

25 ans
1995-2020



Association Luxembourgeoise des Assistants Techniques Médicaux de Chirurgie a.s.b.l.

QUESTIONS & RÉPONSES JURIDIQUES SUR LES NOUVELLES ATTRIBUTIONS DE L'ATM DE CHIRURGIE ET AUTRES

Extraits de l'enregistrement et des notes prises lors du
discours des Maîtres Pierrot Schiltz & Aëla Lidoreau,
avocats à la Cour,

à l'occasion des journées nationales
de l'ATM de chirurgie 2019 & 2020

VIRWUERT



Den Asaz vun Iech, de Gesondheetsberuffer, den ATM de chirurgie, geschitt um Terrain, an engem enge Kontakt mat de Patienten. Dir sidd an Ärem Alldag mat ganz verschiddene Situatioune confrontéiert op déi Dir séier, iwwerluecht a kompetent musst reagéieren.

Dëst mécht Ären Alldag interessant, passionant an ofwiesslungsräich. Et ass awer och eng Erausforderung un déi Dir Iech all Dag mat grousser Flexibilitéit musst upassen.

Zu dëser Komponent kommen nach déi technesch a medezinesch Entwécklungen, déi natierlech och Auswierkungen op Äre Aarbecht hunn. Dir musst Iech regelméisseg déi Kompetenzen déi domat verbonne sinn uneegne fir weiderhin Äre Beruff kënnen auszeüben an de Patienten di bescht méiglech Prise en Charge a Soins vun héijer Qualitéit ze garantéieren. An dëst ëmmer mam ieweschten Zil: der Sécherheet vum Patient.

Als Gesondheetsministère wëlle mir Iech esou gutt wéi méiglech ënnerstëtzen an do spillt d'Reglementatioun vun de Gesondheetsberuffer eng primordial Roll. D'Reglementatioun soll Iech déi néideg juristesche Sécherheet an Ärem ofwiesslungsräichen Aarbechtsalldag bidde kënnen.

Fir deemno all den Entwécklung Rechnung ze droe war et néideg de groussherzogleche Reglement vum 18. Mäerz 1981 ze aktualiséieren an Iech esou een adaptéierte juristesche Kader ze gi fir Ären Alldag ze verbesseren an eventuell och ze vereinfachen.

Dës Aktualisatioun valoriséiert ausserdeem Äre héich technesch Kompetenzen, assuréiert datt all ATM de chirurgie säi Wëssen à jour setze muss, a kann de Jonken eng modern an un den Terrain ugepasste Formatioun ubidden, vun där och hir zukünfteg Employeuren an Aarbechskollegen profitéieren.

E grouse Merci un d'ALATMC, datt si dës flott an interessant Broschür, zesumme mat de Me Schiltz a Lidoreau, ausgeschafft huet fir Iech op vill praktesch a wichteg Froen Ried an Äntwert ze stoen.

Happy Birthday ALATMC fir Äre 25 Joer. Äre Rôle an Äert Engagement fir d'Interessie vun Äre Memberen ze verrieden ass immens wichteg, an esou hoffen ech datt nach vill Joer dobäi kommen. Ech wënschen Iech dofir vill Succès fir alles wat nach kënnt.

Paulette Lenert

Ministre de la Santé

PREFACE

L'ATM de chirurgie joue un rôle primordial au bloc opératoire et contribue à la bonne réalisation des interventions, en exerçant principalement des activités d'instrumentiste ou de circulant auprès du chirurgien.

Alors que les techniques opératoires n'ont cessé de se diversifier ces dernières années, la profession a été confrontée à des changements rapides. On pense notamment à la mise en place d'équipements de plus en plus élaborés, que requièrent la chirurgie de remplacement, celle mini-invasive, la stéréotaxie et la chirurgie robotisée, pour ne citer qu'eux.

Un changement législatif était donc attendu, car l'ancien Règlement Grand-Ducal du 18 mars 1981 réglementant la profession des ATM, ne consacrait qu'un seul article dédié aux attributions spécifiques des ATM de chirurgie.

En effet, cet ancien Règlement Grand-Ducal présentait le désavantage de ne pas suffisamment détailler leurs attributions et aucune modification n'avait été faite dernièrement, afin de tenir compte de l'impact des nouvelles avancées dans l'exercice de leur profession.

Cette situation générait une forte insécurité juridique pour les ATM de chirurgie, qui versaient de ce fait régulièrement dans l'illégalité, en posant des actes, qui n'étaient jusque-là réservés qu'aux médecins et qui se rendaient ainsi coupables d'un exercice illégal de la médecine.

Le Règlement Grand-Ducal du 29 mars 2019 est venu remédier à ce problème, en mettant en place « une liste » détaillée et actualisée de toutes les attributions propres aux ATM de chirurgie.

Ce nouveau Règlement Grand-Ducal présente encore l'avantage de distinguer différentes situations au cours d'une intervention chirurgicale, notamment celles où l'ATM de chirurgie peut intervenir avec une certaine autonomie et celles où l'ATM de chirurgie ne peut intervenir qu'à la demande expresse du chirurgien.

En tant que juristes, nous ne pouvons qu'applaudir la volonté du législateur de donner un cadre juridique sécurisant, où les ATM de chirurgie seront plus à même d'estimer leur liberté d'action, leur niveau de connaissances et le cas échéant, de se mettre à jour en suivant une formation continue conforme aux nouvelles exigences.

Par ailleurs, les organismes de formations vont eux aussi pouvoir adapter leurs programmes d'enseignement et les conformer aux attentes du législateur.

L'offre pour la formation initiale a récemment été élargie avec la mise en place très prochaine d'un nouveau Bachelor spécialement prévu pour les ATM de chirurgie, à l'Université de Luxembourg. L'effectif dès la rentrée 2022, l'Université devrait voir ses premiers étudiants diplômés en 2024.

Ce diplôme suscitera certainement de nouvelles vocations et permettra ainsi une augmentation des effectifs au sein des hôpitaux luxembourgeois.

Me Pierrot SCHILTZ
Avocat à la Cour

Me Aëla LIDOREAU
Avocat à la Cour

VIRWUERT

E 25-jähregt Jubiläum gëtt heefeg Grond fir zeréckzekucken a Bilanz ze zéien. Dës Broschür fir dat 25-jähregt Bestoen vun eiser Beruffsvereenegung geet een anere Wee. Hire Bléck ass an d'Zukunft gericht a befaasst sech mat Froen an Äntwerten déi eis Attributioune betreffen, déi mir an eisem Beruffsalldag praktizéieren, fir eise Rechter a Pflichten nozekommen, zum Wuel vun eise Pflegeempfänger.

