de préparer les pompes (tél. 2684). Il est indispensable de ramener dans la machine les ampoules non utilisées. La machine enregistre tous les mouvements de stupéfiants que vous effectuez. Cet enregistrement est vérifié chaque jour et tient lieu de prescription médicale.

Il est rappelé qu'une ampoule ne sert qu'à un patient.

En cas de situation très urgente, en l'absence de badge de patient il est possible de prendre les ampoules nécessaires en utilisant le badge fictif « A99999B ». Dès que vous disposez du badge du patient il faut retirer le même nombre d'ampoules de l'armoire sous le n° du patient et les remettre dans l'armoire sous le n° fictif « A99999B ». L'opération initiale est alors neutralisée et les ampoules facturées au nom correct.

Aux étages, vous êtes tenus de compléter une médicarte jaune pour chaque ampoule utilisée.

Cette médicarte répond aux règles de la prescription des stupéfiants. Elle comprendra donc :

- l'identité (badge) complète du patient
- l'identité (cachet) complète du médecin, avec n° INAMI
- la mention manuscrite *en toutes lettres* de la dose prescrite
- la date
- la signature.

5.6. PRESCRIPTION POUR ANALGÉSIE POSTOPÉRATOIRE

Lors de sa visite préopératoire, la veille de l'opération, l'assistant d'anesthésie discute avec le patient des différentes techniques d'antalgie postopératoire possibles. Une fois celle-ci choisie, l'assistant est à même, dès la veille de l'opération, d'établir pour chaque malade la prescription médicale ad hoc concernant la pompe. Il peut donc remplir, à la fin de son tour préopératoire, les feuilles vertes de prescription (annexe) et les joindre à ses préops. Le lendemain matin, le superviseur de la salle pourra alors confirmer l'indication de la technique antalgique choisie et vérifier la prescription médicale. Les commandes électives seront remises avant 10 heures du matin. Après cette heure, le personnel du réveil ne peut plus garantir la préparation de ces pompes. **Une et une seule** infirmière (afin d'éviter les distractions, transfert de responsabilité,...) est affectée chaque matin à cette tâche. Les solutions et seringues de morphine sont préparées dans le local d'antalgie par cette infirmière. Celle-ci programme les pompes PCA IV selon la prescription établie et joint à la pompe la ou les ampoules de morphine vides, la prescription médicale, la feuille de suivi pour le POPS (cfr 4.3 et annexe) et la feuille de tarification. A la fin de l'opération, l'anesthésiste conduit son patient en salle de réveil. Après le rapport à l'infirmière, il se rend dans le local d'antalgie où il ne reçoit, de l'infirmière responsable du réveil, la pompe pour son patient qu'après avoir signé la feuille de tarification (cette procédure est valable pour les pompes PCA IV et les pompes pour ALR). Il en profite pour vérifier le libellé des ampoules vides, la programmation de la pompe et la présence **dans le cardex** du patient de la prescription médicale concernant la pompe. Il confie ensuite cette pompe à l'infirmière qui a le patient en charge en salle de réveil, pour qu'elle l'installe.

N.B. : Les solutions pour les pompes pour ALR (PMP ou Pancretec) sont préparées par l'anesthésiste en salle.

POUR TOUT MALADE PORTEUR D'UNE POMPE A VISEE ANTALGIQUE, IL FAUT COMPLETER (TOUTES LES RUBRIQUES) UNE FEUILLE DE PRESCRIPTION MEDICALE ET S'ASSURER QU'ELLE EST PRESENTE DANS LE KARDEX DU MALADE AVANT SON DEPART POUR L'ETAGE.

LA PROGRAMMATION D'UNE POMPE RELEVE DE LA RESPONSABILITE DU MEDECIN. VOUS DEVEZ DONC LA VERIFIER AVANT DE METTRE LA POMPE EN ROUTE.

5.7. TARIFICATION AUX ÉTAGES

Les prestations d'anesthésie pour actes mineurs aux étages sont facturées sur des bons spéciaux (annexe) que l'on trouve au dispatching; badge du patient, intervention, date et signature permettent la facturation. A noter que l'injection épidurale 'simple' (par un cathéter en place) peut être facturée. Le processus est le même pour les postes extérieurs, mais dans ce cas, la signature doit être celle d'un permanent du service.

5.8. MODALITÉS DE SORTIE DU CHIRA

L'autorisation de sortie des patients hospitalisés au CHIRA est sous la responsabilité de leurs médecins traitants, c'est-à-dire le chirurgien et l'anesthésiste. L'anesthésiste diplômé qui a supervisé l'anesthésie du patient le verra de préférence avant 18 h 30, le CHIRA fermant à 19 h 00. Si le diplômé n'est pas disponible, on demandera au 9555 de le faire. En effet, cet assistant a pu suivre l'évolution précoce de ce patient en salle de réveil. La visite postopératoire permet non seulement d'évaluer l'évolution postopératoire du patient et son aptitude à rentrer à son domicile, mais permet également de lui prodiguer les conseils pour son retour et lui rappeler les règles fondamentales liées à la chirurgie ambulatoire (conduite de véhicule, somnifère, etc.).

Une feuille de suite postopératoire est systématiquement remplie par l'infirmière durant le séjour postopératoire du patient au centre de traitement ambulatoire. Elle permet de cerner en un coup d'œil les différents problèmes qui se sont présentés tant chez l'adulte que chez l'enfant (annexe).

En principe les médications postopératoires sont prescrites par le chirurgien lors de son passage. Il est évident que l'anesthésiste peut modifier ce traitement s'il le juge nécessaire (en tout cas en ce qui concerne les antidouleurs).

Certains patients ne sont pas aptes à rentrer chez eux (vomissements incoercibles, douleurs, inconfort ou non-respect des règles de la chirurgie ambulatoire). Ces patients seront hospitalisés en accord avec le chirurgien traitant dans l'unité correspondant à la chirurgie subie. C'est le chirurgien traitant qui, en accord avec la réservation des lits ou la monitrice de garde, déterminera le lit d'hospitalisation.

5.9. CERTIFICATS DE DÉCÈS

De manière générale, on remplira tous les formulaires officiels dans la langue de la commune où le patient est décédé.

5.9.1. Décès extra-hospitalier

Les formulaires à remplir sont les suivants :

1. Modèle III C (Vert) ou III D (Rose pour NNés et enfants < 1 an) (annexes).

Au moindre doute quant à la nature (suspecte) du décès, il faut exiger l'appel du médecin légiste délégué par le Parquet. Ceci se fera simplement en écrivant « DECES D'ORIGINE

INDETERMINEE » sur le formulaire, en ne cochant aucune des mentions imprimées (naturelle, suspecte, violente). Ceci demande au Procureur du Roi de décider de l'opportunité d'une enquête judiciaire.

Si, pour des raisons humanitaires, il est décidé de soustraire le patient décédé à son environnement et de le ramener à St-Luc, on attestera que le décès a eu lieu à l'hôpital **et non dans l'ambulance**, à une heure qui suit le retour à St-Luc. Cela évite des tracasseries administratives importantes.

2. S'il est réclamé par les pompes funèbres, faire un certificat autorisant l'incinération (garantissant l'absence de Pace-Maker).

Aucun autre certificat ne sera signé sans l'accord du superviseur des urgences. Il y a lieu de se borner à un constat de faits objectifs et d'éviter soigneusement de certifier de liens de cause à effet dont vous n'avez pas été témoin. L'état de santé antérieur du patient ne fait pas non plus partie des connaissances dont le médecin SMUR peut attester.

