

Bruxelles, le 11.07.1991

Administration des établissements
de soins

CONSEIL NATIONAL DES ETABLISSEMENTS
HOSPITALIERS

Section "Programmation et Agrément"

N/réf.: CNEH/D/37-7

AVIS SUR LES NORMES RELATIVES A LA SECURITE DU PATIENT EN ANESTHESIE.

I. INTRODUCTION

Par sa lettre du 17 septembre 1990, le ministre des Affaires sociales, M. PH. BUSQUIN, a prié le président du Conseil national des établissements hospitaliers de rendre un avis sur la politique à mener en vue de protéger les patients devant subir une anesthésie.

La demande d'avis était rédigée dans les termes suivants :

"Les normes belges pour la sécurité des patients en anesthésie ne sont pas encore définies dans la loi. J'aimerais que le C.N.E.H. puisse examiner la proposition des anesthésistes dans ce domaine afin de préparer une législation adéquate qui permettrait d'accroître la sécurité et de jouer un rôle préventif dans ce domaine."

A la suite de cette demande, un groupe de travail fut mis sur pied, composé comme suit :

- Dr M. DE BRABANTER, président
- Dr G. DARDENNE
- Pr. P. MUNDELEER
- Dr J. RAICKMAN, tous reconnus comme spécialistes en anesthésiologie
- Dr W. ALLEGAERT, chirurgien
- Pr. VLEUGELS, gestionnaire d'hôpital
- Mme C. DE WILDE, infirmière
- M. C. BEDORET, directeur adjoint d'une association hospitalière.
- M. J. VAN HOLSBEKE, infirmier.

M. E. PELFRENE, assisté par Mme M. CEUTERICK et de

M. V. HUBERT, a fait office de secrétaire-rapporteur.

Lors de la première réunion de travail du 6 décembre 1990, il fut décidé de ne pas procéder à l'installation d'un groupe de travail technique, compte tenu notamment du fait que la brochure "Safety First", transmise par le ministre, exposait clairement les points de vue adoptés par un groupe représentatif d'anesthésistes belges. Le groupe de travail a dès lors renoncé à organiser d'autres auditions d'experts.

Le Conseil de travail a posé comme principe que l'anesthésiologie doit faire l'objet de normes légales minimums, tant pour les patients placés sous anesthésie que pour ceux séjournant dans la section de réveil.

Pour répondre à la demande du ministre, le Conseil de travail s'est inspiré de la brochure "Safety First", étant toutefois entendu qu'il ne souhaite pas nécessairement imposer les avis figurant dans le rapport à l'ensemble des anesthésistes.

La préoccupation première du Conseil a été d'aboutir, par le biais d'un arrêté d'exécution à prendre en application de la loi sur les hôpitaux, à des normes minimums en matière de surveillance et de sécurité en cas d'anesthésie. C'est dès lors dans cette optique que le présent avis doit être lu.

Le Conseil s'est bien sûr également penché sur le problème du financement requis pour répondre aux exigences minimums. Le Conseil a dégagé deux manières de financer l'appareillage manquant.

Il y a tout d'abord la possibilité de régler le financement par le biais du prix de journée; le Conseil estime d'autre part qu'une contribution de la part des pouvoirs publics, sous la forme d'une subvention, est également envisageable.

PARTIE II : NORMES MINIMALES

SECTION I : PRINCIPE GENERAL

La fonction "Anesthésiologie", incluse dans l'A.R. du 30.01.1989, nécessite l'existence d'un service d'anesthésiologie organisé.

SECTION II : ORGANISATION DU SERVICE D'ANESTHESIOLOGIE

Chaque service d'anesthésiologie est dirigé par un médecin chef de service d'anesthésiologie. Il est responsable de l'organisation et de la coordination de toutes les activités du service. Il veille à ce que les activités soient organisées suivant les règles scientifiques et les règles déontologiques en vigueur pour l'anesthésiologie cités ci-après :

