Anesthésie en milieu extra-hospitalier:

Avez-vous un bon filet de sécurité?

Daniel Chartrand MD PhD FRCPC

Comité pour la sécurité des soins aux patients, FMSQ

Divulgation

- Aucun conflit d'intérêt financier mais…

- Président, Groupe Vigilance pour la sécurité des soins, Ministère de la santé et des services sociaux du Québec
- Président, Comité pour la sécurité des patients, SCA
- Membre, Comité pour la sécurité péri-opératoire, Association canadienne de normalisation (CSA/ISO)
- Membre de groupes d'experts, Agrément Canada
- Membre, groupe d'experts, ISMP (Canada)
- Membre, Comité scientifique, Réseau RISQ+H (CIRANO)
- Evaluateur/expert, Collège des médecins du Québec
- Directeur, Programme d'assurance qualité, Département d'anesthésie, Université McGill

OBJECTIFS

- A la fin de cet atelier, les participants pourront répondre aux questions suivantes:
  - 1- Quelles sont les «normes» pour les cliniques indépendantes?
  - 2- Quels sont les risques additionnels dans les milieux extra-hospitaliers?
  - 3- Que faire en cas d'urgence?

Quelles sont les «normes»?

- Collège des médecins du Québec (CMQ)
- Société canadienne des anesthésiologistes (SCA)
- Association canadienne de normalisation (CSA)
- Agrément Canada (AC)
- Conseil québécois d'agrément (CQA)
- LSSSS (Québec)…

Que voudrions-nous pour:

- Mère / Père
- Conjoint(e) / Enfants
- Famille élargie / Amis
- Lise Jolicoeur… ;-)

Qui sommes-nous?

- Propriétaire / Gestionnaire
- Directeur médical
- Clinicien travaillant sur base régulière
- … sur base occasionnelle
- … sur base sporadique
- Clinicien qui songe y travailler un jour…
- Experte ACPM / « Avocat du diable »…

Can J Anesth/J Can Anesth (2014) 61:46–71
DOI 10.1007/s12630-013-0074-9

SPECIAL ARTICLE

Guidelines to the Practice of Anesthesia - Revised Edition 2014

Richard Merchant, MD · Daniel Chartrand, MD · Steven Dain, MD · Gregory Dobson, MD · Matt M. Kurrek, MD · Annie Lagacé, MD · Shean Stacey, MD · Barton Thiessen, MD

Published online: 3 January 2014
© Canadian Anesthesiologists' Society 2013

Overview *The Guidelines to the Practice of Anesthesia Revised Edition 2014 (the guidelines) were prepared by the Canadian Anesthesiologists' Society (CAS), which reserves the right to determine their publication and distribution. Because the guidelines are subject to revision, updated versions are published annually. The Guidelines to the Practice of Anesthesia Revised Edition 2014 supersedes all previously published versions of this document. Although the CAS encourages Canadian anesthesiologists to adhere to its practice guidelines to ensure high-quality patient care, the society cannot guarantee any specific patient outcome. Each anesthesiologist should exercise his or her own professional judgement in determining the proper course of action for any patient's circumstances. The CAS*

anesthetic services, this document is reviewed annually and revised periodically.

The following recommendations are aimed at providing basic guidelines to anesthetic practice. They are intended to provide a framework for reasonable and acceptable patient care and should be so interpreted, allowing for some degree of flexibility in different circumstances. Each section of these guidelines is subject to revision as warranted by the evolution of technology and practice.

Basic Principles

In this document, the term anesthesiologist is used to

L'organisation des lieux et la gestion des dossiers médicaux en milieu extrahospitalier

et autres obligations connexes prévues par le *Règlement sur les dossiers, les lieux d'exercice et la cessation d'exercice d'un médecin*

Guide d'exercice

du Collège des médecins du Québec

AVRIL 2013

COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC

Procédures et interventions en milieu extrahospitalier

Guide d'exercice

du Collège des médecins du Québec

AOÛT 2011

COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC

L'évaluation de l'acte médical

Guide d'exercice

du Collège des médecins du Québec

Utilisation de la sédation-analgésie

Lignes directrices

du Collège des médecins du Québec

NOVEMBRE 2009

COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC

L'organisation des lieux et la gestion des dossiers médicaux en milieu extrahospitalier

et autres obligations connexes prévues par le *Règlement sur les dossiers, les lieux d'exercice et la cessation d'exercice d'un médecin*

Guide d'exercice

du Collège des médecins du Québec

CMQ, Avril 2013, 33 pages

Registre des incidents et accidents

Définition

Registre dans lequel sont identifiés les incidents et accidents survenus pendant ou liés à une intervention médicale effractive requérant une anesthésie, une sédation ou analgésie, ainsi que les mesures prises pour les prévenir.

Délai de conservation

Ce registre obligatoire doit être conservé pendant cinq ans.

Objectif

Ce registre s'inscrit dans une culture de sécurité. Il doit servir au suivi des mesures que prend le médecin pour éviter les récidives des incidents (*near-miss*) ou des accidents. Il ne s'agit pas d'un registre des complications « habituelles ». Il doit être conservé sur les lieux de l'intervention et pour l'ensemble des activités des médecins, afin de permettre une mise en commun des problèmes et des solutions.

Définitions du ministère de la Santé et des Services sociaux :

- Incident : action ou situation qui n'entraîne pas de conséquence sur l'état de santé ou le bien-être de l'usager, mais dont le résultat est inhabituel et qui, en d'autres occasions, pourrait entraîner des conséquences.
- Accident : action ou situation où le risque se réalise et est, ou pourrait être, à l'origine de conséquences sur l'état de santé ou le bien-être de l'usager.

Organisation des lieux

- … les locaux ne sont pas encombrés et l'évacuation en cas d'urgence est facile
- … les locaux…favorisent notamment l'exécution sécuritaire des procédures chirurgicales ou des interventions effractives
- … les règles de prévention des infections sont observées

Appareillage, matériel et équipements

Le médecin doit détenir les appareils, le matériel, les instruments et les médicaments appropriés à son exercice professionnel et lui permettant de répondre aux situations urgentes propres au contexte de son exercice professionnel. Le médecin doit utiliser de manière sécuritaire les appareils; il doit s'assurer que son personnel en fasse autant.

Le médecin doit voir à ce que tous les appareils ou les instruments qu'il détient ou qu'il est susceptible d'utiliser, incluant le matériel diagnostique de laboratoire, soient maintenus en bon état. À cette fin, il doit documenter qu'il a fait ou s'est assuré qu'ont été faits les entretiens périodiques requis, de même que les calibrages, étalonnages ou vérifications, à une fréquence permettant d'assurer un fonctionnement normal, sécuritaire et de qualité.

