

Recommandations et standards pour l'analgo-sédation administrée par un non-anesthésiste

Prof. Dr méd. Marco Zalunardo, Dr méd. Sebastian Krayer, Dr méd. Thomas Brunner, Prof. Dr méd. Bernhard Walder (SSAR); Prof. Dr méd. Peter Bauerfeind, Dr méd. Stefan Hartmeier (SSG); Prof. Dr méd. Peter Ammann, Dr méd. Daniel Weilenmann (SSC); Prof. Dr méd. A. Ludwig Jacob (SSVIR); Dr méd. Daniel Franzen (SSP)

Ce document de consensus a été élaboré conjointement par la Société Suisse d'Anesthésiologie et de Réanimation (SSAR), la Société Suisse de Gastro-entérologie (SSG), la Société Suisse de Cardiologie (SSC), la Société Suisse de Radiologie Vasculaire et Interventionnelle (SSVIR) et la Société Suisse de Pneumologie (SSP).

Les articles de la rubrique «Recommandations» ne reflètent pas forcément l'opinion de la rédaction. Les contenus relèvent de la responsabilité rédactionnelle de la société de discipline médicale ou du groupe de travail signataire.

Introduction

De nombreuses interventions diagnostiques et thérapeutiques mini-invasives se pratiquent sous sédation ou analgésie pour alléger la douleur et le stress du patient, afin de le placer dans de bonnes dispositions et de permettre à l'intervenant de travailler dans les meilleures conditions possibles. Toutes les analgo-sédations ne pouvant être prises en charge par un spécialiste en anesthésiologie, la Société suisse d'anesthésiologie et de réanimation a élaboré conjointement avec des représentants légitimés des sociétés de discipline précitées un consensus établissant des recommandations et standards contraignants pour l'administration de l'analgo-sédation par un non-anesthésiste.

Au-delà du respect des exigences médicales et structurelles qui sont nécessaires, il est fondamental d'opérer une bonne sélection des patients. Le risque d'incident est avant tout lié à la méconnaissance des facteurs de risque propres au patient et seulement secondairement à une analgo-sédation trop profonde. La vie du patient pouvant cependant être mise en danger à tout moment, il faut prendre dans tous les cas des mesures suffisantes pour identifier une atteinte cardiopulmonaire ou une sédation trop profonde ainsi que pour répondre à la survenue d'une complication.

Les mêmes standards et recommandations s'appliquent en principe à l'utilisation pratique de l'analgo-sédation

par des non-anesthésistes en cabinet et à l'hôpital, le milieu hospitalier permettant pour sa part de s'accorder avec le service d'anesthésie interne.

Conditions requises

- L'analgo-sédation administrée par un non-anesthésiste chez le patient ambulatoire au cabinet se limite à une profondeur de sédation programmée légère à modérée (= stade I–II, voir ci-dessous).
- Les procédures d'analgo-sédation en milieu hospitalier doivent être discutées et en accord avec les responsables du service d'anesthésie
- L'équipe intervenante est capable d'identifier et de traiter de manière adéquate des complications telles qu'une sédation trop profonde, une hypercapnie, une hypoxie ou une dépression de la fonction cardiaque chez le patient.
- En pratique clinique, les exigences de qualité structurelles et médicales doivent être pondérées en fonction de leur priorité et de leurs conséquences.

Nous utilisons les termes ci-après dans le texte qui suit:

- «doit» = standard exigé (= exigence minimale)
- «devrait» = recommandé et vivement conseillé, en fonction des comorbidités du patient et du genre d'intervention
- «à disposition» = à proximité de la place de travail, accessible et fonctionnel dans un délai raisonnable

Stades de sédation

La profondeur de la sédation correspond à un continuum allant de la sédation modérée chez un patient encore réveillable (stade II) à la sédation profonde avec perte de conscience du patient (stade III) et absence du réflexe de protection, et au passage à l'anesthésie générale (stade IV) avec absence de respiration spontanée (tab. 1).

Afin de faciliter la lecture, la forme masculine est utilisée. Il va de soi que la forme au féminin en fait partie. En cas de divergence: le texte allemand est la version de référence.

Evaluation du risque

Les risques d'une analgo-sédation dépendent du degré de sédation et des comorbidités pertinentes du patient. Il est donc essentiel d'identifier les facteurs de risque favorisant la survenue d'un incident durant l'analgo-sédation. Une évaluation préalable du risque propre au patient s'appuyant sur l'étude du dossier, le recueil de l'anamnèse et un examen physique ciblé (paramètres vitaux) doit être réalisée et documentée.

Facteurs de risque

L'analgo-sédation est associée à un risque accru d'incidents chez les patients ayant les comorbidités suivantes:

- autres maladies ayant nécessité une hospitalisation;
- maladie coronarienne avec angor;
- pneumopathie significative, oxygène longue durée ou saturation O₂ <90% à l'air ambiant;
- insuffisance cardiaque avec orthopnée;
- obésité (IMC >35 kg/m²);
- contre-indications à l'administration des sédatifs ou analgésiques correspondants.

