

SGAR / SSAR

Schweizerische Gesellschaft für Anästhesiologie und Reanimation
Société Suisse d'anesthésiologie et de réanimation

Sekretariat : Postfach, 3000 Bern 25, Tel : 031 332 34 33, Fax 031 332 98 79
Website: www.sgar-ssar.ch, E-mail: barbara.buehlmann@bbscongress.ch

SSAR NORMES ET RECOMMANDATIONS 2002

GROUPE DE TRAVAIL :

Franz FREI, BÂLE : *franz.frei@ukbb.ch*

Thomas PASCH, ZURICH : *t.pasch@bluewin.ch*

Patrick RAVUSSIN, SION : *patrick.ravussin@rsv-gnw.ch (président)*

Thomas SCHNIDER, ST-GALL : *thomas.schnider@kssg.ch*

Alexandre SCHWEIZER, NEUCHÂTEL : *alexandre.schweizer@ne.ch*

Max WINTSCH, YVERDON : *max.wintsch@ehnv.ch*

TABLE DES MATIERES

I. INTRODUCTION

II. PERSONNEL

III. ASPECTS TECHNIQUES

IV. COMPORTEMENT ET ATTITUDE

V. LOCAUX

VI. CONCLUSION

VII. BIBLIOGRAPHIE

I. INTRODUCTION

1. La discipline et la pratique de l'anesthésiologie ont beaucoup évolué ces dix dernières années, ce qui a motivé la présente mise à jour des normes et recommandations de la SSAR de 1993.
2. Ces normes et recommandations représentent un ensemble de propositions qui visent à atteindre un niveau anesthésiologique défini en se fixant des buts raisonnables et réalistes et en les réactualisant régulièrement. Elles ont été élaborées par un groupe de travail (opinions d'experts). La version ainsi présentée a été acceptée par le Comité, a été soumise pour consultation à tous les membres et a été validée par l'Assemblée générale 2002 de la SSAR. Dans leur élaboration, il a été tenu compte des particularités spécifiques suisses.
3. L'anesthésiologie est une spécialité médicale à part entière. Un service d'anesthésiologie doit être indépendant et l'égal des autres services hospitaliers. Ses prestations dépendent, entre autre, de sa dotation en personnel. Son objectif principal est une prise en charge sécuritaire du patient, basée sur le contrôle et la garantie de la qualité.
4. Ces normes et recommandations visent à établir les conditions minimales pour une prise en charge périopératoire optimale, c'est-à-dire pré-, per- et postopératoire, en ce qui concerne les points suivants :
 - personnel
 - équipement
 - monitoring
 - comportement et attitude
 - locaux
5. **Le but de ces normes et recommandations est de :**
 - augmenter la sécurité de l'acte anesthésiologique,
 - obtenir une pratique anesthésique basée sur l'expérience collective,
 - promouvoir la notion d'assurance qualité,
 - assurer un personnel adéquat en nombre et en formation (FMH et ASI),
 - utiliser des appareils adéquats en nombre et en qualité,
 - permettre d'évaluer la performance d'un anesthésiste ou d'une institution,
 - permettre une aide en cas de procédure judiciaire,
 - souligner l'importance de la formation post-graduée et continue dans l'activité anesthésiologique,
 - permettre d'éviter des réglementations gouvernementales grâce à des recommandations émises par notre société faîtière.

6. Les normes et recommandations qui suivent sont valables pour tous les sites d'anesthésie dans et hors bloc opératoire. Par définition, un site d'anesthésie est un lieu où un patient bénéficie d'une anesthésie générale, loco-régionale, d'une surveillance monitorée (*monitored-anesthesia care*, MAC) ou d'un *stand-by* effectués sous la responsabilité d'un *médecin responsable spécialiste en anesthésiologie*.

7. Aspects de la qualité

Les aspects de la qualité qui concernent la démarche et les structures sont résumés dans le tableau ci-dessous ; ceux concernant le personnel sont traités au point II.