Le médecin doit s'assurer que les méthodes qu'il emploie pour désinfecter et stériliser les appareils, le matériel et les instruments soient conformes aux normes reconnues. En ce qui concerne les instruments et le matériel utilisés pour des interventions chirurgicales ou effractives effectuées en cabinet ou dans un centre médical spécialisé, incluant la gestion des déchets biomédicaux, le lecteur est prié de se référer au guide d'exercice *Procédures et interventions en milieu extrahospitalier*, publié en août 2011 par le Collège.

Médicaments, substances et produits biologiques

Tous les médicaments, les vaccins, les produits et les tissus biologiques ainsi que tous les produits et les substances inflammables, toxiques ou volatils détenus par un médecin dans son cabinet doivent être conservés de façon sécuritaire. Le médecin doit connaître et respecter les normes prescrites par les autorités gouvernementales relativement à l'utilisation, la conservation et l'élimination de ces produits ou, à défaut de telles normes, appliquer les recommandations du fabricant.

Le médecin qui conserve de tels produits doit procéder à des vérifications périodiques, notamment pour détecter les produits périmés et veiller au respect des normes de sécurité lors de leur élimination par le personnel dûment formé.

Des aliments ne devraient jamais se retrouver dans le réfrigérateur où l'on conserve des vaccins, des médicaments, des liquides ou des tissus biologiques.

Si les médicaments sont visés par la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances*[1], le médecin doit les ranger sous clef et tenir un registre particulier sur ces produits (*voir aussi le chapitre 5*).

Registre des benzodiazépines d'usage parentéral, des drogues contrôlées et des stupéfiants

Définition

Registre dans lequel sont inscrites :

- la nature et la quantité de ces substances qu'il a en sa possession;
- l'identité de toutes les personnes à qui il remet ou administre ces substances;
- la nature et la quantité des substances dont il s'est départi ainsi que la façon dont il a procédé et la date de cette disposition.

Délai de conservation

Ce registre obligatoire doit être conservé pendant cinq ans.

PROCÉDURES ET INTERVENTIONS EN MILIEU EXTRAHOSPITALIER

Guide d'exercice

du Collège des médecins du Québec

CMQ, Août 2011, 44 pages

La demande croissante de la population pour des soins de santé contribuera à accroître considérablement le volume et la complexité des interventions en milieu extrahospitalier au cours des prochaines années.

Aussi, pour assurer la qualité des interventions diagnostiques, thérapeutiques ou esthétiques effectuées en dehors du milieu hospitalier, il est primordial de mettre en place un environnement sécuritaire. Le dossier du patient, les divers registres, les fiches d'entretien du matériel et de l'équipement ainsi que tout autre document pertinent devraient pouvoir témoigner du respect des normes énoncées dans ce document.

de l'hôpital. Depuis 2006, l'Assemblée nationale du Québec a d'ailleurs adopté plusieurs modifications législatives créant un nouveau cadre juridique pour que certains types de services médicaux puissent être offerts hors établissement en toute sécurité.

Soucieux de protéger le public et d'aider ses membres à toujours prodiguer des soins de qualité, le Collège a pris la décision de réviser son guide, pour qu'il tienne compte de cette évolution des pratiques et d'une littérature en constante évolution. D'ailleurs, au cours des dernières années, le Collège a été interpellé par des évènements déplorables mettant en lumière certaines lacunes dans la formation du personnel ou la qualité du matériel d'urgence.

Une étude parue dans une publication canadienne rapporte que plus de 25 % des patients présentant un arrêt cardiaque dans des cliniques médicales n'ont pas reçu de manœuvres de réanimation de base (RCR) et que 90 % de ces patients n'ont pas bénéficié de l'utilisation d'un défibrillateur externe automatisé (DEA)[1]. Le Collège veut souligner l'importance de généraliser la formation en RCR et de favoriser un meilleur accès au DEA afin d'améliorer les chances de survie des patients se présentant dans les cliniques médicales ou devant subir des interventions effractives, médicales ou chirurgicales.

Une liste d'acronymes à ne pas utiliser, parce qu'ils sont à la source de plusieurs erreurs, a également été ajoutée en annexe. Finalement, le guide se termine par un tableau où figurent l'ensemble des ressources humaines et matérielles considérées requises pour les divers types d'interventions.

Centre médical spécialisé (définition sous réserve)

« Lieu extérieur à un établissement, où des médecins peuvent, à certaines conditions, offrir un certain nombre de services médicaux spécialisés spécifiés dans la loi ou par règlement, ces services ayant été jusqu'à maintenant fournis dans les établissements. Les conditions consistent en l'obtention d'un permis d'opération émis par le gouvernement, la nomination d'un directeur médical responsable d'assurer la qualité des services médicaux offerts et l'agrément par un organisme reconnu dans les trois ans suivant l'obtention du permis d'opération. Quant aux services spécifiés dans la réglementation adoptée par la suite et appliquée depuis le 31 mars 2010, il s'agit pour le moment d'actes chirurgicaux qui ont été déterminés en fonction de la durée d'hébergement et du type d'anesthésie qu'ils requièrent, ainsi que des risques de préjudices qu'ils comportent. »[4]

Clinique médicale associée (définition sous réserve)

« Définie comme un lieu, qui peut être une clinique médicale spécialisée ou non ou un laboratoire, où des médecins participants au régime d'assurance maladie offrent certains services dans le cadre d'une entente d'association avec un établissement exploitant un centre hospitalier et avec l'agence concernée. »[5]

Les catégories d'interventions médicales et chirurgicales

La sélection des patients

Les limites des interventions médicales et chirurgicales en milieu extrahospitalier

Le milieu extrahospitalier et les urgences

Le suivi des patients

La prévention des infections et l'asepsie

La tenue du dossier

Le consentement

La gestion des déchets biomédicaux

La protection du personnel de santé

Les prélèvements

Les registres

Les algorithmes et référentiels de soins, les politiques et les procédures

Les mesures de sécurité

Les ressources humaines et matérielles

Les catégories d'interventions médicales et chirurgicales

La classification des interventions présentée dans ce document s'inspire des grilles de classification utilisées par l'Association canadienne d'accréditation des installations de chirurgie ambulatoire et par l'American College of Surgeons, ainsi que de la classification ASA (American Society of Anesthesiologists)[8].

PREMIÈRE CATÉGORIE

Lorsque le médecin ne sait pas avec certitude à quelle catégorie ou sous-catégorie appartient une intervention, il devrait toujours la classer dans la catégorie supérieure.

La première catégorie regroupe les interventions mineures qui sont faites habituellement sous anesthésie locale ou topique et sans autre sédation qu'un sédatif anxiolytique administré par voie orale.

Cette catégorie se subdivise en deux sous-catégories : les interventions sans tumescence et les interventions avec tumescence.