Als Verwaltungsrot vun der Beruffsvereenegung wënsche mir lech, datt Dir Äntwerten ob Är Froe fannt an dës Broschür lech hëllef kann, verschidde Situatioune vum Beruffsalldag besser juristesches beuerteelen ze kënnen.

De Comité vun der ALATMC



Anne-Jutta Noben
Presidentin



Laurent Hoffmann
Vizepräsident



Anita Büdinger
Sekretärin



Martine Wirth
Sekretärin



Barbara Regula
Tresoriere



Michèle Pütz
EORNA Vertrieder vum
Groussherzogtum
Lëtzebuerg



Jules Spedener
EORNA Vertrieder vum
Groussherzogtum
Lëtzebuerg



Aline Brighi
Event Managerin



Délia Rinaldis
Event Managerin

TABLE DES MATIÈRES

DES ANCIENNES AUX NOUVELLES ATTRIBUTIONS DE LA PROFESSION D'ATM DE CHIRURGIE **7**

Depuis quand datent les anciennes attributions de l'ATM de chirurgie ?	7
Pourquoi les nouvelles attributions de l'ATM de chirurgie sont un progrès ?	7
Les actes qu'un ATM de chirurgie pose tous les jours, respectivement posait pendant toute sa carrière professionnelle jusqu'en 2019, avaient-ils toujours une base légale ?	7
Est-ce que l'ATM de chirurgie qui a fait l'aide-opérateur avant la promulgation du Règlement Grand-Ducal du 29 mars 2019, était régulièrement dans l'inégalité ?	8
Pourquoi un nouveau Règlement Grand-Ducal, des nouvelles attributions, devenaient indispensables ?	8
Quels sont les changements majeurs du nouveau Règlement Grand-Ducal du 29 mars 2019 ? ...	9

CODE DE DÉONTOLOGIE DE CERTAINES PROFESSIONS DE SANTÉ (RÈGLEMENT GRAND-DUCAL DU 7 OCTOBRE 2010, MODIFIÉ LE 31 OCTOBRE 2018) **10**

Quelles sont nos obligations et nos responsabilités imposées par le code de déontologie ?	10
Article 6 du code de déontologie (Règlement Grand-Ducal du 7 octobre 2010).....	10
Article 28 du code de déontologie (Règlement Grand-Ducal du 7 octobre 2010, modifié le 31 octobre 2018) ?	11
Article 29 du code de déontologie (Règlement Grand-Ducal du 7 octobre 2010).....	12
Quel est l'impact de la combinaison des 3 articles du code de déontologie ?	12

LES NOUVELLES ATTRIBUTIONS DE L'ATM DE CHIRURGIE SELON LE RÉGLEMENT GRAND-DUCAL DU 29 MARS 2019 **14**

AIDE OPERATOIRE	14
Que veut dire « (...) et à titre accessoire l'aide opératoire (...) » ?	14
Est-ce que l'ATM de chirurgie habillé stérile peut refuser l'aide opératoire ?	15
Est-ce les ordres donnés en peropératoire, par le chirurgien, sont des prescriptions ?	16
Si le chirurgien demande quelque chose qui n'est pas à réaliser, est-ce que l'ATM de chirurgie a toujours le droit de refuser ?	16
Est-ce que l'ATM de chirurgie peut refuser l'aide opératoire et exiger la présence d'un assistant ?	16
Est-ce qu'un refus d'ordre a pour conséquence le licenciement direct de l'ATM de chirurgie ? .	16
Est-ce que nous devons interrompre l'aide opératoire pour contrôler les dispositifs médicaux, p.ex. faire le compte de compresses ?	17

Qu'est-ce que l'ATM de chirurgie peut faire, si les problèmes de manque de matériel ou manque de personnel sont récurrents ?	17
Est-ce que les ordonnateurs et les supérieurs hiérarchiques doivent être formés aussi sur les nouvelles attributions de l'ATM de chirurgie ?	18
Est-ce que le chirurgien doit être présent physiquement auprès du patient, quand l'ATM de chirurgie pratique l'aide opératoire ?	18
Qu'est-ce que l'ATM de chirurgie doit faire si le chirurgien quitte la salle avant la fermeture complète de la peau et l'ATM de chirurgie reste seul ?.....	19
CHIRURGIE ROBOTIQUE	20
Est-ce qu'un ATM de chirurgie, qui n'a pas les compétences d'exercer en chirurgie robotique, peut ou même doit refuser de travailler en chirurgie robotique ?.....	20
Qu'est-ce que l'ATM de chirurgie doit faire, en chirurgie robotique, si le chirurgien quitte la salle avant la fermeture complète de la peau et l'ATM de chirurgie reste seul ?.....	20
Quelle est la responsabilité de l'ATM de chirurgie, si le chirurgien opère à distance, en dehors du bloc opératoire ?	21
EXCLUSIVITE DE NOTRE PROFESSION	22
Est-ce que les attributions de circulante, d'instrumentiste et d'aide opératoire sont réservées aux ATM de chirurgie ?.....	22
Les infirmiers qui travaillent au bloc opératoire et qui n'ont pas le diplôme d'ATM de chirurgie. Est-ce qu'ils peuvent exercer le rôle d'instrumentiste ou d'aide opératoire ?.....	22
TRAVAIL QUOTIDIEN AU BLOC OPERATOIRE	23
Communication professionnelle orale durant une intervention chirurgicale.....	23
Communication professionnelle orale dans la chirurgie robotique.....	25
Présence de représentants des sociétés vendeurs de dispositifs médicaux implantables, à l'intérieur des salles d'opération.....	26
Travail en équipe pluridisciplinaire	27
ANNEXE	28
Règlement Grand-Ducal du 29 mars 2019 réglementant les études et les attributions de la profession d'assistant technique médical.....	28



CODE DE DÉONTOLOGIE DE CERTAINES PROFESSIONS DE SANTÉ

(RÈGLEMENT GRAND-DUCAL DU 7 OCTOBRE 2010, MODIFIÉ LE 31 OCTOBRE 2018)

Quelles sont nos obligations et nos responsabilités imposées par le code de déontologie ?

Il y a trois articles de votre code de déontologie, qui constituent la clef de vôûte de toutes vos activités et de vos attributions, sachant que vos attributions sont toujours à la base de vos obligations et de vos responsabilités. Attribution et responsabilité sont un binôme inséparable, l'un est la conséquence logique de l'autre. Si vous posez un acte qui n'est pas autorisé, vous commettez une faute et vous engagez votre responsabilité.