- Si un médecin anesthésiste est chargé de l'anesthésie, il recevra du chirurgien ou de tout autre médecin opérateur toute information utile et assumera toutes ses responsabilités propres.
- Le médecin anesthésiste a le devoir de surveiller l'anesthésie pendant toute la durée de l'intervention.
- Le médecin anesthésiste doit être en mesure de surveiller effectivement et d'intervenir sans retard auprès du patient dont il a accepté la responsabilité.
- Il lui incombe d'organiser son travail en conséquence. Priorité doit être donnée aux patients sous narcose et aux nécessités de la surveillance des patients en salle de réveil. Il ne peut accepter de mener plus d'une anesthésie à la fois.
- Le médecin-anesthésiste doit surveiller personnellement tous ses malades jusqu'à la reprise de l'autonomie fonctionnelle sur le plan vital, ou de l'assurance de ces fonctions en toute sécurité par des moyens artificiels si cette reprise n'est pas prévisible dans les délais normaux. Ce principe doit lui dicter sa conduite dans l'organisation de son travail, particulièrement s'il est amené à pratiquer dans différents lieux d'activité, soit dans le même établissement de soins, soit dans des établissements différents.
- Même pour donner des soins urgents à un autre patient à proximité immédiate, le médecin anesthésiste ne peut s'éloigner de son patient sous narcose que s'il l'a mis en condition de sécurité.
- Le médecin anesthésiste ne peut jamais entreprendre une anesthésie si toutes les conditions de sécurité ne sont pas réunies, tant au point de vue de la préparation du malade que de la présence de l'équipement technique et des aides nécessaires.

- Le médecin qui fait appel à un médecin anesthésiste doit tenir compte, lors de la rédaction de son plan de travail, des impératifs relatifs à la sécurité de l'anesthésie étant donné leur incidence sur l'organisation du travail de l'anesthésiste.

- Il ne peut être dérogé à ces impératifs sous aucun prétexte, notamment les horaires du quartier opératoire, les préférences des équipes chirurgicales, les exigences de la part de la direction de l'établissement.

- Les conseils médicaux sont appelés à promouvoir une collaboration harmonieuse dans ce domaine entre les confrères pratiquant les différentes disciplines concernées. Les conseils médicaux seront particulièrement attentifs aux problèmes de l'équipement d'anesthésie et de surveillance conformes aux progrès actuels de la science médicale.

- En anesthésiologie, comme d'ailleurs dans toute autre discipline, la diversification progressive des activités entraînera, le cas échéant, l'élargissement des équipes en place.

- Les membres du staff du service d'anesthésiologie définissent ensemble la politique à suivre et exécutent cette politique commune dans l'intérêt du malade.

Le service d'anesthésiologie doit disposer des locaux et des facilités de secrétariat nécessaires à ses activités professionnelles et scientifiques.

SECTION III : AIDE A L'ANESTHESISTE: NORMES MINIMALES

Le médecin anesthésiste est toujours assisté, durant les phases d'induction et de réveil, par un personnel infirmier dûment qualifié. Pendant la phase de maintien de l'anesthésie, cette assistance est donnée sur demande.

SECTION IV : EQUIPEMENT GENERAL : NORMES MINIMALES

L'équipement est conforme aux normes ISO

L'équipement de base comprend, pour chaque poste d'a-

nesthésie (c'est à dire partout où l'on pratique l'anesthésie

- 1) Un appareillage et un chariot d'anesthésie standard.
 - 2) Une aspiration.
 - 3) Le matériel nécessaire à la ventilation artificielle à l'oxygène pur, au masque, y compris un système type ambu, ainsi que l'équipement pour l'intubation endotrachéale et comprenant au moins deux laryngoscopes.
 - 4) Une lumière d'appoint, permettant l'observation du patient, de l'appareil d'anesthésie et des monitorings.
 - 5) Un système de communication comportant
 - a. un téléphone pour l'anesthésiste et disposé de manière telle que celui-ci puisse poursuivre l'observation du malade et des monitorings tout en téléphonant;
 - b. un interphone;
 - c. un bouton "Arrêt cardiaque".
- Cet équipement de base est complété par :
- a. Un chariot de réanimation standard dont les spécifications doivent être déterminés par le service d'anesthésiologie et qui doit être disponible en moins de deux minutes. Ce chariot contient, entre autres choses, un défibrillateur et un plateau de crico-thyréotomie.
 - b. Une bouteille d'oxygène pour le cas où une réanimation est nécessaire.