5.9.2. Décès intra-hospitalier

Des dossiers "Décès" sont disponibles chez l'AIA de chaque unité de soins, de même qu'au quartier opératoire. Les formulaires à remplir sont les suivants:

1. Modèle III C (Vert) ou III D (Rose pour NNés et enfants < 1 an) (annexes)

Doit être rempli par le médecin assistant en charge du patient au moment du décès.

2. Avis de décès (Blanc) à usage interne aux Cliniques (annexe)

Doit être rempli par le médecin assistant en charge du patient au moment du décès.

Il est nécessaire de consigner sur ce formulaire les dates et heures auxquelles la famille et le médecin traitant ont été avertis.

Les brancardiers des cliniques ne sont pas autorisés à enlever le corps sans ces deux premiers documents.

3. Certificat de décès (Blanc) de l'Administration Communale (annexe)

Doit impérativement être rempli par deux **médecins du cadre permanent** ayant en charge le patient au moment du décès. Seuls les médecins permanents peuvent agir en qualité de délégué de l'Officier de l'Etat Civil. Ce document devra rejoindre le corps le plus tôt possible afin d'être transmis à l'administration communale.

4. Demande d'autopsie (annexe)

Peut être remplie par l'assistant en charge du patient après consultation du superviseur responsable. Le recours justifié à l'autopsie ne peut être que recommandé. Il est tout aussi souhaitable que le(s) médecin(s) concerné(s) par le cas y assistent en personne.

5. Rapport de décès pour la Commission d'Evaluation de la Qualité des Soins des Cliniques Saint-Luc (annexe)

Ce rapport est obligatoire bien qu'à usage exclusivement interne aux Cliniques. Il peut être rédigé dans son intégralité par l'assistant mais il est hautement souhaitable qu'il soit visé par le permanent responsable du patient au moment du décès. Il sera adressé le jour même, sous pli CONFIDENTIEL, au Pr J. MELIN, Coordinateur de la qualité des soins.

6. LES GARDES

Généralités

Les gardes font partie du travail normal des assistants et des permanents. Elles donnent lieu à des indemnités particulières. A chaque niveau de responsabilité, elles sont distribuées de façon équitable entre les personnes concernées. Les principes généraux suivants sont respectés (sauf cas de force majeure).

La fréquence des gardes internes est au maximum de 1 sur 5. Elles donnent droit à une récupération. Les gardes dans d'autres hôpitaux que les Cliniques Universitaires Saint-Luc sont interdites aux MACCS qui sont en stage à Saint-Luc, sauf autorisation préalable du Maître de stages coordinateur. La même restriction s'applique aux assistants en stages dans les autres cliniques du réseau.

6.1. LES LISTES DE GARDE

Une grande liberté est laissée aux assistants pour établir leurs listes de gardes. Ces listes doivent être établies (mensuellement) et remises au secrétariat d'Anesthésiologie au plus tard le 12 du mois qui précède; elles sont alors encodées sur un logiciel mettant ces listes à la disposition simultanée de tous les services de l'hôpital. Seule Nicole Deminne a accès aux listes du service pour les modifier. Les listes 'papier' affichées au staff-room n'ont qu'une valeur indicative. Elles sont régulièrement tenues à jour par Nicole. Les modifications de la liste garde ne peuvent se faire **que** suivant la procédure suivante : toutes les personnes impliquées par les changements se présentent chez Nicole avec la proposition de changement ; cette dernière procède aux changements demandés, et les implémente sur l'intranet des cliniques.

La direction médicale transmet ces listes au Ministère de la Santé qui jouit d'un pouvoir de contrôle sur leur expression dans la réalité. Ces listes font partie intégrante du plan MASH (Mise en Alerte des Services Hospitaliers) déclenché en cas de catastrophe.

6.2. ORGANISATION GÉNÉRALE DES GARDES À SAINT-LUC

En période de garde, l'assistant senior de garde a la charge de l'organisation du travail. Il est assisté d'un autre assistant senior et d'un junior de 1^e ou de 2^e année. Un troisième assistant assume la garde des urgences externes (SMUR) les jours où cette tâche est dévolue à notre service. Tous quatre logent à l'hôpital. L'assistant senior de garde peut recourir aux services de 2 assistants de service tardif. Pendant les week-ends, il peut faire appel à l'assistant d'astreinte.

En plus de la garde générale, il existe une couverture séparée pour la chirurgie cardiovasculaire et thoracique (1 assistant d'astreinte).

Enfin, ces systèmes de garde sont doublés par trois rôles de gardes de diplômés : une première garde générale, une seconde garde générale et une garde de cardiaque.

6.3. DÉTAILS PRATIQUES CONCERNANT LA GARDE GÉNÉRALE

6.3.1. Gardes junior (9554) : d'une durée de 24 h, commençant et se terminant à 07h30 ; passage du bip de main à main. Peuvent y participer : tous les MACCS ayant au moins 3 mois de formation y.c. les MACCS d'autres universités belges ou de l'UE, tous les boursiers auxquels la capacité d'assumer ces gardes est attribuée.

Rôles :

le jour : programme opératoire habituel

la nuit : sous la direction de diplômés ou d'assistants plus expérimentés, prendre part à la prise en charge périopératoire des urgences chirurgicales et obstétricales internes et externes traitées à St-Luc. Le porteur du 9554 peut effectuer certaines anesthésies seul, mais pas de sa propre initiative. Le porteur du 9554 ne peut pas effectuer *seul* une anesthésie ou une analgésie obstétricale s'il n'a pas acquis au préalable une expérience spécifique dans le domaine comme, par exemple, au cours d'une rotation d'un mois en maternité à St-Luc, ou selon d'autres modalités dans d'autres lieux de stage. Le porteur du 9554 ne peut pas effectuer *seul* l'anesthésie d'un enfant de moins de quatre ans. Les assistants de 1^e année n'ont pas à compenser pour l'absence de gardes des premiers mois lorsqu'ils entrent dans le rôle de garde.

6.3.2 Rôle 100 : d'une durée de 12 heures, de 20 h à 08 h, passage du bip de main à main. Les MACCS d'anesthésie assument le rôle 100 les lundi, mardi, mercredi et jeudi. D'autres services l'assument les vendredi et samedi. Le dimanche le rôle 100 est assumé par l'anesthésie pour 24 heures de 08 h à 08 h, il comprend une participation étendue à toutes les activités de la salle d'urgence. Les jours fériés le rôle 100 est assumé par le service responsable de la garde 100 ce jour-là, mais il dure 24 heures. Tous les patients pris en charge dans le cadre des rôles 100 figureront désormais dans le carnet de stages, afin de faire valoir cette expérience pour l'obtention du BMA. Les Commissions d'agrément estiment que ce BMA devrait être obtenu pendant la formation de tout futur anesthésiste-réanimateur. Peuvent participer au rôle 100 : tous les MACCS belges ou détenteurs d'un diplôme de médecin délivré par une université de l'Union Européenne qui ont soit une année d'expérience en anesthésiologie, soit un brevet de médecine aiguë, soit l'équivalent étranger d'un brevet de médecine aiguë, soit une expérience d'un an au moins en sorties SMUR en Belgique ou à l'étranger. Le MACCS porteur du « bip 100 » est délégué au service exclusif du SMUR régional lorsqu'il est en mission : il prend ses ordres du dispatching régional et reçoit avis et supervision de ses supérieurs hiérarchiques de la salle d'urgences de St. Luc. Pour plus de détails concernant la fonction de l'assistant SMUR on se référera au chapitre 7.

Quand il est de retour à St-Luc, sa tâche prioritaire est d'assurer la prise en charge du patient qu'il vient de ramener, sous la conduite de ses supérieurs hiérarchiques de la salle d'urgence et d'assurer la stabilisation s'il y a lieu avant de le confier à une discipline médicale appropriée de St-Luc.