Dans la pratique, qui est autorisée à vous demander quoi et dans quelles situations pouvez-vous refuser de faire droit à la demande qui vous est adressée ?

La réponse à cette question découle de la combinaison des articles 6, 28 et 29 de votre code de déontologie, qui définit le comportement que vous devez adopter dans l'exercice de votre profession.

Article 6 du code de déontologie (Règlement Grand-Ducal du 7 octobre 2010)

L'article 6 du code de déontologie dispose que :

« Le professionnel de santé veille à exercer sa profession selon les règles de l'art. Les prestations professionnelles sont réalisées selon le principe de la meilleure efficacité, de la moindre nocivité, du respect de l'autonomie et avec la même conscience professionnelle à l'égard de tous les bénéficiaires et des autres prestataires impliqués. »

Il s'ensuit que d'après cet article 6 du code de déontologie, vous travaillez en vertu de 2 principes bien clairs, le premier étant que vous devez respecter les règles de l'art et le deuxième étant que vous devez travailler d'après le principe de la meilleure efficacité et de la moindre nocivité. Vous devez donc toujours prêter l'acte dans la forme dans laquelle il vous semble être le plus efficace, respectivement le moins nocif.



Article 28 du code de déontologie (Règlement Grand-Ducal du 7 octobre 2010, modifié le 31 octobre 2018)

L'article 28 du code de déontologie dispose que :

« Le professionnel de la santé applique et respecte les prescriptions médicales qui lui sont fournies dans les formes prescrites par la loi, les protocoles et plans de prise en charge valides et pertinents, établis en bonne et due forme et selon les règles de l'art. Il demande à l'ordonnateur ou au médecin prescripteur des compléments d'information chaque fois qu'il le juge nécessaire respectivement attire son attention à toute contrariété aux lois et règles de l'art applicables en la matière. »

D'après cet article, l'ATM de chirurgie appliquera dès lors en premier lieu les prescriptions que lui donne le médecin en tant que son supérieur hiérarchique, dans la mesure où ce dernier respecte la loi, les protocoles, les prescriptions, etc...

Si cependant ce supérieur hiérarchique vous demande de faire quelque chose qui vous paraît suspect, que vous n'avez jamais fait ou si vous avez un doute sur ce que vous devez faire, vous demandez à l'ordonnateur ou au médecin prescripteur des compléments d'information, si vous le jugez nécessaire, respectivement vous attirez son attention à toute contrariété aux lois et règles de l'art applicables en la matière.

Ainsi, le conflit peut naître par exemple entre le médecin qui pratique toujours les mêmes techniques depuis une quarantaine d'années et qui ordonne à un ATM de chirurgie, connaissant les dernières avancées techniques, de poser un acte qui n'est plus conforme aux nouvelles règles de l'art et ferait encourir au patient des risques supplémentaires inutiles, respectivement qui prodiguerait un traitement moins efficace et plus nocif que la nouvelle technique que maîtrise l'ATM de chirurgie.

En application de cet article 28, l'ATM de chirurgie a maintenant le droit et l'obligation d'attirer l'attention du médecin prescripteur ou de l'ordonnateur à cette contrariété, qui peut exister entre l'ordre qu'il donne et les règles de l'art actuelles, respectivement les principes de la meilleure efficacité ou de la moindre nocivité.



Article 29 du code de déontologie (Règlement Grand-Ducal du 7 octobre 2010)

L'article 29 du code de déontologie dispose que :

« En cas d'impossibilité ou de refus de dispenser les actes et techniques professionnels requis ou de les prêter selon les règles de l'art, le professionnel de santé prévient, dans les meilleurs délais et en fonction de la situation rencontrée, l'ordonnateur et/ou son supérieur hiérarchique. Pour autant que nécessaire, il organise la continuité de la prise en charge. Cette situation est documentée au dossier de la personne prise en charge et le cas échéant, donne lieu à un rapport circonstancié. »

Quel est l'impact de la combinaison des 3 articles du code de déontologie ?

La combinaison de ces 3 articles fait ressortir les 2 principes suivants :

1. Le professionnel de santé, donc l'ATM de chirurgie, doit veiller aux règles de l'art et travailler, donc mettre en œuvre ses attributions, selon le principe de la meilleure efficacité et de la moindre nocivité et ce de façon autonome. L'ATM de chirurgie est une profession à part, autonome, avec tous les droits et obligations qui en découlent. C'est à lui de prendre ses propres décisions et de les assumer, quoi que disent les autres.
2. Si tant est qu'un ordonnateur (qu'il soit médecin, directeur, supérieur hiérarchique, etc.) prescrit un acte, qui de l'appréciation de l'ATM de chirurgie ne respecte pas les règles de l'art et/ou le principe de la meilleure efficacité ou de la moindre nocivité, alors que l'ATM de chirurgie estime qu'il y a mieux, l'ATM de chirurgie prévient dans les meilleurs délais et en fonction de la situation rencontrée, l'ordonnateur et/ou son supérieur hiérarchique, de l'impossibilité ou du refus de dispenser des actes et techniques professionnels requis selon les modalités de l'article 29.

S'il est vrai que l'article 28 du code de déontologie prévoit qu'en principe le professionnel de santé applique et respecte les prescriptions médicales qui lui sont fournies dans les formes prescrites par la loi, les protocoles et plans de prise en charge valides et pertinents, établis en bonne et due forme et selon les règles de l'art, n'importe qui ne pourra plus demander n'importe quoi à l'ATM de chirurgie sous prétexte de sa supériorité hiérarchique, respectivement d'une pratique courante depuis la nuit des temps.

Si l'acte requis contrevient aux règles de l'art, aux principes de la meilleure efficacité ou de la moindre nocivité, l'ATM demande à l'ordonnateur ou au médecin prescripteur des compléments d'information chaque fois qu'il le juge nécessaire, respectivement attire son attention à toutes contrariétés aux lois et règles de l'art applicables en la matière, et dans la plus mauvaise des



hypothèses, il refusera de dispenser des actes et techniques professionnels requis, sous condition bien sûr de faire en sorte que la continuité des soins soit assurée et dans le cas contraire, il devra l'organiser.

Dans la pratique, en admettant qu'une opération soit en cours, comment doit réagir l'ATM de chirurgie si le chirurgien qu'il assiste, veut poser un acte qui semble contraire aux principes des articles 6, 28 et 29 du code de déontologie à l'ATM ? Que faire le moment même ?

Est-ce que l'ATM de chirurgie peut refuser de poser l'acte ordonné, alors que de l'autre côté, il a des obligations découlant d'autres lois telles que prévu par le code de déontologie ou la loi sur les droits et obligations du patient, comme celle de la continuité des soins ?