QUALITE DE LA DEMARCHE	QUALITE DES STRUCTURES
<p>Assurée par : Le service d'anesthésiologie, avec à sa tête un médecin-chef ou un médecin-cadre indépendant dans son activité avec un titre fédéral ou reconnu</p> <p>Elle repose sur :</p> <p>1. <i>L'organisation de la prise en charge du patient, soit :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • la visite pré-anesthésique • l'information donnée au patient et son consentement • des normes minimales de sécurité • la surveillance et les soins post-anesthésiques, y compris le contrôle de la douleur. • un accès au service des soins intensifs. <p>2. <i>l'infrastructure en personnel, qui repose sur :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • la prise de responsabilités • la collaboration entre médecins et personnel infirmier • les conventions de collaboration avec les autres spécialités et services (notion de confiance mutuelle dans la compétence professionnelle de chacun). 	<p>Assurée par : le support hospitalier existant le personnel du service d'anesthésiologie</p> <p>Elle repose sur :</p> <p>1. <i>Les locaux indispensables, soit :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • une consultation pré-anesthésique • un bloc opératoire • une zone de surveillance post-anesthésique <p>2. <i>Les exigences concernant le personnel (dotation) qui reposent sur :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • des principes de base de calcul • des modèles de solutions <p>3. <i>L'équipement en appareils</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • L'équipement doit correspondre aux normes minimales en vigueur <p>La possibilité de répondre à la demande dépend directement de la dotation en personnel et en équipement.</p>

8. Définitions

<i>Doit</i>	=	<i>obligatoire.</i>
<i>Devrait</i>	=	<i>vivement souhaité.</i>
<i>A disposition</i>	=	<i>doit ou devrait exister à proximité du site anesthésique.</i>
<i>MAC (monitored-anesthesia care)</i>	=	<i>surveillance lors d'actes chirurgicaux ou diagnostics, avec ou sans anesthésie locale administrée par l'opérateur, avec ou sans sédation/analésie.</i>
<i>Stand-by</i>	=	<i>disponibilité anesthésique lors d'un acte chirurgical sans que la présence sur le site anesthésique soit obligatoire, par exemple lors d'un accouchement à risque.</i>
<i>Médecin responsable spécialiste en anesthésiologie</i>	=	<i>médecin-anesthésiste au bénéfice d'une formation post-graduée reconnue et sanctionnée par un titre fédéral de spécialiste ou reconnu comme tel. Ce médecin-anesthésiste est astreint à une formation continue.</i>
<i>Médecin-anesthésiste en formation</i>	=	<i>médecin en formation dans le domaine de l'anesthésiologie ou dans une autre discipline, qui travaille selon le principe de la délégation des tâches par le médecin responsable spécialiste en anesthésiologie.</i>
<i>Médecin-anesthésiste responsable de l'acte anesthésique</i>	=	<i>médecin responsable spécialiste en anesthésiologie ou médecin-anesthésiste en formation qui agit par délégation.</i>

II. PERSONNEL D'UN SERVICE D'ANESTHESIOLOGIE

1. Un acte anesthésique est un acte médical placé sous la responsabilité d'un *médecin responsable spécialiste en anesthésiologie*.
2. Le *médecin-anesthésiste en formation* se voit confier par délégation des responsabilités médicales en fonction de ses compétences et de son niveau de formation post-graduée. Cette délégation est de la responsabilité du *médecin responsable spécialiste en anesthésiologie*.
3. Le *médecin-anesthésiste responsable de l'acte anesthésique* est présent dans l'hôpital pendant toute la durée de l'acte. Il peut déléguer, en partie ou en totalité, la conduite de l'acte anesthésique à un collaborateur qui agit sous sa responsabilité (cf. point II, alinéas 2, 5 et 6).