DEUXIÈME CATÉGORIE

La deuxième catégorie regroupe les interventions mineures ou majeures qui sont effectuées sous sédation-analgésie. La profondeur de la sédation recherchée devrait correspondre aux niveaux 1 et 2 de l'échelle de sédation suivante :

1. alerte;
2. endormi, éveil facile;
3. endormi, éveil difficile;
4. sommeil très profond.

Cette catégorie d'interventions très variées comprend, notamment :

- l'endoscopie digestive haute, la coloscopie longue et la bronchoscopie;
- la chirurgie de la paroi abdominale (hernie ombilicale, hernie inguinale, etc.);
- la chirurgie esthétique, y compris la liposuccion;
- le prélèvement d'ovules par voie vaginale.

TROISIÈME CATÉGORIE

La troisième catégorie regroupe les interventions mineures ou majeures qui sont effectuées sous anesthésie régionale ou générale et ne requièrent pas de remplacement sanguin peropératoire ni d'hébergement postopératoire[9].

La sélection des patients

La sélection des patients pour les interventions en milieu extrahospitalier doit être fondée sur l'histoire médicale et l'évaluation clinique de leur état physique. À cette fin, il est recommandé d'utiliser la classification établie par l'American Society of Anesthesiologists (ASA) :

ASA I ou P1 : patient en bonne santé;
ASA II ou P2 : patient atteint d'une affection systémique légère;
ASA III ou P3 : patient atteint d'une affection systémique qui limite son activité, mais qui n'est pas invalidante;
ASA IV ou P4 : patient atteint d'une affection systémique grave qui représente un risque constant pour sa vie;
ASA V ou P5 : patient moribond dont on ne s'attend pas à ce qu'il vive plus de 24 heures, qu'il subisse ou non une intervention.

Les patients classés P1 ou P2 peuvent subir une des interventions incluses dans la première catégorie, de même que les patients classés P3, à condition que leur affection systémique puisse supporter l'action des agents anesthésiques utilisés ou la procédure prévue.

Les interventions comprises dans la deuxième catégorie devraient être pratiquées uniquement sur les patients classés P1 ou P2, lorsqu'il n'y a pas de surveillance immédiate assurée par un anesthésiologiste ou un médecin ayant compétence en anesthésie-réanimation. S'il y a une surveillance immédiate, les patients classés P3 peuvent subir ces interventions, à condition que leur affection ou leur état de santé ne présente pas de risque de complications non traitables sur place ou susceptibles de nuire grandement à leur intégrité physique ou fonctionnelle.

Enfin, étant donné que la présence d'un anesthésiologiste ou d'un médecin ayant compétence en anesthésie-réanimation est requise pour les interventions de la troisième catégorie, celles-ci peuvent être pratiquées sur les patients classés P1, P2 et P3. Toutefois, les patients classés P3 doivent satisfaire aux mêmes conditions qui s'appliquent aux interventions de la deuxième catégorie.

Les limites des interventions médicales et chirurgicales en milieu extrahospitalier

Compte tenu de l'évolution constante des pratiques, il est difficile de déterminer les interventions qui ne peuvent pas être effectuées en milieu extrahospitalier. Les paramètres les plus importants limitant actuellement ces interventions sont le niveau de spécialisation du plateau technique requis, la nécessité de remplacer les pertes sanguines et la nécessité d'un hébergement postopératoire. À titre d'exemple, le plateau technique nécessaire à la chirurgie intracrânienne ou cardiaque empêche actuellement que des interventions dans ces domaines soient effectuées en milieu extrahospitalier. Par ailleurs, un grand nombre d'interventions intra-abdominales ou intrathoraciques et d'interventions touchant de grosses articulations ne peuvent être faites en dehors du milieu hospitalier à cause de l'impossibilité d'y assurer l'hébergement postopératoire. Aussi, la chirurgie en milieu extrahospitalier doit se limiter aux interventions qui requièrent une courte période d'observation postopératoire à moins que l'hébergement postopératoire approprié soit disponible.

En général, on ne devrait pas pratiquer en milieu extrahospitalier les interventions :

1. dont la période de récupération excédera les heures normales de fonctionnement;
2. d'une durée de plus de 2 heures si des mesures de correction d'une hypothermie ne sont pas disponibles (p. ex., dispositifs cutanés type BAIR Huggers, couvertures à air pulsé, dispositifs chauffants pour solutés);
3. d'une durée excédant 6 heures;
4. dont les pertes sanguines anticipées sont de plus de 500 cc;
5. dont les volumes d'aspiration excèdent 1 500 cc par technique sèche ou 3 000 cc par tumescence nécessitant une surveillance de la diurèse et une observation postopératoire plus longue.

Le milieu extrahospitalier et les urgences

Évaluation du profil de risque

Plusieurs cabinets et cliniques médicales n'ont malheureusement pas la préparation ni l'équipement requis pour faire face aux urgences. Des mesures doivent être mises en place ou modifiées pour remédier à cette situation en fonction du type de clientèle et des conditions particulières de pratique.

Quelques auteurs, dont Sempowski et Brisson, ont proposé les caractéristiques suivantes pour évaluer le profil de risque d'un cabinet ou d'une clinique médicale :

1. volume de patients (faible ou élevé);
2. localisation (urbaine, périphérique, rurale) et ressources préhospitalières (temps de réponse);
3. distance d'une salle d'urgence d'un centre hospitalier;
4. nombre de patients à risque;
5. secteur d'activités;
6. administration de médicament(s) par voie parentérale;
7. intervention médicale ou chirurgicale avec potentiel de complication;
8. facteurs environnementaux saisonniers et localisation.

Selon la littérature dont nous disposons et les traitements médicaux d'urgence considérés comme étant requis par certains groupes de spécialistes, on peut associer les caractéristiques suivantes à un milieu extrahospitalier de moyen à haut risque :

1. localisation périphérique;
2. absence d'un centre hospitalier ou distance marquée;
3. interventions effractives ou à haut risque (p. ex., épreuve d'effort pour le dépistage de pathologie coronarienne);
4. utilisation de médicament(s) par voie parentérale;
5. important délai de réponse des services préhospitaliers d'urgence, conditions météorologiques défavorables;
6. haut volume de patients.

Urgences cardiorespiratoires

Les médecins et les professionnels de la santé exerçant en milieu extrahospitalier doivent pouvoir faire face en tout temps à des urgences cardiaques, qu'elles soient associées ou non à des interventions médicales ou chirurgicales.