En effet, si l'ATM refuse de poser l'acte, il risquera d'y avoir une interruption de la continuité des soins qui, suivant la délicatesse de l'opération en cours, pourrait causer préjudice au patient se trouvant sur la table d'opération.

Dans ce cas d'hypothèse, je pense que vous êtes autorisé de dispenser néanmoins l'acte contraire aux règles de l'art, qui vous est demandé par le prescripteur. Pour quelle raison ? Nous tirons l'argument d'un bout de phrase de l'article 29 du code de déontologie, disposant qu'« *en cas d'impossibilité ou de refus de dispenser les actes et techniques professionnels requis ou de les prester selon les règles de l'art, le professionnel de santé prévient, dans les meilleurs délais et **en fonction de la situation rencontrée**, l'ordonnateur et/ou son supérieur hiérarchique. (...)* »

Si la situation rencontrée est celle, que l'ATM a un patient sur la table d'opération avec le ventre ouvert et avec la nécessité d'intervenir avec un certain suivi et avec une certaine urgence, l'ATM devra être conscient du fait que l'état du patient et la continuité des soins sont toujours les droits du patient qui priment à la limite à son obligation, à son droit de refuser, de prester ou de dispenser un acte requis par un ordonnateur.

L'article 29 dit également que, « (...) Pour autant que nécessaire, il [le professionnel de la santé] organise la continuité de la prise en charge. (...) », donc, à la limite, l'ATM peut refuser de prester l'acte si, sur place, il y a un collègue de travail qui serait d'accord de poser l'acte en question à sa place. Si tel est le cas, l'ATM aurait le droit, voire aurait même l'obligation de ne pas poser cet acte. Mais, si aucun collègue de travail n'est disposé à prendre la relève, l'ATM serait autorisé à poser l'acte, nonobstant le fait qu'il se sentirait contrarié dans les règles de l'art ou par rapport au principe de la meilleure efficacité et de la moindre nocivité.



Est-ce que nous devons interrompre l'aide opératoire pour contrôler les dispositifs médicaux, p.ex. faire le compte de compresses ?

L'ATM de chirurgie a un rôle d'instrumentiste et un rôle d'aide opératoire. C'est à dire, si vous devez compter les compresses, ce qui est nécessaire, alors vous devez informer le chirurgien qu'il faut maintenant les compter, car c'est une mesure efficace, qui est nocive au patient si vous ne le faites pas. Donc, vous êtes dans l'obligation de mieux scinder vos deux rôles et vous devez, en ce moment, arrêter de prêter main forte (arrêter d'exercer la fonction d'aide opératoire).

Mais, si la sécurité du patient, son état de santé, la continuité des soins exigerait qu'il y ait une personne en plus en salle d'opération, pour prêter main forte, ce ne sera pas la responsabilité de l'ATM de chirurgie, mais de l'hôpital, à raison de ce que la jurisprudence appelle dysfonctionnement d'un des services, ici le service du bloc opératoire. Ce ne sera pas la responsabilité de l'ATM de chirurgie. C'est un problème structurel, infrastructurel.

Qu'est-ce que l'ATM de chirurgie peut faire, si les problèmes de manque de matériel ou manque de personnel sont récurrents ?

Si c'est un problème récurrent de sous-effectifs, je peux vous faire une recommandation. Il s'agit d'adresser un courrier de réclamation, en bonne et due forme via mail avec accusé de réception, où les ATM de chirurgie, d'une façon groupée, ou l'ALATMC, attirent l'attention sur le fait que le sous-effectif en salle d'opération est un problème récurrent. Vous demandez à ce qu'il soit mis plus de personnel à disposition du patient, parce que les ATM de chirurgie ne sauraient pas travailler conformément aux règles de l'art, dans les conditions données.

Ce serait pour vous un moyen de défense futur pour que, dans n'importe quel litige qui pourrait naître et où la responsabilité de l'ATM de chirurgie pourrait être mise en cause, vous puissiez dire que déjà en année X, à l'aide d'un courrier, vous avez attiré l'attention de la direction sur le fait donné.

Il est important d'évaluer la situation et de demander une réévaluation des effectifs du bloc opératoire par un courrier auprès de la Fédération des Hôpitaux Luxembourgeois. Les effectifs des ATM de chirurgie sont déterminées sur base d'une norme avec un coefficient de deux, deux personnes en salle. Si maintenant les attributions demandent plus



d'effectifs à cause de l'aide opératoire, ce coefficient doit être adapté. Ce qui veut dire qu'il faut discuter sur la normalisation des effectifs.

Est-ce que les ordonnateurs et les supérieurs hiérarchiques doivent être formés aussi sur les nouvelles attributions de l'ATM de chirurgie ?

À mon avis, ces formations ne devront pas être données seulement aux ATM de chirurgie. À quoi ça sert, si les ATM de chirurgie sont parfaitement bien au courant de leurs attributions, mais les prescripteurs, les ordonnateurs ou les supérieurs hiérarchiques ne les savent pas ? Je dirai que c'est aussi important que le médecin, lequel vous assistez au bloc opératoire, sache ce qu'il peut demander actuellement à un ATM de chirurgie et ce qu'il ne peut pas lui demander. Donc, ces formations devraient être étendues non seulement aux ATM de chirurgie, mais à tous les intervenants dans un bloc opératoire, afin que tout le monde sache qui peut faire quoi et ainsi être capable d'éviter des situations de stress et de désaccord, où un chirurgien ou un autre prescripteur, qui ne connaît pas vos nouvelles attributions, ne vous demande n'importe quoi.

Est-ce que le chirurgien doit être présent physiquement auprès du patient, quand l'ATM de chirurgie pratique l'aide opératoire ?

Ça veut dire quoi « (...) en présence du chirurgien (...) » ? Est ce qu'il doit être à côté de vous ? Qu'est-ce que ça veut dire présent ? Présent au bloc opératoire, présent dans l'hôpital, présent sur la terre ?

Pour moi, c'est une présence physique et ce n'est pas vraiment sujet à interprétation. D'ailleurs c'est clair dans le texte des attributions : c'est une présence physique.

Il y a une différence entre le grand A et le grand B de l'Annexe 1 du Règlement Grand-Ducal des nouvelles attributions de l'ATM de chirurgie. D'après mon interprétation, les actes qui sont énumérés sous le grand A peuvent être posés en autonomie, sans ordre du médecin.