4. Par délégation des tâches, le *médecin responsable spécialiste en anesthésiologie* peut superviser plusieurs salles d'opération, en s'appuyant sur les compétences et le niveau de formation post-graduée de ses collaborateurs. Dans ce cas, il doit être immédiatement libérable pour intervenir sur les sites d'anesthésie qu'il supervise. Le *médecin responsable spécialiste en anesthésiologie* (étant lui-même dans ou hors bloc opératoire) peut également déléguer sa responsabilité à un *médecin-anesthésiste en formation*. Lorsque le *médecin responsable spécialiste en anesthésiologie* n'est pas sur place, il doit être atteignable dans un délai raisonnable afin d'intervenir en cas de besoin.
5. Pour certains temps anesthésiques (induction, réveil, etc.), le *médecin-anesthésiste en formation* doit, et le *médecin responsable spécialiste en anesthésiologie* devrait, pouvoir se faire aider par du personnel formé spécialement ou en formation (personnel infirmier anesthésique, *médecins-anesthésistes en formation*, *médecins responsables spécialistes en anesthésiologie*). Au minimum, une personne non qualifiée en anesthésiologie, mais connaissant cependant l'équipement et les locaux, doit être présente pour assister le *médecin responsable spécialiste en anesthésiologie* lors de l'induction, du réveil, ou en cas de complication.
6. Le personnel infirmier anesthésique bénéficie d'une formation sanctionnée par un examen. Il travaille en équipe avec le *médecin-anesthésiste responsable de l'acte anesthésique*. La nature de ce travail tient à la fois de l'exécution de prescriptions médicales et de la réalisation de tâches clairement précisées (profil professionnel: <http://www.siga-fsia.ch/deutsch/pflege/berufsbi.htm>, règlement et programme de formation post-diplôme : <http://www.siga-fsia.ch/deutsch/pflege/bestimmungen.htm>) qui lui sont confiées en fonction de sa compétence propre. L'intervention de l'un ou de l'autre varie selon l'importance des actes d'anesthésie et de chirurgie. Le personnel infirmier anesthésique peut, en présence du *médecin-anesthésiste responsable de l'acte anesthésique*, procéder à l'induction et au réveil d'une anesthésie générale selon sa prescription ou le protocole établi et se voir confier la surveillance du patient au cours de l'anesthésie. Ce médecin doit être immédiatement informé de la survenue de toute anomalie et être présent dans l'hôpital.

Face à une urgence extrême et vitale, le personnel infirmier anesthésique est tenu de mettre en oeuvre, sans attendre, les gestes d'urgence et de survie relevant de sa compétence. Chaque service d'anesthésiologie devrait établir des protocoles couvrant ces situations.

Le personnel infirmier anesthésique est placée sous l'autorité médicale directe du *médecin-anesthésiste responsable de l'acte anesthésique*, sauf en cas d'urgence extrême et vitale (cf. paragraphe précédent). En revanche la hiérarchie administrative dont dépend le personnel infirmier anesthésique peut différer selon les établissements.

7. Le personnel infirmier chargé de la surveillance et des soins post-anesthésiques est, de par sa formation, apte à reconnaître les signes et stades d'un réveil post-anesthésique et à prendre sans délai les mesures adéquates en cas de problème. La responsabilité médicale de ce personnel incombe à un *médecin responsable spécialiste en anesthésiologie*. La décision de la fin de la surveillance et des soins post-anesthésiques relèvent de la compétence du

médecin-anesthésiste responsable de l'acte anesthésique. Il sera tenu compte des conditions propres à l'Institution et des prescriptions spécifiques chirurgicales.

8. Activité anesthésiologique

Pour un médecin responsable spécialiste en anesthésiologie, environ 50% du temps professionnel est passé en salle d'opération. Le temps restant est consacré à l'évaluation préopératoire et au suivi post-opératoire des patients, à la formation continue, aux tâches administratives et d'enseignement. Pour le chef de service et les médecins responsables spécialistes en anesthésiologie qui ont des tâches particulières (gestion, enseignement, etc.), l'engagement clinique en salle d'opération peut être restreint.

La programmation opératoire doit impérativement tenir compte des disponibilités du service d'anesthésiologie en moyens matériels et en personnel (nombre et qualité selon la lourdeur des cas).

Selon les caractéristique de chaque établissement et l'importance de l'activité de garde, il est impératif de prévoir un temps de récupération après les gardes.

La dotation en personnel doit être adaptée au nombre et à la lourdeur des prestations à effectuer (neurochirurgie, chirurgie cardiaque, pédiatrique, orthopédique et traumatologique, analgésie obstétricale, antalgie aiguë, lieux de travail dispersés, activité d'urgence, activité en soins intensifs, activité dans le domaine pré-hospitalier et en clinique de la douleur, mandats administratifs et de gestion, etc.).

III. ASPECTS TECHNIQUES

1. Appareil d'anesthésie (http://www.sgar-ssar.ch/spital_f/spital_f.ch)

L'appareil d'anesthésie doit permettre l'administration d'oxygène et d'air (additionnés ou non d'agents anesthésiques par inhalation et/ou de protoxyde d'azote). Il doit permettre la ventilation spontanée ou manuelle et, le cas échéant, être équipé d'un ventilateur. Il devrait être équipé d'un système antipollution.

Pour l'utilisation d'un agent anesthésique halogéné, le vaporisateur doit avoir une précision de +/- 20% et doit être muni d'une clé de remplissage

Les appareils d'anesthésie utilisés doivent être homologués et révisés régulièrement selon les prescriptions du constructeur.