Lorsqu'il n'est pas occupé par sa fonction de SMUR et que le(s) patient(s) qu'il a ramené(s) est (sont) stabilisé(s) et confié(s) à une discipline médicale appropriée de St-Luc, les tâches du porteur du bip 100 sont, par ordre de priorités :

- 1) assister les médecins des urgences en cas de réanimation à caractère vital
- 2) assumer l'évaluation préanesthésique des patients de salle d'urgence prévus pour une intervention chirurgicale et favoriser la coordination avec le quartier opératoire
- 3) mettre en route toute technique d'analgésie appropriée chez un patient de salle d'urgence après s'être assuré qu'un collègue anesthésiste puisse prendre la relève (pour la réalisation du bloc et/ou sa surveillance) en cas de départ SMUR
- 4) aider ses collègues anesthésistes de garde à l'étage, au Q.Op., en salle d'urgence ou en maternité.

Il faut souligner que dans l'exercice de ces fonctions le porteur du bip 100 doit garder à tout moment une disponibilité absolue pour le SMUR. Ceci signifie, par exemple, qu'il ne peut en aucun cas se trouver seul en train de surveiller un patient anesthésié. Par ailleurs il faut souligner que dans l'exercice de l'anesthésie le MACCS respecte à tout moment les standards belges de sécurité du patient anesthésié, ce qui implique entre autres qu'il n'est jamais seul lorsqu'il pratique un acte anesthésique : il faut l'aide d'une infirmière ou d'un collègue aux moments-clés.

6.3.3 La garde 9555 : d'une durée de 24 heures, commençant et se terminant à 7 h 30 ; passage du bip de main à main. Peut y participer : tout MACCS ayant au moins 2 ans de formation et ayant réussi l'évaluation de fin de 2^e année, tout MACCS belge ou étranger et tout boursier à qui la capacité d'assumer ces gardes est attribuée.

Rôles :

Le jour :

1. assurer la supervision du personnel infirmier de la salle de réveil, diriger la réanimation des cas les plus lourds, veiller à faire respecter les consignes de sécurité et les procédures standards pour l'accueil, la surveillance et le départ des autres patients. En particulier il veillera à ce que chaque patient ayant reçu une narcose ou une sédation soit surveillé par une infirmière restant à **proximité** de son lit, qu'il reçoive un supplément d'oxygène pendant 20 minutes au moins et qu'il séjourne 45 minutes au moins en salle de réveil. Avant de faire remonter un patient, l'assistant 9555 avertira par téléphone l'anesthésiste qui a conduit la narcose.
2. le placement des voies centrales : dans la mesure du possible, il veillera à programmer un maximum de ces actes pour que la garde montante du lendemain matin les effectue entre 7 h 30 et 9 h 30, c'est-à-dire avant l'heure d'affluence en salle de réveil. Sauf situation grave, les voies centrales ne sont pas posées la nuit
3. aider à faire les loco-régionales afin de faire avancer le programme ou pour prendre des urgences en charge avant la nuit.

La nuit : prendre part à la prise en charge périopératoire des urgences chirurgicales et obstétricales internes et externes traités à St-Luc. Apprendre au contact du porteur du bip 1020 la coordination des urgences et les priorités à respecter.

6.3.4. la garde 1020 : d'une durée de 24 heures, commençant et se terminant à 07 h 30 ; passage du bip de main à main. Peut y participer : tout MACCS belge ou étranger ayant au moins 2 ans de formation, ayant réussi l'évaluation de 2^e année, et à qui la capacité d'assumer cette garde est attribuée. Tout boursier à qui cette capacité est attribuée. Pour l'année académique 2002-03, et sauf exceptions, les assistants n'ayant pas achevé trois années de formation n'assument pas de gardes 1020.

Rôles :

Le jour : à la disposition du superviseur de garde, en priorité pour les urgences. Il coordonne avec les superviseurs des divers secteurs les appels qu'il pourrait recevoir ainsi que la prise en charge éventuelle des urgences si cela s'avère nécessaire. L'expérience a montré que la meilleure façon de procéder est que le porteur du bip 1020 prenne contact avec le superviseur de garde et les responsables de secteurs au moins trois fois sur la journée, la première fois vers 8 heures du matin. Il tient un registre des patients urgents avec leur degré d'avancement (encore à voir, en attente d'opération, sur table, en salle de réveil, en unité de soins) qu'il remet à la garde montante pour assurer la continuité des soins. Il remet une photocopie au superviseur de garde pour vérification comptable.

Le soir :

- a. se concerter avec le superviseur de première garde quant aux règles d'appel qu'il entend voir respecter et quant à la gestion des assistants tardifs et de garde
- b. aider les superviseurs de garde à gérer la fin du programme opératoire

La nuit : coordonner la prise en charge périopératoire des urgences chirurgicales et obstétricales, avec l'aide des porteurs des bips 9555 et 9554, et avec l'aide occasionnelle du porteur du bip 100 dans les limites énoncées plus haut, et dans le respect des règles de concertation établies avec le superviseur de première garde. Il est bon de rappeler que les urgences obstétricales ont toujours priorité parce qu'elles concernent (au moins) deux vies humaines à long potentiel de survie. Pour cette raison, la chambre de garde se situe à la maternité. La prise en charge d'un enfant de moins de 4 ans requiert toujours concertation avec un diplômé. Assumer les visites préanesthésiques de cas électifs ne fait pas partie des tâches de la garde, w.e. excepté (pour les cas du lundi).

Le but prioritaire est de fournir le meilleur service à chaque patient dans les délais les plus brefs. Le senior de garde est fréquemment amené à faire des choix et à établir des priorités. Ceci fait partie du travail d'anesthésiste et les gardes senior en sont une école privilégiée. A tout moment, le senior peut faire appel au superviseur de garde pour un conseil technique, une aide à la décision, ou pour le faire revenir à l'hôpital. L'équipe de garde sur place a aussi pour tâche d'assurer les manœuvres de réanimation initiales des patients de cardiovasculaire qui nécessitent des soins en urgence extrême, en attendant l'arrivée de la garde correspondante. Cette garde doit pouvoir être à pied d'œuvre en 15 minutes après l'appel. (S'assurer que cet appel a bien été effectué).

Toutes les personnes assumant un des rôles de garde ci-dessus récupèrent pendant les 12 heures qui suivent leur garde.

6.3.5. *L'astreinte de réserve n'existe que le week-end.* Comme son nom l'indique elle n'implique pas de présence constante à l'hôpital, mais bien d'être rappelable à tout moment. L'assistant de réserve de w.e. revient quand rappelé pour une urgence : il doit pouvoir être à pied d'œuvre endéans les 60 minutes après le rappel. Il vient aussi spontanément le samedi et le dimanche pour aider à faire le tour.

Les listes de gardes seront établies de manière à équilibrer autant que faire se peut la charge de travail entre tous les MACCS. Comme plusieurs catégories de MACCS peuvent assumer des gardes 100 et des gardes 9555 (et a fortiori des gardes 9554), le nombre de gardes de chaque sorte à effectuer par les assistants de 2^e année et plus sera fonction des disponibilités des assistants de divers niveaux d'ancienneté. L'assistant en rotation à la maternité, n'assume pas de gardes mais participe au rôle de réserve de WE; l'assistant POPS n'assume pas de garde mais suit ses patients les w.e. et jours fériés. Même si les assistants de 3^e année sont seuls à assumer la garde 9555, il est possible d'établir les listes de façon à ce qu'*en moyenne* ils ne présentent pas plus de 6 gardes par mois, toutes gardes confondues.