Une formation en soins de base de réanimation (BLS) et une mise à jour de cette formation sont requises pour le personnel soignant. Au moins un membre du personnel avec une formation en soins avancés de réanimation cardiaque (ACLS, PALS, si clientèle pédiatrique) doit être présent en tout temps jusqu'au congé du dernier patient ayant subi une intervention avec sédation-analgésie, ou avec anesthésie rachidienne ou générale, ou dans un milieu à moyen ou haut risque. Les procédures d'appel aux services d'urgences et de transfert doivent être connues, disponibles en tout temps et périodiquement revues par l'ensemble des intervenants.

Le matériel doit inclure le matériel de ventilation, les agents pharmacologiques (*voir tableau IV*) et un défibrillateur externe automatisé (DEA) ou le matériel du même type selon le niveau de risque établi.

Anaphylaxie

Les symptômes d'anaphylaxie se manifestent généralement dans les minutes suivant l'exposition à l'antigène en cause, mais à de rares occasions, ces manifestations peuvent être beaucoup plus tardives. Les manifestations d'une réaction anaphylactique survenant en période périopératoire apparaissent le plus souvent dans l'heure suivant l'exposition à l'allergène. Leur incidence varie de 1:4000 à 1:25000. Même s'il n'y a pas de moyen infaillible pour prédire de telles réactions, il est nécessaire de procéder systématiquement à un questionnaire recherchant une histoire antérieure de réaction allergique médicamenteuse ou au latex, particulièrement mais non de façon exclusive, lors d'une chirurgie antérieure.

Les symptômes et signes d'une réaction anaphylactique peuvent varier d'une atteinte exclusivement cutanée à un état de choc ou de détresse respiratoire rapidement progressive pouvant mener à la mort. Une prompte reconnaissance de ceux-ci avec administration intramusculaire précoce d'adrénaline de 1:1000 et d'oxygène constitue le meilleur moyen de prévenir une évolution défavorable. Les réactions biphasiques peuvent survenir jusqu'à environ 23 % des cas. Il n'y a pas de marqueur pouvant prédire de telles récidives des manifestations de sorte que la durée de la période de surveillance doit être individualisée. Un algorithme pour le traitement d'une réaction anaphylactique devrait être maîtrisé par le personnel soignant.

Prophylaxie thromboembolique

À ce jour (2010), il n'existe pas de guide basé sur des données probantes concernant la prévention des complications thromboemboliques dans un contexte ambulatoire et extrahospitalier pour le groupe de patients répondant aux critères de sélection. Des revues rétrospectives suggèrent que le risque demeure faible. Cependant, le passé médical et les conditions cliniques préexistantes doivent être évalués (p. ex., néoplasie, état d'hypercoagulabilité, immobilisation prolongée, obésité morbide, etc.).

Les patients considérés à risque devront être particulièrement bien renseignés sur les symptômes et signes nécessitant une consultation urgente. Pour ceux qui nécessiteront une prophylaxie, une information adéquate sera mise à leur disposition sur le mode utilisé, le suivi et les complications possibles.

Le suivi des patients

Le médecin qui effectue des interventions diagnostiques, thérapeutiques ou esthétiques doit mettre en place un mécanisme pour assurer la continuité des soins. Il doit expliquer, de préférence par écrit, les mesures que le patient doit prendre si un problème de santé survient à la suite de l'intervention, quel que soit le moment de la journée. Au cas où le patient aurait à se présenter à l'urgence d'un établissement, par exemple, le médecin doit lui fournir, entre autres renseignements, le numéro de téléphone du service de garde où le médecin de l'urgence peut appeler afin d'obtenir, au besoin, l'information nécessaire pour prendre en charge le patient de façon appropriée.

Le Collège des médecins recommande fortement au médecin qui fait des interventions en milieu extrahospitalier avec sédation-analgésie, anesthésie régionale ou générale, d'élaborer, en collaboration avec un centre hospitalier situé à proximité, une procédure de transfert des patients présentant des complications per ou postinterventions immédiates qui requièrent une hospitalisation.

Les mesures de sécurité

Radiation

Seul le personnel dûment formé doit faire fonctionner les appareils de radiographie. Il faut avoir des dispositifs et des vêtements de protection contre les radiations pour les patients et l'équipe soignante.

Appareils électriques

Seuls les appareils électriques approuvés par la CSA doivent être utilisés. Chaque appareil devrait faire l'objet d'un entretien préventif avec registre. On ne devrait pas se servir de rallonges électriques dans une salle d'opération.

Laser

Seuls les médecins et les personnes dûment formées devraient faire fonctionner les appareils à laser. Un laser qui n'est pas utilisé doit être mis en mode d'attente. Lorsqu'on se sert d'un appareil à laser, il faut le faire savoir à l'aide d'une signalisation sur la porte d'entrée de la pièce et s'assurer que :

Les ressources humaines et matérielles

Les recommandations relatives aux ressources requises pour des interventions en milieu extrahospitalier sont fondées sur les normes de bonnes pratiques cliniques reconnues, entre autres, par les diverses associations canadiennes et américaines d'agrément, les associations professionnelles concernées par la pratique des soins périopératoires, l'Association canadienne de normalisation (CSA) et les guides d'exercice du Collège des médecins du Québec. Elles correspondent aux pratiques habituellement en vigueur dans les centres hospitaliers (*voir le tableau IV*).

TABLEAU IV – RESSOURCES HUMAINES ET MATÉRIELLES REQUISES POUR LES INTERVENTIONS MÉDICALES ET CHIRURGICALES EN MILIEU EXTRAHOSPITALIER*

Ressources humaines	Interventions		
	Première catégorie	**Deuxième catégorie** Y compris interventions avec tumescence de la première catégorie (1B)	**Troisième catégorie**

Pour les patients classés P1 et P2 : assistance d'une personne formée pour assurer la surveillance continue du patient.	Surveillance immédiate du patient par un anesthésiologiste ou un médecin compétent en anesthésie-réanimation. Ce dernier doit pouvoir compter en tout temps sur l'assistance d'une personne formée en assistance anesthésique.
Pour les patients classés P3 : surveillance immédiate par un anesthésiologiste ou un médecin compétent en anesthésie-réanimation.	

Espace

Prévoir l'éventualité d'une évacuation sur civière en cas de complications.

Une salle suffisamment grande pour assurer la liberté des mouvements autour de la table d'examen ou de la civière, une fois l'équipement installé.

Le bloc opératoire devrait être situé en dehors de la zone comprenant le cabinet de consultation et sa salle d'attente ainsi que le secrétariat.

Le bloc comprend :

- une salle d'attente et un vestiaire;
- une salle de nettoyage et de décontamination avec une aire de stérilisation-désinfection-entreposage;
- une ou des salles de chirurgie avec une aire de brossage;
- une salle de réveil ou d'observation.

Pression d'air positive par rapport à celle dans les corridors et les aires adjacentes, sauf dans les salles de bronchoscopie où la pression doit être négative.

