

## **DEPARTEMENT DE GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE**

### **CAHIER DES CHARGES DES MEDECINS-ASSISTANTS**

(Seront appelés par la suite "assistants" les Médecins-assistants des 2 sexes.)

#### **1. GENERALITES**

- 1.1. Sous cahier des charges - spécifique au Département de Gynécologie Obstétrique - est établi un complément du status des Médecins-assistants délivré par l'administration. Au même titre que ce dernier, il fait partie intégrante du contrat liant le Médecin-assistant à l'Hôpital.
- 1.2. L'assistant exerce son activité en fonction des règles contenues dans ce cahier des charges. A défaut sa responsabilité personnelle est engagée.
- 1.3. Dans le cadre de ses activités, l'assistant devra veiller à avoir une tenue vestimentaire correcte, être toujours net sur lui, avenant et toujours disponible au 1<sup>er</sup> appel de jour comme de nuit.

#### **2. RESPONSABILITES DE L'ASSISTANT**

- 2.1. L'assistant suit les directives de ses supérieurs pour toutes les mesures diagnostiques et thérapeutiques. La voie hiérarchique assistant - chef de clinique - Médecin-chef doit être respectée impérativement.
- 2.2. De manière générale, le degré de responsabilité de l'assistant dépend de son niveau de formation et de son expérience. Ces paramètres seront évalués régulièrement par le chef de clinique et le Médecin-chef du Département, qui dicteront le niveau d'autonomie attribué dans le cadre des consultations.
- 2.3. Le Médecin-assistant est tenu comme tous les médecins de l'Hôpital au secret professionnel, même avec les confrères non impliqués dans le traitement et surtout avec les caisses-maladies. Le papotage médical avec les assistants d'autres services concernant les cas "intéressants" ou les critiques de confrères est proscrit.

#### **3. ORGANISATION DU DEPARTEMENT**

- 3.1. Le Département est dirigé administrativement par le chef de Département. L'activité médicale est sous la responsabilité conjointe de 4 Médecins-chefs. La responsabilité médicale pour les urgences du service incombe au Médecin-chef responsable de la garde à qui tous les cas seront référés lors du rapport vespéral. Cette responsabilité pourra être déléguée au chef de clinique.
- 3.2. Un module de 3 assistants et un chef de clinique complète le staff médical. L'alternance jour/nuit - récupération fera l'objet d'une discussion démocratique et ouverte entre les assistants et selon le rythme choisi, le plan de garde sera établi par le chef de clinique.
- 3.3. Les jours ouvrables, un rapport journalier succinct a lieu à 07h15 au bloc obstétrical. Une remise de garde détaillée sera faite entre les assistants. Celui qui termine sa garde aura collecté les différents résultats, examens radiologiques nécessaires à la visite.

Chaque soir à 18 heures/19 heures (au plus tard), un rapport - compte rendu de tous les cas ambulatoires et hospitalisés, sera dirigé par le Médecin-chef de garde. La présence des assistants, stagiaires et du chef de clinique est obligatoire.

Ce rapport étant fait, un colloque spontané pouvant déborder sur tous les sujets de notre spécialité. Il en représente l'élément le plus important de l'enseignement postgradué. L'apport et la résolution des problèmes ne sont pas toujours équivalents pour chaque Médecin-chef. Pour l'assistant, ces différentes manières de faire sont un enrichissement qui devra l'amener à réfléchir et non à déjouer un patron contre un autre. Il pourra choisir sereinement une option thérapeutique ou diagnostique, du moment qu'elle est défendable.

Les week-ends et jours fériés, la transmission de la garde a lieu selon la convenance entre assistants.

- 3.4. L'assistant de garde doit rester en permanence à l'Hôpital, il est en tout temps disponible et atteignable sur son bip. Il assure la prise en charge de manière active et sans délai de toutes les patientes se présentant au CMCE ou en salle d'accouchement. A toute consultation téléphonique, il offrira la possibilité d'un examen médical, si la patiente désire se déplacer.
- 3.5. La nuit, il dispose d'une chambre de garde où il pourra dormir. Mais, pour toutes les entrées en salle d'accouchement, il se lèvera ainsi que pour l'accouchement, sauf exception, sur acceptation du Médecin-chef.
- 3.6. Le Département dispose d'un poste de remplaçant annuellement du 15.06 au 15.09. Les grandes vacances seront obligatoirement prises durant cette période et annoncées 6 mois à l'avance.

En cas d'absence pour maladie ou d'obligation militaire, le chef de clinique remplace l'assistant manquant.

#### **4. DIRECTIVES POUR LES PATIENTES HOSPITALISEES**

- 4.1. L'assistant effectue, pour chaque entrée, une anamnèse et un status détaillés. Ces éléments seront reportés dans le dossier médical à disposition. Cette charge peut être déléguée à un stagiaire qui sera alors supervisée.

Pour les examens complémentaires, les prescriptions en usage dans le service sont respectées. Les autres examens doivent être dûment motivés et avoir l'imprimatur du chef de clinique ou du Médecin-chef.