Les assistants en rotation aux Soins Intensifs, aux Soins d'urgence et en anesthésie pour la chirurgie cardiaque, vasculaire et thoracique dépendent de ces entités pour l'organisation de leur régime de garde.

6.3.6. *L'astreinte de cardiaque*

se répartit entre les assistants de ce secteur. Après son tour de salle, l'assistant de garde reprend la salle la moins avancée et termine le programme avec le permanent de garde (ce dernier prend son rôle de garde à 17 heures).

Après la fin des cas du jour, le principe de la garde de cardiaque est la capacité d'avoir toute l'équipe à pied d'œuvre en quinze minutes. Les assistants habitant trop loin pour satisfaire ce critère peuvent dormir à l'hôpital : ils demanderont dès le matin la clef d'une chambre de garde au DICO (tél. 3700).

Il n'y a pas de récupération après une garde de cardiaque, mais s'il y a eu du travail la nuit, l'assistant est le plus souvent autorisé à venir plus tard le lendemain. Il est déconseillé de programmer plus de deux nuits de garde d'affilée, particulièrement le week-end.

Note : il existe une "bible" de cardiaque détaillant entre autres les procédures de garde.

6.4. LE CAHIER DE GARDES

Il existe un cahier de gardes déposé au staff room où sont consignées toutes les interventions urgentes effectuées **de jour comme de nuit** par les équipes de gardes ou par d'autres anesthésistes. Ceci inclut les patients hospitalisés d'urgence mais dont l'opération n'a pu finalement avoir lieu que 24 ou 48 heures plus tard.

Les renseignements consignés dans ce cahier ont de multiples usages (planification, vérifications, contrôle médico-légal). Soyez donc précis en le remplissant et n'oubliez aucun cas.

7. LES ROLES TARDIFS

Chaque soir deux assistants sont assignés au rôle tardif, c-à-d qu'ils seront les derniers assistants à quitter le quartier opératoire, à l'exception de la garde. Ce nombre (2) peut être appelé à varier si les conditions d'utilisation du quartier opératoire devaient se modifier. Tout assistant ou tout boursier ayant déjà trois mois de formation peut participer au rôle tardif. En établissant les grilles, il faut veiller à ne pas mettre deux débutants ensemble dans le rôle tardif.

Après leur journée de travail et après avoir fait les visites préopératoires des patients qu'ils prendront en charge le lendemain, les assistants tardifs se mettent à la disposition du patron de garde et du 1020. Ils se verront attribuer la tâche de terminer les programmes électifs ou de commencer des urgences éventuelles. Ils seront libérés avant 23 heures, le service tardif ne donnant pas lieu à récupération. Ces assistants ne sont pas rappelables la nuit sauf catastrophe. Ce service ne concerne que les jours de semaine : du lundi au vendredi.

7.1. LE SERVICE MOBILE D'URGENCE ET DE RÉANIMATION (SMUR)

L'organisation du SMUR de notre hôpital est sous la direction du service des urgences (Pr M. REYNAERT), en collaboration avec le service d'anesthésiologie, représenté en ce domaine par le Dr S. AUNAC.

Un assistant de 3^e, 4^e ou 5^e année est en rotation au service des Urgences pendant les heures ouvrables (8-20 h). Son rôle n'est pas limité à des fonctions anesthésiologiques. Il s'intégrera au pool des médecins travaillant en salle d'Urgences et sera amené à faire de la prise en charge internistique, chirurgicale, pédiatrique ... Il est cependant évident qu'il est attendu de lui qu'il mette ses compétences d'anesthésiste-réanimateur au service des Urgences, en particulier :

- il sera porteur du bip 100 (cfr infra) et effectuera les sorties SMUR. Cette activité est prioritaire sur toute autre
- il jouera un rôle moteur concernant l'analgésie des urgences en promouvant chaque fois que possible une analgésie précoce et des techniques ciblées
- il assurera la prise en charge de la petite traumatologie pouvant s'effectuer sous loco-régionale. Avec l'accord du superviseur d'orthopédie, il effectuera le(s) blocs loco-régionaux après s'être assuré de la disponibilité d'un opérateur et d'une salle d'opération. Il rédigera un protocole d'évaluation préanesthésique et un protocole d'anesthésie dont il classera les doubles (feuilles jaunes) dans le dossier du patient et dont il ramènera les originaux chaque jour au staff room d'anesthésie. Il notera tous ces cas ainsi que les sorties SMUR au cahier des gardes d'anesthésie.

Tout problème rencontré en cours d'année, qu'il soit d'ordre médical ou relationnel, fera l'objet d'un rapport au superviseur du service des urgences et au superviseur du service d'anesthésiologie.

Enfin, les assistants de garde montante et de garde descendante sont tenus d'assister au débriefing matinal du service des Urgences (8 h 45 - 9 h 15).

7.2. SORTIE 100

Notre hôpital est légalement tenu de répondre aux appels SMUR émanant du centre 100 de l'agglomération de Bruxelles. **La médicalisation des véhicules est confiée prioritairement au service d'anesthésiologie.** Le MACCS de garde 100 est affecté à cette mission. Il est donc volontairement détaché auprès du Service des Urgences afin de garantir sa **disponibilité immédiate** en cas d'appel. Tout appel 100 exige donc l'abandon de toute activité. **A priori, rien ne peut justifier que l'ambulance doive attendre le médecin pour partir en mission.**

L'appel des MACCS de garde 100 est actuellement planifiée comme suit:

Bip 100 : Appel cadencé : se rendre immédiatement aux urgences.

Dès réception du bip 100, le MACCS est prioritairement au service du SMUR. A tout moment, en cas d'appel de bip cadencé, il se rend le plus rapidement possible vers le service des urgences pour accompagner soit l'ambulance de réanimation, soit le véhicule d'intervention médical (VIM). En cours de mission, le médecin est considéré comme réquisitionné par le Ministère de la Santé Publique : il n'agit donc plus en qualité de représentant de l'hôpital dont il est issu; **il est l'unique autorité à bord et seul responsable de ses actes et décisions, dans le plus grand intérêt du patient qu'il prend en charge.** Courtoisie, humanité et compétence sont requises. Les situations rencontrées tant sur la voie publique qu'à domicile comprennent des traumatismes, tentatives de suicide, noyades, arrêts cardio-respiratoires, apnées du nourrisson, infarctus, crises d'asthme, convulsions, dyspnées laryngées, comas diabétiques, etc. La connaissance des pathologies urgentes et de leur traitement immédiat est donc supposée. De même, la prise de cette garde suppose la connaissance du matériel et de l'équipement de l'ambulance et du véhicule d'intervention rapide. Il est conseillé de se présenter au Pr M. Reynaert quelques jours avant de prendre sa première garde SMUR.

Il est à noter qu'une partie importante de la population habitant la zone 100 desservie par Saint-Luc est néerlandophone. Les assistants qui ne parlent pas le néerlandais tâcheront de se faire aider par les ambulanciers ou le convoyeur, habituellement bilingues. Tout problème d'ordre linguistique rencontré en cours de mission sera signalé sans délai au Pr M. Reynaert.

En cas d'indisponibilité temporaire ou prolongée du MACCS d'anesthésiologie, la garde SMUR est assurée par l'assistant de médecine interne (88/9564) ou par le superviseur du service des urgences (88/1601-/1602). Cette situation est un cas de force majeure qui ne peut en aucun cas être invoqué a posteriori : **le MACCS d'anesthésiologie ne peut être déchargé de sa mission qu'après accord préalable et systématique des superviseurs du service des urgences et du service d'anesthésiologie.**

Le SMUR est régulièrement appelé à établir des certificats de décès. Il peut être difficile d'établir la cause d'un décès dans ces circonstances. Au moindre doute, il est demandé de *ne pas* qualifier la mort de « naturelle ». Pour plus de détails, prière de relire la section 5.9.