Approvisionnement en air contrôlé et filtré.

Système permettant des changements d'air et assurant une pression relative positive, selon les normes CSA :

- 20 changements d'air à l'heure;
- six changements d'air frais à l'heure;
- T : entre 17 et 27 °C;
- humidité relative : de 45 % à 55 %.

Dans une salle réservée à l'endoscopie, les normes sont :

- 20 changements d'air à l'heure;
- six changements d'air frais à l'heure;
- T : entre 20 et 24 °C;
- humidité relative : de 30 % à 60 %.

Système de ventilation muni de conduits d'approvisionnement et d'évacuation distincts. Bouches d'aération au plafond et bouches d'évacuation près du plancher.

Système d'évacuation des gaz anesthésiques conforme aux normes CSA.

Équipement de base	• Table d'examen ou civière; • Table pour les instruments chirurgicaux; • Stéthoscope et sphygmomanomètre • Source d'oxygène comprimé (souhaitable); • DEA; • Matériel nécessaire à la ventilation manuelle, entre autres ballon-masque, canules nasopharyngées ou oropharyngées;	• Civière ou table de chirurgie; • Table pour les instruments chirurgicaux; • Stéthoscope et sphygmomanomètre; • Source d'oxygène comprimé et réserve; • Solutés et tubulures appropriés; • Capnographe (souhaitable pour interventions de la deuxième catégorie); • Saturomètre; • Matériel nécessaire à la ventilation manuelle, entre autres ballon-masque, canules nasopharyngées ou oropharyngées et matériel pour ventilation difficile; • Appareil d'aspiration muni des cathéters ou des canules appropriés; • Appareil d'alimentation électrique de secours;		
Équipement de base (suite)	• Solutés et tubulures appropriés; • Matériel pédiatrique, si nécessaire.	• Matériel d'intubation endotrachéale (laryngoscope, tubes endotrachéaux de différents diamètres et stylets dilatateurs appropriés), en cas d'anesthésie régionale ou générale.		
		• Moniteur-défibrillateur cardiaque avec stimulateur externe, pour patients présentant une affection cardiorespiratoire ou un risque de dysrythmie.	• Moniteur-défibrillateur cardiaque avec stimulateur externe; • Système de monitorage non effractif de la pression artérielle; • Matériel de surveillance de la température (disponible); • Respirateur.	

Plateau de médicaments d'urgence

N.B. : Cette liste peut être modifiée selon la pratique.

- Atropine;
- Adrénaline;
- Antihistaminiques;
- Salbutamol et aérochambre.

Ajout de :

- Adénosine;
- Amiodarone;
- Antagonistes : naloxone, flumazénil;
- Aténol ou propanolol ou métoprolol;
- Bicarbonate de sodium (8,4 %);
- Chlorure de calcium (10 %);
- Dextrose (50 %);
- Benzodiazépines (midazolam ou diazépam ou lorazépam);
- Diltiazem ou vérapamil;
- Diphenhydramine;
- Dobutamine;
- Eau stérile;
- Éphédrine;
- Furosémide;
- Glucagon;
- Hydrocortisone;
- Insuline;
- Lidocaïne;
- Mannitol (20 %);
- Nitroglycérine;
- Nitroprusside.

Ajout de :

- Procaïnamide;
- Sulfate de magnésium;
- Thiopental;
- Vasopressine;
- Vérapamil;
- Dantrolène en dose totale requise, en cas d'anesthésie générale avec agents anesthésiques volatils ou succinylcholine.

Les algorithmes et référentiels de soins, les politiques et les procédures

Dans tous les cabinets où il se pratique des interventions médicales ou chirurgicales effractives, le médecin devrait élaborer pour le personnel les procédures concernant :

- la gestion des déchets biomédicaux;
- la désinfection et la stérilisation des appareils et des instruments;
- l'évacuation d'urgence;
- l'autorisation de congé;
- l'arythmie et l'arrêt cardiorespiratoire;
- le choc anaphylactique;
- l'hyperthermie maligne (interventions sous anesthésie générale);
- le transfert en milieu hospitalier (interventions avec sédation-analgésie, anesthésie régionale ou anesthésie générale);
- l'intervention en cas d'exposition accidentelle aux liquides biologiques;
- la gestion des voies respiratoires en cas de ventilation difficile, si l'intubation est impossible.

Autres sujets…

- La prévention des infections et l'asepsie
- La tenue du dossier
- Le consentement
- La gestion des déchets biomédicaux
- La protection du personnel de santé
- Les prélèvements
- Les registres

TABLEAU III – INFORMATIONS À CONSIGNER DANS LE PROTOCOLE DE SÉDATION-ANALGÉSIE ET D'ANESTHÉSIE *

Interventions sous sédation-analgésie	Interventions sous anesthésie générale ou régionale
• Les facteurs de risque liés à l'administration des agents sédatifs et à l'examen ou à l'intervention, visant à déterminer l'état physique du patient, selon la classification de l'ASA; • La masse et la taille du patient; • La médication donnée (dose, voie et heure d'administration); • Les signes vitaux (tension artérielle, fréquence cardiaque et respiratoire) et l'heure des lectures; • Le taux de saturation capillaire en oxygène et l'heure des lectures; • La description périodique de l'état de conscience; • La description de toutes les réactions défavorables, le cas échéant; • La concentration et le débit de l'oxygène administré, le cas échéant.	• L'information relative à l'évaluation préanesthésique; • La classification de l'état physique du patient; • La médication reçue comme mesure préanesthésique et préchirurgicale ou précédant l'intervention; • La méthode d'anesthésie employée; • La date et l'heure du début et de la fin de l'anesthésie, de l'intervention ainsi que du départ de la salle de réveil; • Les signes vitaux; • La médication administrée; • Les solutés perfusés; • Le sang ou les produits sanguins transfusés; • Les manifestations cliniques survenues au cours de l'anesthésie; • Les pertes sanguines; • La nature de l'intervention pratiquée; • Le nom du médecin ayant compétence en anesthésie-réanimation ou de l'anesthésiologiste et de ses assistants, le cas échéant; • La description de l'état du patient à la fin de l'anesthésie et au moment de son départ autorisé par le médecin responsable de l'anesthésie.