L'appareil d'anesthésie doit comporter au minimum les éléments suivants :

- des manomètres indiquant en permanence la pression des gaz d'alimentation
- une alarme de défaut d'oxygène
- un dispositif de coupure automatique du protoxyde d'azote (asservissement du débit de N₂O à celui d'O₂)

- des débitmètres garantissant une $FiO_2 > 0,21$
- un by-pass d'oxygène à haut débit.

Parmi les dispositifs de surveillance de l'appareil, il y a les manomètres et une alarme de débranchement et de basse pression des gaz d'alimentation.

Chaque appareil utilisé doit être vérifié une fois par jour en se référant à une check-list propre à chaque service et à chaque appareil. La vérification est répétée de façon partielle entre deux interventions si une partie du matériel est changée ou si une autre équipe anesthésique prend le relais. Pour chaque appareil doit exister un calendrier de vérification périodique par un technicien (cf. l'Ordonnance de 1996 sur les dispositifs médicaux (ODIM) du Conseil fédéral).

2. Boîte d'intubation

Du matériel pour une intubation difficile doit être à disposition dans le bloc opératoire. Un fibroscope devrait être à disposition.

3. Aspiration

Un appareil permettant l'aspiration des sécrétions doit être présent sur chaque site d'anesthésie

4. Monitoring

- *Oxygénation*: oxymètre de pouls et fraction inspirée en oxygène (chez le patient en anesthésie générale) (doit); gazométries artérielles obtenables rapidement et fraction inspirée et expirée des agents par inhalation (devrait).
- *Ventilation*: Capnographe chez le patient en anesthésie générale (doit). Alarme de déconnexion et d'occlusion et spiromètre en cas de ventilation mécanique (doit).
- *Circulation*: ECG et monitoring non invasif de la pression artérielle (doit); le monitoring invasif de la pression artérielle et de la pression veineuse centrale doit être à disposition dans le bloc opératoire pour les patients instables et/ou pour les interventions lourdes programmées.
- *Curarisation*: stimulateur de nerf périphérique (TOF) (devrait).
- *Température*: thermomètre chez l'enfant et dans les interventions lourdes et/ou longues (devrait).

La surveillance clinique n'est pas mentionnée ici, elle va évidemment de soi.

5. Voies veineuses; étiquetage

Tout patient anesthésié devrait avoir une voie veineuse; toutes les seringues doivent être étiquetées.

6. Défibrillateur

Un défibrillateur doit (et un pacemaker externe devrait) être présents près de chaque site d'anesthésie et être contrôlé régulièrement.

7. Dossier anesthésique

Le dossier anesthésique inclut l'évaluation préopératoire avec information au patient et son consentement (cf. recommandations de la SSAR pour le consentement éclairé du patient : http://www.sgar-ssar.ch/spital_f/spital_f.htm), la feuille d'anesthésie et la feuille d'ordre postopératoire. Il doit être présent avec le patient.

8. Appareils permettant de réchauffer ou de conserver la chaleur du patient

Afin d'éviter toute baisse non désirée de la température corporelle, un appareil pour réchauffer le patient devrait être à disposition.

IV. COMPORTEMENT ET ATTITUDE

Le comportement (ou savoir-être) du médecin-anesthésiste doit être irréprochable vis-à-vis du patient, de ses collègues, et du personnel paramédical selon les règles de déontologie médicale.

V. LOCAUX

Chaque site d'anesthésie doit inclure un certain nombre de critères :

- **Accessibilité** : accessible en position horizontale.
- **Equipement** : source d'oxygène, aspiration, monitoring, possibilité de ventilation assistée manuelle (éventuellement mécanique), matériel (y compris défibrillateur) et médicaments d'urgence à disposition, moyens de communication à disposition.

Les sites d'anesthésie doivent être inclus dans des locaux conformes du point de vue surface et renouvellement de l'air. La surveillance et les soins post-anesthésiques, placée sous la responsabilité du service d'anesthésiologie, devraient avoir lieu à proximité des sites d'anesthésie.

VI. CONCLUSION

Ces normes et recommandations sont là pour déterminer des façons de se comporter et d'utiliser le personnel et le matériel de manière à diminuer la fréquence et la gravité des accidents. Ces normes et recommandations doivent être distribuées largement au sein de la discipline.