Un questionnaire à remplir par le patient peut renseigner sur la présence de tels facteurs de risque (voir annexe).

L'examen préalable doit de plus intégrer les facteurs de risque suivants en fonction de l'intervention programmée et de la méthode d'analgo-sédation:

- âge avancé (réduction des réserves organiques);
- déficits neuro-psychiatriques (coopération et communication);
- affections neuromusculaires;
- anomalie ou pathologie crânio-faciale (voies aériennes difficiles);
- risque d'aspiration élevé (p.ex. iléus);
- syndrome d'apnée du sommeil sévère;
- grossesse.

En cas de risque accru par rapport à ce qui est prévu, celle-ci doit être effectuée sous la responsabilité du service d'anesthésie

Jeûne

Tous les patients devant subir une intervention avec analgo-sédation doivent être à jeun pour prévenir le risque d'aspiration (6 heures pour les solides et 2 heures pour les liquides clairs).

Qualité de structure

Locaux

L'agencement et l'équipement de la place de travail doivent être adaptés aux nécessités du patient et du médecin intervenant (éclairage, monitoring, matériel, moyens de communication pour solliciter une aide) et permettre également d'effectuer une réanimation.

Un plan d'évacuation vers une institution médicale doit être prévu pour assurer la suite de la prise en charge des situations d'urgence.

Exigence en matériel d'anesthésie et équipement technique

«Doit»:

- pulsoxymètre
- accès veineux
- apport d'oxygène (centralisé ou au moyen d'une bouteille d'oxygène)
- système de ventilation manuel avec raccord et réservoir d'oxygène
- système d'aspiration
- matériel d'intubation
- pression non invasive

«Devrait»:

- ECG

«A disposition»:

- défibrillateur
- médicaments de réanimation

Un monitoring complémentaire tel que la capnographie peut faciliter la détection d'une dépression ventilatoire ou d'une apnée, et être utile au cas par cas. Tous

Tableau 1: Stades de sédation.

Stade [6]	Etat de conscience	Réaction à la stimulation	Respiration spontanée	Réflexe de protection	Circulation	Intervention
I Sédation minimale	Réveillé	Réaction normale à l'appel	Non altérée	Non altéré	Non altérée	Généralement aucune
II Sédation modérée	Somnolent	Réveillable, phase de réveil avec réactions normales à l'appel et stimulation tactile	Suffisante, adéquate	Non altéré	Généralement non altérée	Généralement aucune
III Sédation profonde	Stuporeux	Non réveillable, réaction dirigée à la stimulation douloureuse	Altérations escomptées	Des altérations sont escomptées	Généralement non altérée	Contrôle de voies aériennes/ ventilation peut être nécessaire
IV Anesthésie générale	Inconscient	Absent ou non dirigé	Insuffisante ou absente	Aboli	Généralement altérée	Protection des voies aériennes

les appareils doivent faire l'objet d'une maintenance régulière et leur fonctionnement contrôlé. Le stock de médicaments doit être contrôlé régulièrement quant à son intégralité et aux dates de péremption.

Personnel et compétence

- L'analgosédation tout comme la surveillance post-interventionnelle et le retour du contrôle des fonctions vitales est de la responsabilité du médecin prescripteur.
- Le médecin intervenant ne peut maîtriser simultanément l'intervention et l'analgo-sédation.
- Une personne spécialisée et qualifiée doit être dédiée à l'administration des sédatifs et analgésiques ainsi qu'à la surveillance du patient.
- Une autre personne qui connaît bien les lieux et la procédure doit pouvoir être jointe immédiatement et disponible rapidement pour apporter son assistance en cas de problèmes cardiopulmonaires du patient ou lorsque l'intervention présente des difficultés.
- Un membre de l'équipe chargée du traitement doit être en mesure de contrôler les voies aériennes et si besoin de ventiler.

Qualité de processus

- Une analgo-sédation devrait se dérouler selon un objectif déterminé de stade de sédation.
- Seuls les médicaments et procédures connus du personnel intervenant devraient être utilisés pour la pratique de l'analgo-sédation au sein de l'institution.
- Une information doit être donnée sur l'analgo-sédation.
- Le contrôle des voies aériennes et la restauration des fonctions vitales doivent être assurés à tout moment. Un algorithme d'urgence est disponible et connu.
- Tous les patients reçoivent un apport d'oxygène supplémentaire.
- Documentation des médicaments administrés (heure et dose), début et fin des actes et tenue d'un protocole des constantes vitales mesurées à intervalle de dix minutes au moins.
- Possibilité d'une surveillance après une analgo-sédation, ainsi que d'une prise en charge antalgique.
- Définition de critères de décharge chez le patient ambulatoire.