L'ensemble des actes qui sont dispensés sous le point B (et c'est d'ailleurs marqué dans son titre), sont d'une particulière technicité et réalisés par l'ATM de chirurgie en cours d'une intervention chirurgicale, en présence du chirurgien et sur sa demande expresse. Donc, pour les actes qui sont énumérés sous le point B, l'ATM de chirurgie perd son autonomie et doit avoir la demande expresse du chirurgien.

Au final, dans tous les cas de l'annexe 1, le chirurgien doit avoir une présence physique. Pour moi, il est contraire à l'esprit de la loi, que le



chirurgien se trouve dans une salle à côté ou qu'il quitte la salle à un moment donné.

Qu'est-ce que l'ATM de chirurgie doit faire si le chirurgien quitte la salle avant la fermeture complète de la peau et l'ATM de chirurgie reste seul ?

L'ATM de chirurgie ne peut guère retenir le chirurgien.

En pratique, le juge n'engagera pas la responsabilité de l'ATM de chirurgie si le chirurgien part de la salle d'opération, alors que seule la responsabilité du chirurgien (en cas de négligence fautive) voire de l'hôpital (en cas de désorganisation du service) pourra être engagé.

Toutefois nous conseillons aux ATM de chirurgie de manifester leur désaccord auprès du chirurgien si celui-ci décide de partir et ce pour les actes d'aide opératoire définis aux annexes 1 et 2 et qui requièrent la présence du médecin, le tout dans le respect des articles 6, 28 et 29 du code de déontologie précités.



CHIRURGIE ROBOTIQUE

Est-ce qu'un ATM de chirurgie, qui n'a pas les compétences d'exercer en chirurgie robotique, peut ou même doit refuser de travailler en chirurgie robotique ?

Mettre un ATM de chirurgie, qui n'a pas ces compétences, en chirurgie robotique, a des répercussions en terme de responsabilité, même en droit, par la suite. Donc, l'ATM de chirurgie peut et aurait intérêt à refuser de faire des techniques qu'il ne connaît pas et en plus, cela retomberait sous la responsabilité de l'hôpital, parce qu'il y aurait un dysfonctionnement de service.

Est-ce qu'il doit refuser ? Pour l'avocat c'est simple, je vous réponds : oui. Ce serait un refus justifié, pas en application des articles 6, 28 et 29, parce qu'ici on ne parle plus des règles de l'art et non plus du principe de nocivité etc. mais, ici, le problème juridique en cause est celui du défaut de qualification, pour le travail qu'on demande de faire. Cela, parce que l'ATM de chirurgie n'a pas la formation indispensable, prévue par le législateur pour poser ces actes.

À mon sens, c'est un bel exemple ou un cas typique où l'ATM de chirurgie devrait refuser parce qu'il n'a pas la formation. Il n'aurait même pas le choix, car il fait courir un risque inutile au patient.

Qu'est-ce que l'ATM de chirurgie doit faire, en chirurgie robotique, si le chirurgien quitte la salle avant la fermeture complète de la peau et l'ATM de chirurgie reste seul ?

Contrairement à l'annexe 1 (aide opératoire) du Règlement Grand-Ducal des nouvelles attributions de l'ATM de chirurgie, dans le cas de la chirurgie robotique, laquelle est définie dans l'annexe 2, la présence physique du chirurgien n'est pas obligatoire. C'est clairement marqué que, pour la chirurgie robotique, tous les actes que l'ATM de chirurgie est habilité à réaliser selon les alinéas 1 et 2, il faut bien une surveillance du médecin, mais celle-ci peut se faire en dehors de la présence physique du médecin. Bien évidemment il devra intervenir à tout moment, mais dans ces cas précis il n'est pas obligé d'être dans la salle à côté de vous. C'est une différence avec l'aide opératoire de l'annexe 1, où il est nécessaire que le chirurgien soit à vos côtés, car sa présence physique y est exigée.



Quelle est la responsabilité de l'ATM de chirurgie, si le chirurgien opère à distance, en dehors du bloc opératoire ?

Il faut souligner que, d'après l'alinéa 4 de l'annexe 2 du Règlement Grand-Ducal, même si le chirurgien qui est derrière le robot n'est physiquement pas présent, car il peut se trouver dans une autre ville ou même dans un autre pays, l'hôpital doit organiser et garantir la présence physique d'un autre chirurgien au sein du bloc opératoire, qui peut intervenir à tout moment, au cas où il y aurait un incident en peropératoire.



EXCLUSIVITE DE NOTRE PROFESSION

Est-ce que les attributions de circulante, d'instrumentiste et d'aide opératoire sont réservées aux ATM de chirurgie ?

Est-ce qu'une personne non ATM de chirurgie, par exemple une infirmière, peut également faire ces actes ?

Ma réponse est non, alors que ces actes sont réservés dans les attributions des seuls ATM de chirurgie.

Les attributions des infirmiers sont énumérées au Règlement Grand-Ducal du 21 janvier 1998, portant sur l'exercice de la profession d'infirmier. Seuls les actes énumérés dans ce Règlement Grand-Ducal peuvent être exercés par les infirmiers.

Les infirmiers qui travaillent au bloc opératoire et qui n'ont pas le diplôme d'ATM de chirurgie. Est-ce qu'ils peuvent exercer le rôle d'instrumentiste ou d'aide opératoire ?

Au risque de me répéter : non.

Chaque profession de santé a ses attributions propres définies dans des Règlements Grand-Ducaux afférents. Aucun professionnel de santé ne peut poser un acte qui ne lui est pas réservé dans ses attributions.



TRAVAIL QUOTIDIEN AU BLOC OPERATOIRE

Communication professionnelle orale durant une intervention chirurgicale

Situation

De nombreuses nationalités travaillent au bloc opératoire. Un chirurgien qui ne parle que le français travaille avec un ATM de chirurgie qui ne parle que l'allemand.

Les ordres oraux donnés par le chirurgien à l'ATM de chirurgie sont dans ce cas traduits par une tierce personne, par exemple un stagiaire.

Qui est responsable pour les fautes professionnelles qui résultent d'une telle situation ?

Pour les médecins, la loi modifiée du 29 avril 1983 concernant l'exercice des professions de médecin (Loi du 14 juillet 2010), l'article 1, alinéa 1e dispose que :

*« il [le médecin] doit avoir les connaissances linguistiques nécessaires à l'exercice de la profession, **soit en allemand, soit en français, et comprendre les trois langues administratives du Grand-Duché de Luxembourg** ou acquérir les connaissances lui permettant de les comprendre. (...) »*

Ainsi, dans votre exemple, le chirurgien parle en français, c'est-à-dire l'une des langues requises de par la loi. Sa responsabilité ne sera par conséquent pas engagée.