7.3. TRANSFERTS SECONDAIRES MÉDICALISÉS

Ces transferts n'ont pas le caractère d'urgence absolue des interventions primaires. Même si certains transferts sont relativement urgents, on doit toujours prendre le temps de l'organiser avec la supervision du service des urgences avant de faire appel à la société de transport. Le médecin qui effectue le transport veille à ce que l'équipement du véhicule demandé soit conforme à ce qu'il en attend. Il s'enquiert de l'état du patient et s'entoure, le cas échéant, de tous les moyens lui permettant de faire face à une dégradation de celui-ci.

L'assistant de garde 100 du service d'anesthésiologie n'est pas le seul impliqué dans la médicalisation des transferts. Celle-ci est organisée comme suit :

- HEURES OUVRABLES

Transfert de ou pour le service des urgences

Assistant d'anesthésiologie (100), TOUJOURS en accord avec le superviseur de salle d'urgence (88/1601-/1602)

Transfert de ou pour les soins intensifs

Assistant de l'unité de soins intensifs concernée.

- HEURES DE GARDE

Transfert de ou pour le service des urgences

Assistant d'anesthésiologie (100);

Dans ce cas, un seul départ SMUR reste disponible : l'infirmière de porte doit en AVERTIR LE CENTRAL 100 au départ et au retour à St-Luc.

Transfert de ou pour les soins intensifs

Assistant de l'unité de soins intensifs concernée

Appel éventuel de la garde de réserve des soins intensifs

7.4. LES APPELLE-PERSONNES (BIPS)

Les permanents et les assistants de garde portent des bips. Ces appareils dépendent d'une centrale informatisée reliée à la centrale téléphonique. Si vous constatez une anomalie dans le fonctionnement de votre bip ou si vous avez un doute, vous devez immédiatement le faire savoir au DICO (tél. 3700) qui vous dépannera. Tous les appels et toutes les réponses sont gardés en mémoire à la centrale des bips et peuvent être retracés en cas de contestation. Attention ! Les bips peuvent ne pas fonctionner dans certaines zones de champs magnétiques intenses, face à certains monitorings munis d'écrans en couleurs, près de certains appareils d'imagerie.

8. TRANSFUSION

Dans de nombreux hôpitaux les anesthésistes sont les seuls *médecins* à exécuter eux-mêmes les gestes pratiques de la transfusion. A ce titre, ils servent souvent de référence dans ce domaine pour d'autres personnes manipulant des produits sanguins. L'apprentissage correct de ces gestes et des procédures qui entourent la transfusion revêt donc une importance particulière dans le cadre de la formation en anesthésiologie.

8.1. ORGANISATION GÉNÉRALE

Il existe aux Cliniques Saint-Luc un Comité de Transfusion qui définit les procédures en la matière. Un CAHIER DE PROCEDURES les reprend en détail : vous en recevrez un exemplaire sur simple demande au secrétariat d'Anesthésiologie. Un GUIDE PRATIQUE DE LA TRANSFUSION destiné aux médecins a été édité par le même Comité : il reprend les propriétés, les indications et les modes d'administration de tous les produits sanguins disponibles à Saint-Luc. Il existe enfin un SYLLABUS DE LA TRANSFUSION destiné aux INFIRMIERES DE REFERENCE pour la TRANSFUSION (IRT) et disponible au secrétariat d'Anesthésiologie, décrivant de manière succincte l'ABC de la transfusion. Les IRT sont au nombre de 2 par unités de soins : une IRT et une suppléante (souvent l'infirmière-chef). Elles reçoivent un enseignement particulier en matière transfusionnelle et sont motivées pour améliorer la qualité des soins dans ce domaine. Elles ont plusieurs fonctions : une fonction de liaison avec la Banque de Sang, une fonction d'enseignement du personnel de leur Unité, et une fonction d'observation. Elles n'ont *pas* la fonction d'assurer elles-mêmes tous les actes transfusionnels.

La Banque de Sang dépend de la Croix-Rouge de Belgique. Elle est donc indépendante de l'hôpital, même si elle est située dans l'enceinte des Cliniques. Sa localisation actuelle, à l'entrée du Quartier Opératoire est un grand avantage pour nous. Une permanence y est assurée 24 h/24 (tél. 1806 ou bip 88/1806). Mme Guerrieri est responsable de l'organisation de la Banque de Sang. La Pr Latinne est chef du service d'immuno-hématologie. La Dr V Deneys est responsable du centre de transfusion qui assure notre approvisionnement, elle supervise les résultats d'hémostase des futurs opérés.

8.2. COMMANDES DE SANG

- * Légalement aucun dérivé sanguin ne peut être délivré sans une prescription reprenant l'identité, le N° d'INAMI et la signature du médecin prescripteur. Le bon 17 (IH) répond à ces exigences (voir annexe).
- * Pour certains produits la prescription doit mentionner l'indication et celle-ci doit correspondre à une indication reconnue par la loi pour que le remboursement soit accordé par le médecin conseil. C'est à cette fin que des formules spéciales sont disponibles pour le PPSB, le Plasma Viro-Inactivé, les immunoglobulines humaines anti Hb-S, le plasma anti CVM (annexes).
- * Le sang et tous ses dérivés labiles doivent subir des tests de virologie avant délivrance. Si l'extrême urgence dicte de s'en passer, on vous demandera de signer un document déchargeant la Banque de Sang de cette responsabilité (annexe).

* Il arrive que des difficultés surgissent pour trouver du sang compatible pour un patient. Suivant le type d'anticorps impliqué, la solution à ces problèmes peut prendre de quelques heures à ... plusieurs jours.

* Il est bon de rappeler ici la seule procédure acceptable pour obtenir du sang pour un patient n'ayant pas de badge et dont l'identité est inconnue.

Cette procédure est réservée aux cas d'urgence extrême.

Vous aviserez la personne la moins qualifiée présente autour du patient et prendrez une minute pour l'instruire du rôle suivant :

- elle prendra un échantillon de sang qu'elle vous aura vu prélever sur ce patient,
- elle le portera elle-même à la Banque de Sang avec votre commande,
- elle assistera aux préparatifs des sacs de sang faits à l'aide de cet échantillon,
- elle prendra livraison des sacs ainsi préparés,
- elle vous les remettra en mains propres après s'être assurée qu'il s'agit bien du même patient.

Seul le contrôle visuel constant de toutes ces étapes par un seul et même individu assure que le bon sang ira au bon patient dans des circonstances aussi difficiles.

* Enfin, souvenez-vous que les techniques de compatibilité sont inaccélétables. Il faut 1/4 heure pour déterminer un groupe sanguin et 3/4 heure pour établir une compatibilité complète. Une unité compatibilisée porte une étiquette bleue au nom du patient. Une unité dont seul le groupe a pu être vérifié porte une étiquette bleue dont le nom a été barré : la responsabilité de la transfusion vous incombe alors entièrement.

En aucun cas, il n'est permis de se servir soi-même de sang ou de produits dérivés à la Banque de Sang. Seule une personne de la Banque de Sang est habilitée à vous en délivrer (tél ou bip 1806).