** Se référer aux lignes directrices du Collège des médecins du Québec,* Utilisation de la sédation-analgésie, *novembre 2009.*

Membres du groupe de travail sur les *Procédures et interventions en milieu extrahospitalier*

Dr Gilles Beauregard
Chirurgien plasticien

Dr Jacques Demers
Anesthésiologiste

Dr Steven Lapointe
Syndic adjoint
Direction des enquêtes du Collège des médecins du Québec

Dr Claude Paquin
Médecin de famille

Dr Jacques Toueg
Chirurgien orthopédiste

Dr Karl Weiss
Microbiologiste-infectiologue

Dr Jamie Wong
Médecin ophtalmologiste

Monsieur Éric Landry, Ph.D.
Direction des affaires médicales et universitaires
Agence de santé et des services sociaux de Montréal

Dr Ernest Prégent
Médecin urgentologue
Directeur adjoint
Direction des études médicales du Collège des médecins du Québec
et coordonnateur du groupe de travail

Can J Anesth/J Can Anesth (2014) 61:46–71
DOI 10.1007/s12630-013-0074-9

SPECIAL ARTICLE

Guidelines to the Practice of Anesthesia - Revised Edition 2014

Richard Merchant, MD · Daniel Chartrand, MD · Steven Dain, MD · Gregory Dobson, MD · Matt M. Kurrek, MD · Annie Lagacé, MD · Shean Stacey, MD · Barton Thiessen, MD

Published online: 3 January 2014
© Canadian Anesthesiologists' Society 2013

Overview *The Guidelines to the Practice of Anesthesia Revised Edition 2014 (the guidelines) were prepared by the Canadian Anesthesiologists' Society (CAS), which reserves the right to determine their publication and distribution. Because the guidelines are subject to revision, updated versions are published annually. The Guidelines to the Practice of Anesthesia Revised Edition 2014 supersedes all previously published versions of this document. Although the CAS encourages Canadian anesthesiologists to adhere to its practice guidelines to ensure high-quality patient care, the society cannot guarantee any specific patient outcome. Each anesthesiologist should exercise his or her own professional judgement in determining the proper course of action for any patient's circumstances. The CAS*

anesthetic services, this document is reviewed annually and revised periodically.

The following recommendations are aimed at providing basic guidelines to anesthetic practice. They are intended to provide a framework for reasonable and acceptable patient care and should be so interpreted, allowing for some degree of flexibility in different circumstances. Each section of these guidelines is subject to revision as warranted by the evolution of technology and practice.

Basic Principles

In this document, the term anesthesiologist is used to

Guide d'exercice de l'anesthésie

Édition révisée 2014
Journal canadien d'anesthésie
Volume 61, numéro 1

En quoi cet énoncé diffère-t-il du Guide d'exercice de 2013? Une révision minutieuse du Guide a mené à des ajouts, notamment à (a) une mention spécifique des exigences particulières à la surspécialité de l'anesthésie pédiatrique; (b) des changements détaillant la nécessité de déterminer s'il y a des directives de planification de soins avancés dans les cas appropriés; et (c) une section discutant des conséquences de la fatigue et de la mauvaise santé du clinicien sur sa performance clinique et la sécurité du patient, avec une obligation des départements de mettre au point des politiques afin de tenir compte de tels problèmes et de minimiser leurs effets sur les soins aux patients.

Aptitude à la pratique

La prestation de soins anesthésiques requiert que l'anesthésiologiste possède un niveau élevé d'expertise combiné à un bon jugement, ainsi que la capacité de reconnaître des situations cliniques changeantes et d'y réagir et ce, malgré des circonstances physiques personnelles parfois défavorables. Les départements d'anesthésie doivent être conscients que pour fournir des soins optimaux, les praticiens en anesthésie doivent être en santé. Par conséquent, les départements d'anesthésie ont l'obligation de mettre au point des politiques qui, dans la mesure du possible, garantissent que les praticiens soient en bonne santé et aptes à remplir les obligations liées à leur pratique.

La santé et l'aptitude au travail peuvent être négativement affectées par divers facteurs, notamment les maladies physiques, les troubles mentaux et la fatigue. Tous ces facteurs altèrent l'aptitude à reconnaître des circonstances cliniques évoluant souvent très rapidement et à y réagir de façon adaptée. De nombreuses études ont démontré que la fatigue altérait le jugement et la performance psychomotrice d'une façon semblable aux drogues ou à l'alcool. Des rythmes circadiens irréguliers, le vieillissement et le manque de sommeil aggravent de tels problèmes; une non-reconnaissance de ces problèmes, causée par la fatigue, peut augmenter la probabilité de commettre des erreurs dans de telles circonstances. Un handicap physique, la maladie et le stress important peuvent avoir des effets néfastes semblables sur la performance.

La responsabilité incombe aux départements d'anesthésie et aux anesthésiologistes en tant qu'individus d'organiser leurs tâches professionnelles de telle sorte que la maladie et la fatigue n'affectent pas régulièrement leurs tâches cliniques. Les listes de garde de chacun doivent permettre un repos adapté entre les quarts de travail et les listes quotidiennes doivent allouer des pauses adaptées afin de respecter les besoins physiologiques, la nutrition et l'aptitude mentale de chaque anesthésiologiste. Les procédures de planification des salles d'opération devraient éviter d'exiger que les anesthésiologistes entreprennent des interventions non urgentes pendant des heures 'défavorables'.

Aucune recommandation spécifique ne peut être faite concernant les quarts de travail et la liste de garde quotidienne, car une telle recommandation ne serait pas adaptée à toutes les situations de travail. Les grands départements disposent de la flexibilité nécessaire à intégrer des quarts de travail courts et des congés personnels, alors que les départements plus petits pourraient ne pas avoir cette liberté. Toutefois, ce domaine important de l'exercice professionnel doit faire l'objet d'une attention et d'une considération constantes.

Lignes directrices pour l'exercice de l'anesthésie hors du milieu hospitalier

On a exposé dans les pages précédentes les directives quant aux principes fondamentaux, aux exigences de formation, aux techniques anesthésiques, à l'équipement et aux médicaments utilisés dans l'exercice de l'anesthésie. Suivent maintenant des directives concernant certains aspects particuliers à l'exercice de l'anesthésie à l'extérieur d'un établissement.

Sélection des patients

On devrait s'inspirer du code de classification de l'American Society of Anesthesiologists (voir Annexe 2) pour faire l'évaluation des patients, et ne retenir, pour l'anesthésie hors du milieu hospitalier, que ceux des classes I et II. On ne devrait accepter ceux de la classe III qu'à certaines conditions.

Considérations préopératoires

Une histoire de cas et un examen physique récents devraient paraître au dossier, ainsi que les résultats des examens de laboratoire appropriés. Ceci peut être fait par un autre médecin ou par un autre anesthésiologiste. La durée du jeûne préanesthésique devrait respecter les directives émises précédemment. Le patient devrait recevoir un feuillet d'information contenant toutes les directives relatives aux périodes pré- et postanesthésiques.

Conduite de l'anesthésie

Les installations des salles d'anesthésie et de réveil doivent répondre aux normes hospitalières de l'Association canadienne de normalisation telles qu'indiquées dans les autres parties du présent guide. Les normes de soins et de monitorage doivent être les mêmes, quel que soit l'endroit où est administrée l'anesthésie.