- 4.2. L'assistant effectue une visite quotidienne avec le chef de service responsable de la patiente ou seul, en cas d'empêchement de ce dernier.
- 4.3. L'assistant donne les ordres aux personnels infirmiers par écrit, de façon lisible, et les contresignent dans le Cardex.  
Il établit personnellement que les ordonnances et les certificats pour les patientes. Les stagiaires ne sont pas habilités à signer des ordonnances et à donner des ordres médicaux aux personnels infirmiers.
- 4.4. Selon instructions du Médecin-chef, l'assistant informera la patiente, sa famille et le médecin de famille sur les décisions majeures ou un transfert.

Le médecin adressant une patiente en consultation sera informé des mesures prises le jour même.

- 4.5. L'assistant est responsable de la bonne tenue des dossiers. L'évolution de la malade, de même que les mesures prises où tous faits importants y sont protocolés de manière lisible.
- 4.6. La lettre de sortie est la carte de visite de l'établissement et doit être parfaitement soignée, aussi brève que possible, mais contenant néanmoins tous les éléments importants nécessaires à la compréhension du cas.

La formulation type : Diagnostic principal / Diagnostic secondaire / Co-morbidités... suivront le modèle imposé par l'informatique de l'administration.

Les lettres de sortie seront dictées dès que la malade a quitté l'établissement, 3 jours ouvrables maximum après cette date, sauf en cas d'histologie ou d'examen manquants.

- 4.7. Les diagnostics et les interventions sont codés selon ICD-9, ICD-10 par l'assistant responsable de la lettre de sortie, et supervisés par le chef de clinique.

Il faut veiller à remplir toutes les positions possibles !.

- 4.8. Les rapports d'assurance sont remplis le plus rapidement possible. Ils doivent être succincts et purement objectifs. En aucun cas, la lettre de sortie ou le protocole opératoire ne sera transmis aux caisses-maladies ou aux assurances.

## **5. DIRECTIVES POUR LES PATIENTES AMBULATOIRES**

- 5.1. Toutes les patientes se présentant à la porte de l'hôpital seront impérativement vues dans les plus brefs délais. En cas de surcharge ou d'occupation impérieuse, mission sera donnée à une infirmière ou à une sage-femme d'annoncer "de visu", à la patiente, l'heure prévisible de la consultation.

Toutes les grossesses de 22 semaines accomplies seront prises en charge en salle d'accouchement, dans un premier temps par la sage-femme.

- 5.2. Pour toutes les patientes en ambulatoire, un dossier est établi, les éléments suivants doivent y figurer :

- Le nom de l'assistant, du médecin-traitant et du Médecin-chef de garde responsable du cas.
- La date, l'heure et le motif de la consultation avec une brève description des antécédents.
- Un status gynécologique complet.
- Un status général éventuel.
- Les examens complémentaires demandés et leurs résultats.
- Le diagnostic différentiel et le diagnostic retenu.
- Le traitement prescrit et l'éventuel arrêt de travail.

- 5.3 En cas de constat de viol. Suivre scrupuleusement la feuille d'ordre créée à cet effet. (Feuille et matériel entreposés au bloc obstétrical).

Faire appel à un témoin de sexe féminin pour l'examen gynécologique, si l'examineur est un homme.

- 5.4 En cas du moindre doute sur le diagnostic, les investigations ou le traitement, toujours en référer au chef de clinique les jours ouvrables, autrement au médecin responsable de la garde.

## **6. DIRECTIVES POUR LA SALLE D'OPERATION**

- 6.1 En principe, le chef de clinique participe à toutes les interventions. L'assistant qui est responsable à ce que le dossier de chaque patiente soit complet, veillera à ce qu'il soit disponible sur le Desk infirmier à l'étage, la veille de l'intervention. Il est invité à participer à l'intervention dans la mesure où la consultation ambulatoire obstétricale le permet. En cas d'absence du chef de clinique, il participe comme premier assistant et doit être en salle d'opération à 07h30.
- 6.2 Pour des raisons d'hygiène hospitalière, les tenues vertes sont réservées exclusivement aux activités ayant lieu dans l'enceinte du bloc opératoire et du bloc obstétrical.

## **7. DIRECTIVES POUR LE BLOC OBSTETRICAL**

- 7.1 L'activité au bloc obstétrical est particulier en ce sens qu'elle se fait en coopération étroite et en harmonie avec les sages-femmes qui sont partie prenante à la responsabilité médicale.
- 7.2 Toute parturiente entrant au bloc obstétrical est prise en charge par une sage-femme. Elle sera vue ensuite par l'assistant au plus tard dans l'heure qui suit, de jour comme de nuit.
- Les ordres médicaux seront donnés et signés sur le Cardex par l'assistant. Il sera toujours présent lors de l'expulsion. L'assistant effectuera des accouchements eutociques, d'entente avec la sage-femme responsable de la parturiente.
- 7.3 L'appel à l'anesthésiste pour les péridurales, pour l'annonce d'une césarienne non programmée est du ressort de l'assistant. Il devra le renseigner sur l'indication, le degré d'urgence et les autres facteurs importants.
- 7.4 Les pédiatres seront avertis, par l'assistant, de toutes les hospitalisations à risque d'accouchement prématuré.