8.3. TRANSFUSION SANGUINE

Depuis près de 10 ans, le service s'est illustré par une attitude dynamique en matière d'épargne sanguine. Des résultats excellents ont été obtenus dans tous les domaines de la chirurgie; de tels résultats dépendent toujours de façon critique du maillon le plus faible d'une chaîne thérapeutique. Le but ultime n'est pas de ne pas transfuser mais bien de transfuser exactement ce qu'il faut (c'est-à-dire le bon produit au bon moment et en bonne quantité) et de le faire correctement. Le contenu du « guide pratique de la Transfusion du Sang et de ses dérivés à l'usage du corps médical », édité par le Comité de Transfusion, est supposé connu de tout assistant dès le début de ses stages. Il a été démontré que la bonne documentation de la transfusion révèle habituellement une réflexion préalable à l'acte transfusionnel et participe donc à l'effort général d'épargne sanguine. Il a aussi été montré que les erreurs transfusionnelles constituent aujourd'hui un risque égal ou supérieur à tous les risques infectieux liés au sang (CMV excepté). Dans le service, toute transfusion est *précédée* de sa

documentation écrite sur le protocole d'anesthésie, même en situation d'urgence. Cette documentation exige que figurent sur le même document :

1. l'identité du patient
2. la date et l'heure
3. le groupe sanguin du patient et son n° de carte de groupe : sauf circonstances extrêmes on ne transfuse pas sans carte de groupe. La Banque de Sang délivre des cartes provisoires en quelques minutes pour tout patient connu dans la maison
4. le groupe sanguin de l'unité transfusée
5. l'identification de l'unité transfusée (n° de code-barres). Ceci permet la *traçabilité* du produit
6. la date de péremption du produit
7. la nature du produit
8. le volume transfusé
9. pour les produits labiles : la preuve de la compatibilité (étiquette bleue)
10. l'identité du médecin qui prescrit la transfusion
11. la raison de la transfusion.

Les items 1, 2 et 10 figurent sur tout protocole d'anesthésie (annexe). La carte de groupe (3) sera retranscrite en bas à gauche dans la case ad hoc. Les items 4 à 9 seront mentionnés dans la grille figurant en bas à gauche du protocole. La raison de la transfusion sera mentionnée dans le déroulement de la narcose. Qu'il soit permis d'insister encore : ces éléments doivent être écrits AVANT de brancher toute unité de produit sanguin à une trousse de perfusion.

Notez que la retransfusion de sang récupéré doit aussi figurer dans l'encadré « transfusions » de la feuille d'anesthésie. On se bornera cependant à noter la mention « récupération », la méthode (marque de l'appareil) et le volume total restitué.

Les transfusions s'inscrivent aussi sur la feuille verte constituant la dernière page du bon de commande de sang (annexe). Au sortir de la salle d'opération, cette feuille verte doit être jointe au dossier médical *même si le patient n'a pas été transfusé en salle*.

Cette feuille accompagne le sang commandé. Les items repris sur cette feuille sont par ailleurs tous repris sur la feuille d'anesthésie.

8.4. HÉMOVIGILANCE

La loi de juin 2002 qui instaure les comités de transfusion demande aux hôpitaux d'organiser l'hémovigilance, c-à-d le suivi des patients transfusés. A St-Luc, cela se fera via l'utilisation des cartons pendus aux unités de sang : au recto ils fourniront la garantie de compatibilité figurant traditionnellement sur les cartons bleus, au verso figurera désormais l'équivalent de l'ancien carton jaune d'hémovigilance. Après transfusion, il conviendra de détacher ce carton, de remplir le verso (il suffit de cocher 'aucun effet secondaire' s'il n'y en a eu aucun), puis de le déposer dans une des urnes disposées au Q.Op. à cet effet (salle de réveil, sortie du personnel, il y en a aussi à la banque de sang et aux Soins Intensifs). On peut aussi les envoyer par courrier intérieur.

Tout incident ou accident survenant lors de la transfusion de sang ou d'un dérivé sera signalé immédiatement à la Banque de Sang en utilisant la formule adéquate (annexe).

8.5. LE SANG NON UTILISÉ

Chaque matin, le sang non utilisé est renvoyé à la Banque de Sang par le personnel infirmier avec une attestation médicale certifiant qu'il a été conservé de manière conforme aux dispositions légales, en particulier que la chaîne du froid a été respectée (annexe). Attention ! si un cas est remis au lendemain, il faut demander aux infirmières de la salle de réveil de ne pas faire remonter son sang à la Banque.

8.6. PRÉDONATION

Certains patients prédonnent du sang en vue de leur intervention. Ce sang sera transfusé en commençant par le plus ancien, et avant toute unité de donneur (allogène). Les indications de transfuser du sang autologue ne diffèrent en rien de celles de la transfusion du sang allogène.

8.7. TRANSFUSION D'ALBUMINE ET DE SSPP.

Les indications de transfuser ces produits sont rarissimes, voire inexistantes au Q.OP. en dehors de la chirurgie pédiatrique et des transplantations. Aux termes de la loi, ces produits sont devenus depuis le 01.01.1996 des produits pharmaceutiques. A Saint-Luc, pour des raisons pratiques, ils sont toujours délivrés par la Banque de Sang qui agit au nom de la pharmacie centrale. Ils sont donc délivrés en échange d'un *bon de pharmacie* dûment badgé. **Les flacons non transfusés doivent être remontés à la Banque de Sang.** Ils ne peuvent cependant pas être défacturés si le bon a déjà été enregistré d'où l'importance de n'emporter que la quantité strictement nécessaire.

Il est important de noter le numéro de lot des flacons transfusés dans le cadre « transfusion » du protocole de narcose, afin d'en assurer la traçabilité.

9. ACTIVITES ACADEMIQUES

9.1. LA BIBLIOTHÈQUE DU SERVICE

Il existe une bibliothèque dans notre service : elle est située dans la salle Yolande Kestens-Servaye.

La plupart des ouvrages n'appartiennent pas au service mais bien à des superviseurs qui mettent leur bien à la disposition de tous : veillez à respecter cette confiance.

Les livres peuvent être consultés sur place et photocopiés. On ne peut pas les emporter et, pour faciliter la recherche de vos collègues, vous êtes priés de les remettre à leur place après les avoir utilisés. Ces livres sont numérotés et sont pour la plupart d'une portée assez générale. Plusieurs superviseurs ont dans leur bureau des livres récents concernant leurs domaines d'activité. Vous pouvez bien sûr leur demander la permission de les consulter.

A peu près toutes les **revues d'anesthésie** existent dans le service. Les collections sont rangées dans les armoires près de la photocopieuse. Les revues plus anciennes sont rangées dans des armoires métalliques situées dans le couloir menant au vestiaire dames. Vous pouvez en demander les clés aux secrétaires.

N'abîmez pas les livres ni les revues ! Pensez à ceux qui viendront les consulter après vous et à leur colère s'ils se rendent compte que l'article qu'ils y cherchaient en a tout simplement été arraché ! **Une photocopieuse** est à votre disposition dans le service pour copier les articles et les chapitres qui vous intéressent. N'oubliez pas cependant que si vous faites de telles copies elles doivent rester à usage personnel car toutes ces publications sont protégées par des droits d'auteurs.

Il n'est pas possible pour un médecin spécialiste de maintenir ou développer ses connaissances sans être abonné et lire au moins deux revues chaque mois. La revue de la SBAR constitue un minimum dès la 1^e année, une revue anglo-saxonne doit s'y ajouter dès la 3^e année.

Un ordinateur est aussi à votre disposition dans la bibliothèque, pour vos travaux. Il contient les logiciels Windows, Word, Excel, PowerPoint et l'accès à Internet et donc à Pubmed/Medline.