Remerciements Nous tenons à remercier les anciens membres du comité des Normes de pratique de l'anesthésie qui ont apporté leurs contributions à des versions antérieures de ce guide.

Conflits d'intérêt Tous les auteurs de cet article font partie du comité des Normes de pratique de l'anesthésie de la Société canadienne des anesthésiologistes (SCA). Aucun des auteurs n'a un quelconque intérêt financier ou commercial lié aux sociétés ou fabricants d'appareils médicaux dont il est fait mention dans cet article ou dans les annexes associées. Dr Richard Merchant est président du comité des Normes de pratique de la SCA.

Annexe 1: Normes de l'Association canadienne de normalisation (CSA) au sujet de l'équipement

(disponible en matériel électronique supplémentaire – Annexe 1)

Annexe 2: Classification de l'état de santé des patients, selon l'American Society of Anesthesiologists

(disponible en matériel électronique supplémentaire – Annexe 2)

Annexe 3: Liste de vérification préanesthésique

(disponible en matériel électronique supplémentaire – Annexe 3)

Annexe 4: Lignes directrices, normes et autres énoncés officiels disponibles sur l'internet

L'annexe 4 offre une liste non exhaustive de sites contenant des déclarations officielles promulguées par d'autres associations médicales, au Canada et ailleurs dans le monde. Cette liste est fournie aux membres de la SCA uniquement pour des raisons pratiques. La SCA n'est pas responsable de l'exactitude, de la mise à jour et de la fiabilité du contenu de ces sites. La SCA n'offre aucune garantie à cet effet et se dégage de toute responsabilité concernant l'information trouvée par le biais de ces liens. Elle n'endosse pas non plus nécessairement les sites ou leur contenu. Cette liste contient l'adresse de sites qui sera mise à jour de façon périodique. Afin que vous puissiez maintenir une liste à jour, elle est disponible à l'adresse suivante: http://www.cas.ca/Francais/Guide-d-exercice.

Annexe 5: Exposé de principe sur les assistants en anesthésie: exposé de principe officiel de la Société canadienne des anesthésiologistes

(disponible en matériel électronique supplémentaire – Annexe 5)

Annexe 6: Exposé de principe sur la sédation consciente: exposé de principe officiel de la Société canadienne des anesthésiologistes

(disponible en matériel électronique supplémentaire – Annexe 6)

Annexe 1 :
Normes de l'Association canadienne de normalisation (CSA) au sujet de l'équipement

Légende
Exemple : C22.2 NO. 0.1-FM85 (C1999)
F Indique que la norme est écrite en français
M Indique que la norme utilise des unités métriques
85 Année de publication - dans ce cas, 1985.
R ou C La norme a été "réaffirmée" ou "confirmée" - aucun changement n'a été fait pour cette norme depuis la date de publication
Malheureusement la nouvelle liste des normes de la CSA n'était pas disponible en français au moment de l'impression du présent "Guide d'exercice de l'anesthésie (2007)".

Anesthesia, Respiratory and Critical Care
CAN/CSA-Z168.5.6-96 (R2006)
Expired-Air Pulmonary Resuscitators
CAN/CSA-Z305.6-92 (R2007)
Medical Oxygen Concentrator Central Supply System for Use With Nonflammable Medical Gas Piping
CAN/CSA-Z305.8-03
Medical Supply Units
Z305.12-06
Safe Storage, Handling, and Use of Portable Oxygen Systems in Residential Buildings and Health Care
CAN/CSA-Z5360-94 (R2003)
Anaesthetic Vaporizers — Agent-Specific Filling Systems
CAN/CSA-Z5361-03
Anaesthetic and Respiratory Equipment — Tracheal Tubes and Connectors
Z7396.1-06
Medical Gas Pipeline Systems — Part 1: Pipelines for Medical Gases and Vacuum
CAN/CSA-Z7396.2-02 (R2007)
Medical Gas Pipeline Systems — Part 2: Anaesthetic Gas Scavenging Disposal Systems
CAN/CSA-Z8382-94 (R2004)
Resuscitators Intended for Use With Humans
CAN/CSA-Z8835-2-01 (R2006)
Inhalational Anaesthesia Systems — Part 2: Anaesthetic Breathing Systems for Adults
CAN/CSA-Z8835-4-06
Inhalational Anaesthesia Systems — Part 4: Anaesthetic Vapour Delivery Devices
CAN/CSA-Z8835-5-06
Inhalational Anaesthesia Systems — Part 5: Anaesthetic Ventilators

---

*Veuillez utiliser cette citation : *Merchant R, Chartrand D, Dain S, et coll.* Guide d'exercice de l'anesthésie – Édition révisée 2014. Can J Anesth 2014; 61: 46-71.

Droits d'auteur© 2013, *Journal canadien d'anesthésie*

TABLEAU 1 Procédure de vérification préanesthésique : **Vérification à effectuer quotidiennement, ou à chaque fois qu'une machine est déplacée ou des vaporisateurs remplacés**

Vérifier la disponibilité du matériel spécial (défibrillateur, médicaments d'urgence, trousse pour l'intubation difficile, trousse pour l'hyperthermie maligne, dispositif portable de distribution d'oxygène).
Confirmer que le réseau électrique (CA) est disponible et que la station d'anesthésie est alimentée par du courant alternatif.
Compléter et confirmer la réussite des systèmes de vérification interne des stations électroniques d'anesthésie.
Vérifier que la pression est suffisante dans le cylindre de réserve d'oxygène installé sur la station d'anesthésie et qu'un appareil de ventilation manuel (ballon de réanimation autogonflable manuel) est disponible et fonctionnel.
Vérifier que les pressions des gaz dans les tuyaux sont $\geq$ 47 psi.
Vérifier qu'il n'y a pas de fuite dans les lignes de distribution des gaz entre les débitmètres et la sortie de gaz frais. Remarque : dans les appareils d'anesthésie électroniques, le processus d'auto-vérification interne du système se charge en général de cette vérification.
S'assurer que le système de récupération des gaz anesthésiques résiduels fonctionne correctement.
Calibrer, ou vérifier l'étalonnage du moniteur d'oxygène et vérifier l'alarme signalant une faible quantité d'oxygène. Calibrer ou vérifier l'étalonnage du capnomètre et des analyseurs d'agents anesthésiques.
Noter que les procédures de vérification ont été réalisées.