SECTION V : MONITORING : NORMES MINIMALES

L'équipement standard en monitoring comprend, au minimum, et pour chaque poste d'anesthésie :

- 1) Un analyseur d'oxygène comprenant une alarme de concentration minimum et correctement incorporé dans le circuit respiratoire.
- 2) Un respirateur automatique ainsi que l'appareillage périphérique nécessaire.
- 3) Un appareil pour mesurer, automatiquement et à des

intervalles prédéterminés, les pressions artérielles et diastoliques et comprenant un jeu complet de manchettes.

- 4) Un appareil montrant l'électrocardiogramme en continu, sur écran.
- 5) Un appareil mesurant la fréquence cardiaque en continu.
- 6) Un appareil mesurant la température corporelle en continu.
- 7) Un oxymètre de pouls (SAO_2), utilisé en continu et avec une alarme de valeur minimum constamment branchée.
- 8) Un appareil pour mesurer, en continu le contenu en CO_2 des gaz inspirés et expirés et en afficher continuellement la courbe sur écran.
- 9) Un formulaire approprié de protocole d'anesthésie, qui répond aux exigences spécifiques du service d'anesthésiologie.

SECTION VI : NORMES MINIMALES POUR LA SALLE DE REVEIL.

La politique médicale est définie par le médecin chef du service d'anesthésie en concertation avec le staff.

Les normes minimales pour la salle de réveil sont les suivantes :

- 1) 1,5 lits par salle d'opération avec un temps opératoire brut moyenne de 6 heures par jour + 2 heures de pré et de postcure par salle d'opération utilisée et par jour.
- 2) Une infirmière, (graduée ou brevetée) spécialement formée par groupe de trois patients ou moins.
- 3) Un appareil permettant la ventilation à l'oxygène pur, un ballon de type Ambu et le matériel complet pour l'intubation endotrachéale.
- 4) Pour chaque patient l'équipement suivant est disponible :
 - a. Un système pour administrer de l'oxygène.
 - b. Une aspiration.
 - c. Electrocardiogramme visible sur écran.

d. Un tensiomètre.

e. Un oxymètre de pouls (SAO_2), utilisé en continu et avec une alarme de valeur inférieure branchée en permanence.

f. Les prises murales des gaz médicaux doivent être reliées à une centrale de distribution. Les conduites souples reliant ces prises murales aux appareils utilisant les gaz médicaux, sont réalisées en usine, d'une seule pièce, et de manière telle, qu'il soit impossible d'en séparer les divers composants.

g. Des prises électriques, branchées sur un générateur de secours (groupe de secours), et en nombre suffisant pour l'utilisation de tous les appareils et monitorings nécessaires.

5) Un chariot de réanimation standard dont les spécificités doivent être déterminés par le service d'anesthésiologie et disponible en moins de deux minutes. Ce chariot contient, entre autre choses, un défibrillateur et un plateau de crico-thyréotomie.

6) Un système de communication comportant :

a. Un téléphone disposé de manière telle que l'utilisateur puisse poursuivre l'observation des malades et des monitorings, tout en téléphonant.

b. Un interphone.

c. Un bouton "Arrêt cardiaque", à chaque lit

SECTION VII : ENTRETIEN DE L'APPAREILLAGE D'ANESTHESIE ET DE L'APPAREILLAGE DE LA SALLA DE REVEIL.

Le contrôle et l'entretien sont systématiquement réalisés, deux fois par an pour les appareils d'anesthésie et une fois par an pour les appareils de monitoring.

Il existe un contrat d'entretien écrit et détaillé avec une firme spécialisée.

Tous les contrôles et entretiens sont signalés par écrit au chef de service d'anesthésiologie.

- Chaque appareil est muni d'une étiquette mentionnant les dates des contrôles, entretiens et réparations, et la date du prochain contrôle prévu. Le service d'anesthésiologie tient une fiche par appareil.

Le service technique et le pharmacien de l'hôpital avertissent le chef du service d'anesthésiologie, ou son remplaçant, de tout travail effectué sur le système de distribution des gaz médicaux.

Le service technique de l'hôpital avertit le chef du service d'anesthésiologie, ou son remplaçant, de toute interruption de courant devant être faite dans un poste d'anesthésie.