9.2. VIDÉOTHÈQUE

Le service met à votre disposition une série de vidéos dont la liste est disponible au secrétariat. Elles peuvent être visionnées sur l'appareil de la salle de staffs. Le Docteur M. Van Dyck gère la vidéothèque. Elle contient entre autres une grande quantité de démonstrations d'échographies transoesophagiennes.

9.3. ENSEIGNEMENT --- SÉMINAIRES

La structure du calendrier des séminaires du service d'anesthésiologie est basée sur la tenue, tous les lundis, d'un séminaire de \pm 45 minutes, étant entendu que ce jour-là, le programme opératoire démarre à 8 h.

Le démarrage ponctuel du programme opératoire à 8 h reste un objectif prioritaire. Il est vivement conseillé de préparer sa salle avant le staff.

Les séminaires se tiennent de fin septembre à fin juin.

Contenu

Sauf exceptions, les réunions de séminaires sont présentées par les MACCS. C'est en effet une opportunité unique de développer la capacité de s'exprimer en public. L'Université prévoit d'ailleurs cette participation des MACCS à l'activité scientifique, et c'est dans cet esprit qu'une partie de leur salaire est prise en charge par les autorités facultaires. Nous attirons l'attention sur le fait qu'une présentation de valeur nécessite une préparation très longue que les débutants ont tendance à sous-estimer. Un minimum d'une trentaine d'heures de travail est souvent nécessaire pour revoir la littérature, en faire la synthèse, sélectionner et organiser les messages que l'on désire faire passer, répéter son exposé, préparer le matériel didactique (dias,...). Il est recommandé de préparer des dias sur l'ordinateur du service plutôt que de préparer des transparents, souvent trop complexes.

Les thèmes des séminaires sont inspirés du programme des cours interuniversitaires.

Plusieurs séances de 35 minutes sont occupées par les désormais classiques "M & M". Ces staffs sont, par expérience, plus riches d'enseignements pratiques que les exposés théoriques. Les réunions "M & M" sont coordonnées par S. Aunac.

Tous les 2 mois, un "Journal Club", coordonné par L. Van Obbergh, est l'occasion d'échanges sur les publications particulièrement intéressantes du moment. Ces séances sont très importantes et sont placées sous la responsabilité d'un MACCS et d'un superviseur au même titre que les autres exposés.

Logistique

Le calendrier des réunions est établi pour toute l'année. Toute modification, de même que toute demande de sponsoring passe par le Pr M. De Kock.

Le superviseur attribué d'une séance est responsable de la qualité du contenu. Cela suppose donc plusieurs rencontres et discussions préalables entre l'orateur et le superviseur.

Un effort sera fait par les responsables des listes de garde pour ne pas mettre un orateur de garde la nuit qui précède son exposé. L'orateur lui-même veillera à cet aspect des choses.

N.B. Les réunions sont publiques et annoncées dans les feuilles d'annonces de la Faculté.

Un listing des présences des assistants est établi dans le cadre du DES en anesthésiologie (cfr détails dans la brochure des cours de la faculté), dont les séminaires constituent une partie des heures à prester.

Organisation

La coordination des ces différentes activités s'établit comme suit :

- * **M & M** : Ph. Pendeville - S. Aunac
- * **Cours interuniversitaires** : J.M. Gouverneur
- * **Séminaires internes** : M. De Kock
- * **Journal Club** : L. Van Obbergh

9.4. COURS À OPTION D'ANESTHÉSIOLOGIE ET D'ALGOLOGIE

Cours ANES 2110 : anesthésiologie (Prs L. Van Obbergh et M. De Kock)

Ce cours a lieu au 1^{er} quadrimestre. Il est donné par plusieurs des membres permanents du service et est sanctionné par un travail d'équipe supervisé.

Cours à option avancé : « éléments avancés d'anesthésiologie »

Ce cours a lieu au 2^e quadrimestre. Il prépare directement les stagiaires postulant en anesthésiologie à l'examen de sélection et à leur entrée en fonction comme assistants de 1^e année. Ceux qui n'ont pas eu l'occasion de suivre ce cours avant le début de leur assistantat **doivent** le faire en 1^e année.

Cours de Transfusion

Deux demi-journées données le samedi sur le modèle des cours interuniversitaires. Chaque demi-journée doit avoir été suivie avant la fin de la 2^e année. Un examen séparé en vérifie les connaissances.

Séances de Simulation (ANES 3270, Drs Ph. Pendeville et A. Mayné)

Chaque année, chaque assistant vit un vendredi après-midi sur simulateur. La difficulté des scénarios progresse avec le niveau de formation. Un débriefing clôture chaque séance. La performance des assistants n'est pas cotée et n'est jamais divulguée à des tiers. Il s'agit d'une occasion de progresser, **pas** d'un mode d'évaluation des connaissances.

Cours MED 2420 : algologie (Prs Plaghki et Scholtes)

Ce cours a lieu au 2^e quadrimestre. Il a pour premier objectif de témoigner par la théorie et la clinique des avantages d'une approche intégrée transdisciplinaire du diagnostic et du traitement de la douleur aiguë et chronique. Il propose une remise à jour des mécanismes neuro-psycho-physiologiques et une présentation des perspectives thérapeutiques nouvelles. Des notes de cours sont disponibles au secrétariat. L'évaluation des connaissances est basée sur un examen écrit.

9.5. LA SOCIÉTÉ BELGE D'ANESTHÉSIE ET DE RÉANIMATION (SBAR).

La SBAR (BVAR : Belgische Vereniging voor Anesthesie en Reanimatie) est une société scientifique qui réunit ± 950 membres, anesthésistes diplômés et en formation.

La SBAR est une société supra-fédérale et en 1999, le bureau qui est composé de 8 membres (7 élus et 1 coopté représentant la BAPA) a réexprimé cette volonté de rester unis. Certaines matières, typiquement régionales, sont traitées par un membre du bureau de cette région qui fait rapport ensuite au bureau. Le bureau reste l'instance exécutive en toutes matières.

En 1991, la BAPA : Belgian Association of Paediatric Anaesthesiologists s'est jointe à la SBAR en tant que section de celle-ci. Les membres titulaires de la BAPA sont de facto membres correspondants de la SBAR.

La SBAR est la société scientifique belge tandis que l'APSAR : Association Professionnelle des Spécialistes en Anesthésie-Réanimation en est le pendant professionnel.

Le Président de la SBAR depuis 2000 est le Pr Ph. BAELE. Les statuts de la SBAR peuvent être obtenus au secrétariat du service.

Activités :

- ❑ La SBAR organise des réunions scientifiques dans le domaine de l'anesthésie-réanimation. Chaque année au moins 2 et jusqu'à 5 residents' meetings sont ouverts aux anesthésistes en formation comme tribune pour l'exposé d'un travail personnel (cette présentation est acceptée par les commissions de reconnaissance comme travail de fin de spécialisation). Un document détaillant les critères de présentation aux residents' meetings peut être obtenu au secrétariat du service. Un congrès annuel de haute tenue se tient traditionnellement fin novembre. La participation des MACCS au congrès annuel qui a lieu soit à Gand soit à Bruxelles, est obligatoire (sauf garde).
- ❑ La SBAR publie une revue, les ACTA ANAESTHESIOLOGICA BELGICA, de très bonne qualité et dont les articles, en anglais, sont peer-reviewed. Les Acta sont repris sur Internet dans PubMed. Les recommandations aux auteurs peuvent être consultées au secrétariat du service.

Activités

On entre dans la SBAR comme membre associé avec le parrainage de 2 membres titulaires. Ensuite, on peut devenir membre correspondant en présentant un travail personnel. Ce travail est soumis à deux reviewers pour acceptabilité. Les membres titulaires sont choisis et nommés par le bureau.