Concernant les ATM de chirurgie et d'après la loi du 26 mars 1992 sur l'exercice et la revalorisation de certaines professions de santé, l'article 11, alinéa 1 dispose que :

*« La personne exerçant une de ces professions doit avoir les connaissances linguistiques nécessaires à l'exercice de la profession, **soit en allemand, soit en français, et comprendre les trois langues administratives du Grand-Duché de Luxembourg** ou acquérir les connaissances lui permettant de les comprendre. »*



Elle peut engager sa responsabilité disciplinaire, civile ou pénale si, par suite d'une insuffisance de ses connaissances linguistiques, elle commet une erreur dans l'exercice de sa profession. »

Ainsi, la loi prévoit que l'ATM de chirurgie doit comprendre les trois langues administratives du Grand-Duché de Luxembourg de sorte que, dans votre exemple, l'ATM de chirurgie doit comprendre le français. Dès lors, si à la suite d'une mauvaise compréhension de la langue française, l'ATM de chirurgie commet une erreur dans l'exercice de sa profession, la responsabilité cet ATM de chirurgie pourra être engagée.

Concernant l'intermédiaire qui fait la traduction, à savoir la tierce personne ou le stagiaire, on peut partir du principe ici que cette tierce personne a signé un contrat (CDI, CDD, contrat de stage) avec l'hôpital, de sorte que c'est l'hôpital qui l'emploi et qui pourra voir sa responsabilité engagée en cas d'une erreur de traduction.

Si maintenant l'ATM de chirurgie allemand comprend le français, comprend l'instruction et répond au chirurgien en allemand, il utilise lui aussi une des langues requises par loi et agit donc légalement.

Le chirurgien lui aussi, doit comprendre les trois langues administratives du Grand-Duché de Luxembourg. S'il ne comprend pas la réponse allemande de l'ATM de chirurgie et commet alors une erreur dans l'exercice de sa profession, c'est dans ce cas-là la responsabilité du médecin qui pourra être engagée.



Communication professionnelle orale dans la chirurgie robotique

Situation

Le médecin responsable de l'intervention chirurgicale, n'est pas placé près du site opératoire, mais derrière la console chirurgicale qui est en dehors de la zone stérile. Ainsi, le chirurgien n'est pas habillé de manière stérile.

À travers la console, il dirige le robot qui est placé auprès du site opératoire et qui exécute ses gestes.

Les ordres oraux donnés par le chirurgien, passent par l'intermédiaire d'un micro. Cette communication est parfois perturbée, vue la distance plus ou moins grande du chirurgien par rapport au site opératoire.

Qui est responsable pour les fautes qui résultent d'une communication perturbée ?

Le matériel est sous la responsabilité de l'hôpital, de sorte qu'en cas d'un dysfonctionnement technique, l'hôpital sera responsable.

Est-ce qu'il est nécessaire d'enregistrer dans le futur la communication durant l'intervention de chirurgie robotique ?

En droit, ces enregistrements devront être faits dans le respect de nombreuses dispositions, notamment le respect du secret médical, la loi du 1 août 2018 sur la protection des données et le droit à la protection de la vie privée repris dans la Convention Européenne des droits de l'Homme.

Une demande d'autorisation préalable devra être demandée auprès de la Commission nationale pour la protection des données.

Concernant la nécessité de tels enregistrements, il faut faire une mise en balance des intérêts entre l'intérêt légitime d'une telle mesure d'un côté et le droit des personnes enregistrées de l'autre. Il faut pouvoir justifier la nécessité d'une telle mesure, qui doit rester proportionnelle (si les enregistrements sont nécessaires pour assurer les besoins voulus).

A mon sens, l'intérêt légitime d'une telle mesure se retrouve en matière de gestion de la preuve, notamment dans le cas de figure où par exemple un membre du personnel essaie de rejeter la faute sur un autre membre du personnel. L'enregistrement durant l'intervention permettrait de retracer les faits et constituerait une preuve.



Présence de représentants des sociétés vendeurs de dispositifs médicaux implantables, à l'intérieur des salles d'opération

Situation

Le rôle de ces représentants est d'être présents pour donner des conseils sur un dispositif médical.

Nous ignorons la qualification de ces représentants, qui ne disposent pas de droit d'exercer, une obligation pour les professionnels de santé. Les médecins travaillant dans un bloc opératoire, sont tous agréés par le ministère et l'institution.

Est-ce qu'un représentant d'une société vendeuse de dispositifs médicaux implantables, est habilité d'être présent à côté du chirurgien pendant l'intervention chirurgicale ?

Est-ce que cette personne peut aider, faire des actes durant l'intervention opératoire ?

Sauf erreur de ma part, je n'ai pas trouvé de loi qui régleme la présence d'un représentant lors d'une intervention chirurgicale.

A priori, cela est possible en encadrant juridiquement la présence de ce personnel, qui viendra en tant que prestataire de service. L'hôpital pourra lui faire signer un contrat comportant des engagements qu'il devra respecter. À titre d'exemple, le représentant pourra être soumis à une clause de confidentialité ou il pourra également s'engager à ne pas toucher le patient. Ses missions devront être définies, à savoir se limiter à donner des conseils d'utilisation des dispositifs médicaux implantables sans pour autant aider le chirurgien à opérer.

Est-ce qu'un représentant peut donner des ordres à un ATM de chirurgie, c.-à-d. réclamer des instruments pour aider le chirurgien ?

Non, ce personnel ne peut en aucun cas donner des ordres, il ne dispose d'aucune autorisation pour le faire. Il pourra toutefois faire des recommandations et des suggestions au chirurgien qui restera le seul à pouvoir prendre les décisions.

Quelle est la responsabilité du représentant en cas d'incident durant une intervention ?

L'hôpital sera responsable vis-à-vis du patient. Il pourra le cas échéant se retourner contre le commercial présent.



Travail en équipe pluridisciplinaire

Situation

Un patient pris en charge au bloc opératoire avant (accueil, surveillance préparation) et après (réveil, transfert) l'intervention chirurgicale, est en général installé sur une table d'opération d'une largeur de 60 cm et se trouve dans un état plus ou moins conscient.

Est-ce qu'un tel patient peut être laissé seul pour un moment, sans surveillance directe du personnel soignant ? Quelle est la responsabilité du personnel soignant en cas de chute ou de malaise du patient ?

L'hôpital est soumis à une obligation de sécurité et de surveillance. Si jamais le patient a le moindre problème, il faut qu'un personnel soignant puisse intervenir immédiatement à défaut de quoi la responsabilité de l'hôpital pourra être engagée.