## **8. TRANSFERT ET CONSILIUM**

- 8.1 Les transferts sont décidés et réglés par le Médecin-chef ou par le chef de clinique. Dans tous les cas, la lettre de transfert ronéotypée, concise, mais complète, est du ressort de l'assistant.

Aucun transfert d'un autre hôpital destiné à l'hôpital de Sion ne sera accepté par un assistant, sans en référer au Médecin-chef concerné.

- 8.2 Les consilium internes sont adressés au chef de clinique ou au Médecin-chef responsable de la garde.

Exceptionnellement (urgence de nuit, week-end), le cas peut être pris en charge dans un premier temps par l'assistant.

## **9. FORMATION POSTGRADUEE**

- 9.1 Le Médecin-assistant reçoit une formation pratique et théorique selon le catalogue de formation établi conformément à la réglementation en vigueur pour la formation FMH.
- 9.2 Chaque dernier jeudi du mois, un colloque à participation obligatoire sera donné par un Médecin-chef.
- 9.3 Le programme des colloques des autres services ainsi que la liste de tous les cours, colloques de la formation de la Société du Valais sont affichés dans le bureau des assistants.
- 9.4 Le choix des congrès ou cours bloc auxquels l'assistant désire participer sera toujours soumis au chef du Département. Le temps imparti pour cette formation extérieure est défini dans le status de l'assistant.
- 9.5 L'évaluation annuelle de l'établissement de formation postgraduée par les assistants est faite de manière libre et anonyme. Elle est coordonnée par le chef de clinique.
- 9.6 Un entretien d'évaluation de l'assistant a lieu deux fois par année par le chef du Département.

\*\*\* En cas de litige entre l'assistant et le corps médical, entre l'assistant et le personnel infirmier, c'est au chef du Département en premier lieu qu'il faudra s'adresser.

Sion, le 20 septembre 2001

**Docteur G. Gaudin**  
**Médecin-chef du Département de**  
**Gynécologie-Obstétrique**

Copie : M. F. Melly, Chef du personnel

**PLAN DE FORMATION POST-GRADUEE**  
**EN GYNECOLOGIE - OBSTETRIQUE**

**1.- Première année** : permet l'acquisition des bases de la spécialité : urgence, traitements stationnaires, surveillance de grossesses et accouchements, consultations en polyclinique.

**a) *Savoir* :**

Posséder les connaissances de base diagnostiques et thérapeutiques en gynécologie et obstétrique pour assurer la surveillance ambulatoire d'une grossesse normale ou pathologique et d'effectuer des contrôles gynécologiques de routine.

Connaître la prise en charge des urgences les plus fréquentes en gynécologie et obstétrique.

Etre capable de prescrire une contraception adéquate.

**b) *Savoir-faire* :**

Maîtriser les techniques des investigations et des interventions diagnostiques de routine et thérapeutiques courantes ( par exemple : biopsie, drainage d'abcès... pose d'IUD, pose de pessaire, pose du scalp CTG)

Posséder les compétences en matière d'examen clinique et de prise de mesures d'urgence.

Initiation à l'échographie obstétricale et gynécologique.

Maîtriser l'accouchement eutocique.

**c) *Savoir-être* :**

Savoir aborder les patientes et leur famille avec tact et établir un rapport de confiance entre patient et médecin.

Assumer la visite au lit du malade, reconnaître les situations à problèmes psycho-sociaux et psychosomatiques.

Avoir systématiquement recours au patron ou chef de clinique dans les situations particulières ( complications obstétricales, complications post-chirurgicales, situations de conflit... )

## **2.- Chef de clinique.**

### **a) *savoir* :**

Posséder les connaissances nécessaires en matière d'indication opératoires pour le choix de la technique opératoire la plus appropriée et de prévention, respectivement de traitement et des complications opératoires.

Etre capable d'être le tuteur des assistants tant dans l'enseignement de la spécialité que des gestes techniques de base.

### **b) *Savoir-faire* :**

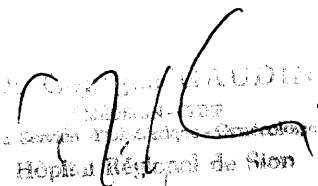
Maîtriser les techniques opératoire pour les interventions figurant au catalogue des exigences du programme de la SSGO pour l'obtention du titre FMH.

Pouvoir assumer seul la surveillance post opératoire, le diagnostic d'urgences thérapeutiques et le traitement des complications postopératoires.

### **c) *Savoir-être* :**

Etre en mesure de communiquer de façon adéquate avec les patients et leurs familles en tenant compte de l'environnement bio-psycho-social.

Connaître ses limites dans le diagnostic et le traitement permettant de faire appel à un spécialiste à temps.

  
Dr. Christophe WAUDIN  
N° 123456789  
au Service de Chirurgie Générale  
Hôpital Régional de Nion