Cotisation

La cotisation comprend le prix de l'abonnement aux Acta et l'inscription au congrès annuel. Pour les assistants elle s'élève à 100 €. Ce prix réduit est accordé sur présentation d'une attestation de leur maître de stage. L'affiliation des assistants à au moins une Société Scientifique comme la SBAR ou la SFAR est considérée comme une démarche nécessaire dès ce stade de leur vie professionnelle.

10. LISTE DE N° DE TELEPHONES INTERNES DU SERVICE D'ANESTHESIOLOGIE :

Unité/Service :

Nom	Prénom	Numéro de bip	Numéro(s) d'appel direct	Numéro à domicile	Numéro GSM
AUNAC	Sophie	88/2632	1824	02/657.63.86	0476/39.07.96
BAELE	Philippe	88/1883	1883	02/782.06.35	
CARLIER	Marianne	88/1893	1893	02/762.61.71	0475/71.11.65
DE KOCK	Marc	88/1888	1888	010/68.86.98	0475/89.44.96
DOCQUIER	Marie-Agnès	88/1439	2153	02/725.62.47	0495/79.55.52
GOUVERNEUR	Jean-Marie	88/1887	1887	010/22.58.89	0475/71.15.54
LAVAND'HOMME	Patricia	88/1897	1897	02/268.66.87	0477/54.07.83
le POLAIN	Bernard	88/1894	1894	02/672.93.18	0475/82.86.12
MATTA	Amine	88/1886	1886	02/782.05.40	0475/46.43.74
PENDEVILLE	Philippe	88/1899	1899	010/41.87.23	0475/79.31.06
RENNOTTE	Marie-Thérèse	88/1885	1885	02/660.24.43	0475/46.43.72
ROELANTS	Fabienne	88/2626	1824	02/784.29.82	0475/71.55.17
SCHOLTES	Jean-Louis	88/1890	1890	010/22.47.42	0475/92.65.50
SINGELYN	François	88/1891	1891	02/731.24.52	0475/72.31.74
VAN BOVEN	Michel	88/1889	1889	02/654.00.69	0475/27.77.63
VAN DYCK	Michel	88/1898	1898	02/767.33.55	0475/80.79.99
VAN OBBERGH	Luc	88/1892	1892	02/721.25.54	0475/79.17.57
VEYCKEMANS	Francis	88/1842	1842	02/726.70.71	
WATREMEZ	Christine		2153		
A.I.A. Quartier Opérateur			2660		
Techniciens du Quartier Opérateur		88/2640	2640		
Infirmière des postes extérieurs :					
Mme C. VERMANDER		88/2680			
Dico			3700 - 3701		
Staff room			1820-1895-		
			1896		
Secrétariat d'Anesthésiologie			1821		
Hilde WATERLOOS		88/2638	1444		

- A. Les Normes Belges pour la sécurité du patient en anesthésie
- B. Du bon fonctionnement du Quartier Opératoire
 - a. Annexes : documents administratifs
 - b. Annexes : documents concernant la transfusion.

ANNEXES

- ✓ Arrêté Ministériel du 30.04.99 de M. COLLA
- ✓ Belgian Standards for Patient Safety in Anesthesia
- ✓ Recommendations on pre-anesthetic evaluation of patients put forward jointly with the BSAR and the BPASAR
- ✓ Médicaments et anesthésie, guide pour le praticien.
- ✓ Petit Pierre va en salle d'opération
- ✓ Du bon fonctionnement du Quartier Opératoire

1. Protocole d'évaluation préanesthésique
2. Prescription de prémédication
3. Fiche de suivi (POPS)
4. Fiche de suivi
5. Protocole d'anesthésie
6. Protocole d'anesthésie tronculaire de la jambe et du pied
7. Protocole d'AR du plexus brachial
8. Protocole de perfusions centrales
9. Prescription de produits pharmaceutiques (Quartier Opératoire)
10. Prescription individuelle
11. Protocole de réveil
12. Document AIMS
13. Rapport de mission des services mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR)
14. Facturation des prestations
15. Déclaration de décès d'une personne âgée d'un an ou plus
16. Déclaration de décès d'un enfant de moins d'un an ou d'un mort-né
17. Déclaration de naissance d'un enfant né vivant
18. Avis de décès à usage interne aux Cliniques
19. Certificat de décès de l'Administration Communale
20. Demande d'autopsie
21. Rapport de décès pour la Commission d'évaluation de la Qualité des Soins aux Cliniques Universitaires Saint-Luc
22. Rapport d'activité
23. Détails en cas d'accidents du travail
24. Politique d'admissions en salle de réveil

Documents concernant la transfusion

1. Bon 17 (Procédure d'identification des poches de sang)
2. Formulaire pour l'albumine humaine
3. Formulaire pour le PPSB
4. Formulaire pour le plasma humain viro-inactivé
5. Formulaire pour l'immunoglobulines humaines anti-HBs IV
6. Formulaire pour l'IVEGAM-CMV
7. Document déchargeant la Banque de Sang de faire des tests de virologie
8. Conduite à tenir en cas d'accident de travail avec exposition à du sang
9. Attestation médicale certifiant que la sang a été conservé de manière conforme aux dispositions légales

Politique d'admissions en salle de réveil

- 1- Tout patient qui a bénéficié d'une anesthésie administrée par un anesthésiste a droit à une période de 60 minutes minimum de surveillance rapprochée en salle de réveil ; ce temps peut être réduit ou allongé par décision de l'assistant porteur du 9555 en fonction de l'état du patient.
- 2- Les patients peuvent rejoindre leur chambre par un médecin anesthésiste, dès que leur sécurité le permet après avoir reçu l'autorisation d'un médecin anesthésiste. Les patients présentant une complication sérieuse seront orientés vers les soins intensifs. L'avis du superviseur en charge du cas ou du superviseur de garde est indispensable pour cette décision et pour négocier le transfert avec un superviseur des soins intensifs.
- 3- Dans la mesure du possible on évitera de faire transiter les patients en salle de réveil entre la fin de l'intervention et leur admission programmée aux Soins Intensifs.
- 4- Les patients qui n'ont pas été préalablement pris en charge par un anesthésiste ne peuvent être admis au réveil : ils doivent être admis aux Soins Intensifs ou en salle d'urgence. Toute demande entrant en conflit avec cette règle et non résolue par un premier refus exprimé par l'assistant 9555 sera immédiatement référée au superviseur de garde.

La seule exception acceptable à cette règle est représentée par le patient instable devant être incessamment admis en salle d'opération et qui nécessite une surveillance rapprochée ou une réanimation en attendant que cette salle se libère.

Ne constituent **pas** des exceptions à cette règle :

- des patients souffrant de complications encourues lors d'anesthésies ou de sédations dispensées par des non-anesthésistes
- des urgences internes ou externes en attente d'une place en soins intensifs
- des patients de soins intensifs ou de salle d'urgence en attente d'une place à l'étage.
- des patients devant recevoir un traitement immunosuppresseur nécessitant une surveillance rapprochée.

La salle de réveil est une structure adaptée à la surveillance post-anesthésique de patients.

Elle bénéficie d'un personnel spécialement formé à cet effet, mais en nombre limité, et d'un matériel spécifique. Ni l'architecture de cette unité, ni son personnel, ni le matériel présent n'ont été prévus pour assumer des tâches de réanimation prolongée.

Note concernant le carnet de stages :

Cette activité sera rapportée de façon globale en notant simplement le nombre de patients qui ont transité par la salle de réveil chaque jour où vous avez exercé la fonction de 9555 jour, ainsi que le nombre de voies centrales que vous avez placées.