VII. BIBLIOGRAPHIE

1. Norme Suisse SN EN 740 :Systèmes d'anesthésie et leurs modules - Règles particulières (1999).
2. Ordonnance sur les dispositifs médicaux (ODIM) du 24 janvier 1996. Conseil Fédéral Suisse.
3. Entschliessungen, Empfehlungen, Vereinbarungen, Leitlinien, 3. Aufl., H.W. Opderbecke und W. Weissauer (Hrsg.). Aktiv Druck & Verlag GmbH, Ebelsbach 1999. ISBN 3-932653-04-1.
4. International standards for a safe practice of anaesthesia. The international task force on anaesthesia safety (adopted by the WFSA 13 June 1992). Eur J Anaesthesiol; 10 (Suppl 7): 12-15, 1993.
5. European board of anaesthesiology training guidelines, chapter 2.1.5. Published May 1996, facilitated by BJA
6. SSAR : normes et recommandations, juin 1993.
7. Recommandations de la SSAR pour le consentement éclairé du patient, 2000.
8. Standards for basic anesthetic monitoring, ASA 1998.
9. Guidelines for ambulatory anesthesia and surgery, ASA 1998.
10. Guidelines for non-operating room and anesthetizing locations, ASA 1994.
11. Guidelines for office based anesthesia, ASA 1999.
12. Position on monitored anesthesia care, ASA, 1998.
13. Practice advisory for preanesthesia evaluation. A report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Preanesthetic Evaluation. Anesthesiology; 96: 485-96, 2002.
14. Practice guidelines for postanesthetic care. A report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Postanesthetic Care. Anesthesiology; 96: 742-52, 2002.
15. Check-list for anaesthetic apparatus, published by the AAGBI, 1997
16. Guidelines for obstetric anaesthesia services, published by AAGBI, 1997
17. The anesthesia team, published by the AAGBI, 1998.
18. Recommendations for standards of monitoring during anesthesia and recovery, published by AAGBI, 2000.
19. Information and consent for anesthesia, published by AAGBI, 1999.
20. Recommandations concernant la pratique de l'analgésie obstétricale, SFAR 1992.
21. Recommandations concernant l'appareil d'anesthésie et sa vérification avant l'utilisation, SFAR 1994.
22. Recommandations concernant les transports médicalisés intrahospitaliers, SFAR 1994.
23. Recommandations concernant le rôle de l'infirmier-anesthésiste diplômé d'Etat, SFAR, 1995.
24. Recommandations concernant l'équipement d'un site ou d'un ensemble de sites d'anesthésie, SFAR 1995.

25. Recommandations concernant l'anesthésie du patient ambulatoire, SFAR 1990, 1994.
26. Recommandations concernant la surveillance et les soins post-anesthésiques, SFAR 1990, 1994.
27. Recommandations concernant la surveillance des patients en cours d'anesthésie, SFAR 1989, 1994.
28. Recommandations concernant l'hygiène en anesthésie, SFAR 1997.
29. La consultation en anesthésie et la visite pré-anesthésique, SFAR 1997.
30. Réflexions sur l'information et le consentement du patient en anesthésie-réanimation, SFAR 1996.
31. Arrêté du 3 octobre 1995 relatif aux modalités d'utilisation et de contrôle des matériels et dispositifs médicaux assurant les fonctions et actes cités aux articles D.712-43 et D.712-47 du Code de la Santé publique (France).
32. Une aide à la lecture pour l'Arrêté du 3 octobre 1995 relatif aux modalités d'utilisation et de contrôle des matériels et dispositifs médicaux assurant les fonctions et actes cités aux articles D.712-43 et D.712-47 du Code de la Santé publique, SFAR 1997.
33. Décret N°94-1050 du 5 décembre 1994 relatif aux conditions techniques de fonctionnement des établissements de santé en ce qui concerne la pratique de l'anesthésie et modifiant le Code de la Santé publique (France).

Note : Ces références peuvent être trouvées sur les sites suivants :

<http://www.sfar.org>

<http://www.aagbi.org>

<http://www.snv.ch>

<http://www.ASAhq.org>

<http://www.dgai-nuernberg.de>

<http://www.sgar-ssar.c>

http://www.admin.ch/ch/d/sr/c819_124.html

Les présentes normes et recommandations ont été approuvées en Assemblée générale du 16 novembre 2002. Elles remplacent toutes les versions antérieures.