Par exemple, si le patient est laissé seul, alors qu'il est dans les vapes et qu'il fait un malaise ou une chute, l'hôpital pourra voir sa responsabilité engagée.

En cas de faute lourde, la responsabilité du personnel soignant pourra également être engagée. On peut dans ce cas de figure également penser à la responsabilité pénale du personnel soignant avec le principe de la non-assistance à personne en danger que l'on trouve à l'article 410-1 du Code pénal.



ANNEXE

Règlement Grand-Ducal du 29 mars 2019 réglementant
les études et les attributions de la profession d'assistant technique médical.



Règlement grand-ducal du 29 mars 2019 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 18 mars 1981 réglementant les études et les attributions de la profession d'assistant technique médical.

Nous Henri, Grand-Duc de Luxembourg, Duc de Nassau,

Vu la loi modifiée du 26 mars 1992 sur l'exercice et la revalorisation de certaines professions de santé, et notamment son article 7 ;

Vu la loi du 28 octobre 2016 relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles ;

Vu l'avis du Conseil supérieur de certaines professions de santé ;

Vu l'avis du Collège médical ;

Notre Conseil d'État entendu ;

Sur le rapport de Notre Ministre de la Santé et de Notre Ministre de l'Enseignement supérieur et de la Recherche et après délibération du Gouvernement en conseil ;

Arrêtons :

Art. 1^{er}.

L'article 2 du règlement grand-ducal modifié du 18 mars 1981 réglementant les études et les attributions de la profession d'assistant technique médical prend la teneur suivante :

«

Art. 2. Études d'assistant technique médical de chirurgie

(1) Pour être admis aux études, le candidat doit être titulaire du diplôme d'État d'infirmier ou d'un diplôme d'infirmier en soins généraux conformément à l'article 31 de la loi du 28 octobre 2016 relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles.

(2) La durée de la formation spécialisée est de deux ans et correspond à 120 points du système européen de transfert et d'accumulation de crédits, ci-après « ECTS ».

»

Art. 2.

L'article 18 du règlement grand-ducal modifié du 18 mars 1981 réglementant les attributions de la profession d'assistant technique médical prend la teneur suivante :

«

Art. 18. Attributions de l'assistant technique médical de chirurgie

(1) L'assistant technique médical de chirurgie contribue à la réalisation de l'intervention chirurgicale. À cet effet, il exerce les activités d'instrumentiste ou de circulant.

Son lieu d'activité principal étant le bloc opératoire, il peut par ailleurs mettre en œuvre sa spécialisation dans tous les lieux où sont pratiqués des actes invasifs à but diagnostique et/ou thérapeutique, ainsi que dans le secteur de stérilisation des dispositifs médicaux.

(2) L'assistant technique médical de chirurgie participe à la gestion des risques liés à l'activité invasive et à l'environnement opératoire ainsi qu'à la documentation et la traçabilité des activités relatives à la sécurité du patient.

(3) Sans préjudice des attributions réservées à d'autres professionnels de santé, l'assistant technique médical de chirurgie exerce les attributions suivantes :

- 1° la gestion, la préparation, l'entretien, la vérification et la mise à disposition des équipements, matériels et instruments et à titre accessoire l'aide opératoire, selon les modalités définies à l'annexe 1, nécessaires pour l'intervention chirurgicale ;
- 2° seul l'assistant technique médical de chirurgie habillé stérilement qui a suivi avec succès une formation spécifique et certifiante en chirurgie robotisée est habilité à exécuter les actes en chirurgie robotisée, définis à l'annexe 2 ;
- 3° la surveillance et la contribution à l'asepsie au bloc opératoire et dans les autres secteurs dans lesquels il intervient ;
- 4° l'installation définitive du patient en vue de l'intervention chirurgicale définie à l'annexe 3 ;
- 5° la préparation du champ opératoire :
 - a) la désinfection cutanée ;
 - b) le drapage du champ opératoire ;
- 6° la mise en place de pansements.

(4) L'assistant technique médical de chirurgie collabore à l'information du patient et à la formation des élèves du milieu de la santé ainsi qu'à l'encadrement des professionnels de santé et autres collaborateurs.

Il participe également à la recherche dans son domaine d'activité.

»

Art. 3.

À la suite de l'article 22, il est inséré un nouvel article 22*bis*, qui prend la teneur suivante :

«

Art. 22*bis*.

Les personnes qui, à l'entrée en vigueur du règlement grand-ducal du 29 mars 2019 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 18 mars 1981 réglementant les études et les attributions de la profession d'assistant technique médical, disposent d'une autorisation d'exercer comme assistant technique médical de chirurgie et dont les attributions ne sont pas conformes ou comportent des différences essentielles ou substantielles par rapport aux dispositions du règlement précité du 29 mars 2019, sont tenus d'accomplir une formation complémentaire reconnue par le ministre ayant la Santé dans ses attributions.

»

Art. 4.

Notre ministre de la Santé et Notre ministre de l'Enseignement supérieur et de la Recherche sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent règlement grand-ducal qui sera publié au Journal officiel du Grand-Duché de Luxembourg.

Le Ministre de la Santé,
Étienne Schneider

Palais de Luxembourg, le 29 mars 2019.
Henri

*Le Ministre de l'Enseignement supérieur
et de la Recherche,*
Claude Meisch

Annexe 1 : Aide opératoire réalisée par l'ATM de chirurgie au cours d'une intervention chirurgicale**A. Les activités réalisées par l'ATM de chirurgie au cours d'une intervention et en présence du chirurgien :**

- (1) Aide à la mise en place et au maintien des instruments d'exposition directe et indirecte
 - a) mise en place des instruments d'exposition adaptés permettant une visualisation directe ou indirecte :
 - positionner les instruments d'exposition en superficie et/ou en profondeur, en veillant au respect des organes concernés, afin de permettre l'isolement, la présentation ou le contrôle des organes ou des vaisseaux.
 - b) maintien de l'exposition avec l'instrument adapté pour permettre au chirurgien de réaliser son geste opératoire :
 - anticiper le geste opératoire du chirurgien ;
 - maintenir un champ opératoire approprié ;
 - adapter sa gestuelle de positionnement en fonction du geste opératoire et des différents événements pouvant survenir ;
 - identifier les anomalies liées à l'exposition.
- (2) Aide à la réalisation d'une hémostase :
 - a) préparation du matériel adapté à l'hémostase réalisée ;
 - b) réalisation d'une hémostase pour un saignement superficiel n'entraînant aucune conséquence clinique immédiate au cours de l'intervention ;
 - c) compression et/ou tamponnements sous la direction de l'opérateur ;
 - d) aide à la réalisation d'une ligature ;
 - e) identifier les risques et alerter.
- (3) Aide à la réalisation d'une aspiration/irrigation du site opératoire :
 - a) réalisation d'une aspiration contrôlée du sang et autres liquides biologiques en fonction des tissus et du saignement à contrôler pour dégager le champ visuel du chirurgien et faciliter l'acte opératoire :
 - mettre en œuvre l'aspiration en utilisant la canule adaptée à la situation ;
 - mettre en œuvre un système de récupération de sang en utilisant le matériel adapté (en vue d'une autotransfusion).
 - b) réalisation d'une irrigation du site opératoire :
 - mettre en œuvre l'irrigation en utilisant le produit en quantité contrôlée au moment opportun et au bon endroit.