Information et consentement du patient

- Une information sur les mesures prévues y compris l'analgo-sédation ainsi que les risques associés doit être documentée par écrit sur papier ou sous forme électronique.
- Les patients ambulatoires devraient être invités à respecter certaines règles de conduite pendant un délai raisonnable et s'abstenir par exemple d'utiliser des machines, de prendre une part active à la circulation ou de conclure un contrat.

Médicaments

- Le choix des médicaments est sous la compétence et la responsabilité du médecin intervenant.
- Des médicaments si possible de courte durée d'action et facilement maniables devraient être utilisés.

Surveillance post-intervention

La phase de récupération du patient doit se faire dans une salle appropriée avec monitoring (au minimum pulsoxymétrie).

Critères de décharge

- Le patient ne peut sortir que si ses fonctions vitales sont stables et qu'il se sent bien.
- Le médecin intervenant décide du moment de la sortie.
- Le patient devrait être raccompagné lors de son retour à domicile.
- Information du patient sur les complications susceptibles de survenir, en lui indiquant des coordonnées de contact. Ces informations doivent être remises par écrit.

Formation

- Les sociétés de discipline définissent un concept de formation pour la réalisation de l'analgo-sédation à l'intention des médecins et du personnel d'assistance de leur domaine.
- Les conditions cadres et les objectifs de la formation sont définis en collaboration avec la SSAR.
- La SSAR apporte son soutien aux sociétés de discipline pour la formation du personnel.
- Les médecins et le personnel d'assistance doivent suivre un entraînement périodique aux mesures d'analgo-sédation et de réanimation.

Disclosure statement

Les auteurs n'ont déclaré aucun lien financier ou personnel en rapport avec cet article.

Références

- 1 Analgo-sédation: recommandations et standards de la Société suisse d'anesthésiologie et de réanimation, 2012. www.sgar-ssar.ch
- 2 Analgosedierung für diagnostische und therapeutische Massnahmen bei Erwachsenen. Entschliessung der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin und des Berufsverbandes Deutscher Anästhesisten. *Anästh Intensivmed.* 2010;51:598–602.
- 3 Riphhaus A, Bitter H. S3-Leitlinie Sedierung in der gastrointestinales Endoskopie: Kurzfassung apparativer, personeller und struktureller Voraussetzungen und juristische Implikationen bei der Umsetzung. *Z Gastroenterol.* 2012;50:407–10.
- 4 Dumonceau J-M, et al. European Curriculum for Sedation Training in Gastrointestinal Endoscopy: Position Statement of the European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) and European Society of Gastroenterology and Endoscopy Nurses and Associates (ESGENA). *Endoscopy.* 2013;45:496–504.
- 5 Dumonceau JM, et al. European Society of Gastrointestinal Endoscopy, European Society of Gastroenterology and Endoscopy Nurses and Associates, and the European Society of Anesthesiology guideline: non-anesthesiologist administration of propofol for GI endoscopy. *Endoscopy.* 2010;42:960–74.
- 6 Continuum of depth of sedation: Definition of general anesthesia and levels of sedation/analgesia. Committee of Origin: Quality Management and Departmental Administration (Approved by the ASA House of Delegates on October 27, 2004, and amended on October 21, 2009). http://www.houstonanesthesiaconsultants.com/http://www.houstonanesthesiaconsultants.com/Patient_Page_files/ASA%20Standards.pdf

Parallèlement à ces recommandations, l'article suivant paraît dans le Bulletin des médecins suisses:

Zalunardo M, Kraye S, Walder B, Brunner T, Bauerfeind P, Hartmeier S, et al. La genèse d'une collaboration multidisciplinaire fructueuse: «Comment surmonter ses réticences et autres obstacles». *Bull. med. suisses.* 2016;97(45).

Annexe: Exemple de questionnaire à remplir par le patient**Questionnaire de santé avant un examen interventionnel sous analgo-sédation**

1. En dehors du problème actuel, souffrez-vous d'une maladie ayant nécessité un séjour à l'hôpital? Si oui laquelle? Oui Non
2. Lors d'un effort, êtes-vous plus essoufflé que les personnes de votre âge? Oui Non
3. Souffrez-vous d'une douleur à la poitrine lors d'un effort? Oui Non
4. Vous est-il difficile de rester complètement allongé pendant 30 minutes pour cause de douleurs ou de gêne respiratoire par exemple? Oui Non
5. Souffrez-vous d'allergies? (en particulier aux œufs ou au soja?) Si oui lesquelles? Oui Non
6. Prenez-vous des médicaments pour fluidifier le sang (anticoagulants)? Oui Non
7. Quel est votre poids? = _____ Votre taille? = _____

Date: _____

Signature: _____

Correspondance:
Prof. Dr méd. Marco Piero
Zalunardo
Schweizerische Gesellschaft
für Anästhesiologie und
Reanimation, Universitätss-
pital Zürich
Rämistrasse 100
CH-8091 Zürich
[marco.zalunardo\[at\]jusz.ch](mailto:marco.zalunardo[at]jusz.ch)