B. L'ensemble d'actes d'une particulière technicité réalisés par l'ATM de chirurgie au cours d'une intervention chirurgicale et en présence du chirurgien et sur sa demande expresse et à condition qu'il puisse intervenir à tout moment :

- (1) Aide aux sutures des organes et des vaisseaux :
 - a) maintien de la tension intermédiaire du fil entre chaque point pour les sutures en surjet ;
 - b) aide à la réalisation d'une suture à points séparés ;
 - c) préparation des colles biologiques de réparation ;
 - d) aide à la congruence des deux segments d'organes creux avant suture ;
 - e) aide à la mise en place et manœuvre d'un dispositif de suture mécanique ;
 - f) repérer les anomalies avant et après les sutures et alerter.
- (2) Aide à la réduction d'une fracture et au maintien de la réduction au bloc opératoire :
 - a) mise en œuvre de la traction nécessaire pour rétablir la continuité des segments osseux ;
 - b) maintien de la réduction avec l'instrumentation ou le matériel adaptés ;
 - c) identifier les risques pour adapter la gestuelle.
- (3) Aide à la pose d'un dispositif médical implantable (DMI) :
 - a) Aide à la pose d'un dispositif médical implantable (DMI) en identifiant les caractéristiques des différents types de DMI et les étapes du montage et de pose selon la notice.
- (4) Injection d'un produit à visée thérapeutique ou diagnostique dans un viscère, une cavité, un vaisseau :
 - a) mettre en œuvre la technique d'injection adaptée au site ;
 - b) identifier les risques spécifiques au produit injecté.
- (5) La mise en place et la fixation des drains sus-aponévrotiques :
 - a) pose du drain :

- poser les différents types de drainage choisis par le chirurgien.
 - b) fixation à la peau :
 - choisir la fixation adaptée en fonction du drain, des caractéristiques du patient et de la nature de l'acte.
 - c) montage et adaptation de l'appareillage correspondant au drain :
 - mettre en place les différents types d'appareillage en fonction du drain.
 - d) vérification de la fonctionnalité du drainage :
 - identifier les anomalies du fonctionnement du drainage ;
 - mettre en place les actions nécessaires pour remédier à ces anomalies.
- (6) La fermeture sous-cutanée et cutanée :
- a) identifier les différentes techniques de fermeture ;
 - b) choisir la technique de fermeture en fonction des risques potentiels liés à l'intervention et au patient ;
 - c) choisir le dispositif médical stérile adapté aux caractéristiques du patient et à la nature de l'incision ;
 - d) choisir les instruments correspondant à la technique et aux caractéristiques du patient ;
 - e) mettre en oeuvre les différentes techniques de fermeture ;
 - f) contrôler la fermeture et le drainage et identifier les anomalies.

Annexe 2 : La chirurgie robotique

(1) L'assistant technique médical de chirurgie est habilité à exécuter les actes ci-dessous en chirurgie robotique :

En pré-opératoire :

- a) mise à disposition et branchement du robot pour l'intervention chirurgicale ;
- b) drapage stérile du robot et installation du robot auprès de la personne à opérer ;
- c) montage des dispositifs médicaux sur le robot.

En per-opératoire :

- a) aide à la mise en place des trocarts et des clips de ligatures ;
- b) aspiration ;
- c) sutures sous-cutanées et cutanées.

En post-opératoire :

- a) démontage des dispositifs médicaux placés sur le robot ;
- b) débranchement du robot.

(2) Sur ordre médical oral et sous surveillance du médecin responsable de l'intervention chirurgicale, l'assistant technique médical de chirurgie prépare, met en place, contrôle et surveille les dispositifs médicaux et il accompagne le robot destiné à réaliser l'intervention chirurgicale.

(3) L'assistant technique médical de chirurgie peut réaliser sous la responsabilité du médecin responsable de l'intervention chirurgicale, en dehors de la présence physique du médecin responsable de l'intervention chirurgicale, mais sur ordre oral et sous surveillance du médecin responsable de l'intervention chirurgicale, les actes énumérés ci-dessus.

(4) En cas d'absence physique du médecin responsable de l'intervention chirurgicale de la salle d'intervention, l'institution hospitalière, par le biais de sa Direction générale, doit garantir la présence physique d'un chirurgien au sein du bloc opératoire qui peut intervenir à tout moment en cas de besoin.

Annexe 3 : L'installation définitive du patient

Activités réalisées par L'ATM de chirurgie sous la direction et surveillance d'un médecin ou médecin-dentiste exécutant l'acte chirurgical et sous réserve que le chirurgien puisse intervenir à tout moment :

(1) Réalisation de l'installation définitive du patient en vue de l'intervention chirurgicale en fonction de la voie d'abord souhaitée :

- a) mise en posture chirurgicale :
 - installer le patient dans les délais et l'espace adaptés en fonction de la voie d'abord souhaitée ;
 - manipuler le patient en respectant les règles d'ergonomie.
- b) sécurisation de la posture :
 - stabiliser l'installation avec des appuis adaptés en fonction de la voie d'abord souhaitée et des caractéristiques du patient ;
 - identifier et protéger les points de compression et d'élongation.
- c) vérification de l'accessibilité au geste chirurgical.



REDAKTION

Gaby BONTEMPS
Redaktioun vun den Tounobnahmen

Martine WIRTH
Bearbechtung vum Dokument a Layout

Anne-Jutta NOBEN
Bearbechtung an Organisatioun



Däitsch Iwwersetzung



*Dëst Dokument déngt nëmmen der Informatioun am Beruffsalldag a kann nimmools als Bewäis bei juristesche Verhandlungen benotzt ginn.
D'ALATMC weist heimat all Haftbarkeet am Fall vun engem Konflikt vu sech.*