TABLEAU 2 Procédure de vérification préanesthésique : **Vérification à effectuer quotidiennement ET avant chaque intervention d'anesthésie**

Vérifier la disponibilité du matériel de base : (voies aériennes : laryngoscope fonctionnel avec réserve disponible, tubes trachéaux adaptés, canules oropharyngées adaptées, mandrin, pinces de Magill, autre matériel adapté de prise en charge des voies aériennes) (médicaments : de base et pour la réanimation) (matériel et solutions pour accès veineux)
Vérifier que le matériel de succion pour le patient est immédiatement disponible et adapté pour libérer les voies aériennes.
Vérifier la disponibilité des moniteurs nécessaires, y compris les alarmes. S'assurer que les alarmes sont branchées, que les limites sont bien réglées et que le son est suffisamment fort.
Vérifier que les vaporisateurs sont suffisamment remplis et, le cas échéant, que les ports de remplissage sont bien fermés.
Vérifier que l'absorbant de dioxyde de carbone n'est pas épuisé.
Vérifier la pression du système de ventilation et de détection des fuites.
Vérifier que les gaz circulent correctement dans le circuit de ventilation pendant l'inspiration et l'expiration.
Noter que les procédures de vérification ont été réalisées.
Confirmer les réglages du ventilateur et évaluer la disponibilité à fournir des soins d'anesthésie (section de briefing de la Liste de contrôle de la sécurité chirurgicale).

Basé sur les Recommandations 2008 de l'ASA pour la vérification préanesthésique de l'*American Society of Anesthesiologists*. Un exemplaire du texte complet peut être obtenu de l'ASA, 520 N. Northwest Highway, Park Ridge, Illinois 60068-2573 USA.

Annexe 4
Lignes directrices, normes et autres énoncés officiels disponibles sur l'internet

L'annexe 4 offre une liste non exhaustive de sites contenant des déclarations officielles promulguées par d'autres associations médicales, au Canada et ailleurs dans le monde. Cette liste est fournie aux membres de la Société canadienne des anesthesiologists (SCA) uniquement pour des raisons pratiques. La SCA n'est pas responsable de l'exactitude, de la mise à jour et de la fiabilité du contenu de ces sites. La SCA n'offre aucune garantie à cet effet et se dégage de toute responsabilité concernant l'information trouvée par le biais de ces liens. Elle n'endosse pas non plus nécessairement les sites ou leur contenu. Cette liste est mise à jour de façon périodique telle que publiée. Elle a été vérifiée pour son exactitude le 2 décembre 2013.

1. The American Society of Anesthesiologists
   - 1.1. http://www.asahq.org/publicationsAndServices/sgstoc.htm
     - 1.1.1. UPDATED – Regional Anesthesia, Statement on (2012)
     - 1.1.2. UPDATED – Comparing Anesthesiologist Assistant and Nurse Anesthetist Education and Practice, Statement (2012)
     - 1.1.3. UPDATED – Security of Medications in the Operating Room, Statement on (2012)
     - 1.1.4. UPDATED Granting Privileges to Non-Anesthesiologist Physicians for Personally Administering or Supervising Deep Sedation, Statement on (2012)
     - 1.1.5. NEW – Definition of "Immediately Available" When Medically Directing (2012)
     - 1.1.6. Ambulatory Anesthesia and Surgery, Guidelines for (2008)
     - 1.1.7. Anesthetic Care During Interventional Pain Procedures for Adults, Statement on (2010)
     - 1.1.8. Anesthesia Care Team, The (2009)

Annexe 5
Exposé de principe sur les assistants en anesthésie : exposé de principe officiel de la Société canadienne des anesthésiologistes

Contexte

D'énormes progrès dans la pratique de l'anesthésiologie ont été réalisés durant les deux dernières décennies suite aux développements en éducation et formation des anesthésiologistes, d'une base de connaissances élargie, et de remarquables innovations dans l'équipement, la technologie et la pharmacothérapie. Des chirurgies plus complexes sont maintenant réalisées chez des patients plus âgés, plus à risque, et présentant des comorbidités médicales importantes. L'augmentation du fardeau chirurgical impose d'importantes contraintes en ce qui touche à la capacité des anesthésiologistes d'assumer leurs obligations sociétales en matière de soins cliniques et de productivité universitaire. La Société canadienne des anesthésiologistes (SCA) a pour mission d'améliorer l'efficacité des anesthésiologistes tout en maintenant ou en améliorant la qualité des soins. Dans un tel contexte, la SCA appuie le concept des assistants en anesthésie (AA). Tel que décrit dans cet exposé, la SCA accueille favorablement l'ajout de professionnels de santé compétents et bien formés travaillant dans le cadre d'une équipe interprofessionnelle responsable de la fourniture des soins périopératoires en anesthésie. Un modèle d'équipe de soins en anesthésie (ESA) existe déjà au Québec, où les AA pratiquent en tant que professionnels de la santé régis par un statut légal clairement défini dans le Code des professions. Ailleurs, des équipes de soins en anesthésie ont été proposées et implantées, des programmes de formation ont été établis et des AA ont été embauchés sans définition normalisée de leurs rôles et responsabilités ou du programme de formation. La SCA désire clarifier sa position sur ces questions.

Annexe 6
Exposé de principe sur la sédation consciente : Exposé de principe officiel de la Société canadienne des anesthésiologistes

Introduction
L'un des mandats clés de la Société canadienne des anesthésiologistes (SCA) est de promouvoir la prestation de soins anesthésiques sécuritaires selon les normes les plus élevées possibles. Traditionnellement, ces soins ont été prodigués dans des salles d'opération et exclusivement par des anesthésiologistes; toutefois, la pratique a évolué et englobe désormais d'autres lieux ainsi que de multiples variations de ces soins. Les exigences d'évaluation du patient et de prise en charge de l'intervention médicale ne changent cependant pas en fonction du prestataire ou du lieu de l'intervention. L'objectif de ce document est de décrire les bonnes pratiques dans les soins de sédation.

La sédation est un *« état d'excitation ou d'anxiété réduites, induit par l'administration d'un agent sédatif »*. Cette condition se distingue de « l'anesthésie générale », que l'on décrit comme *« un état d'inconscience totale résultant de l'administration de médicament(s) anesthésique(s) »*, et se distingue également de « l'analgésie », décrite comme *« une réduction de la douleur ou l'insensibilité à la douleur sans perte de conscience »*. La fourniture d'une sédation thérapeutique dans le cadre de soins de santé peut rendre certaines interventions désagréables plus acceptables pour les patients, mais ces mêmes soins peuvent aussi causer des complications potentiellement fatales. Le principe fondamental à la base de la pratique de la sédation est « *primum non nocere* » – soit « avant tout, ne pas nuire ».

La sédation en soi ne réduit pas la sensation de douleur. Si une intervention a pour objectif principal de soulager la douleur, alors des traitements thérapeutiques supplémentaires (anesthésie locale, régionale ou générale) doivent être utilisés.

Programme Qmentum

NORMES

Services périopératoires et interventions invasives

Pour les visites qui commencent après :
01 janvier 2015

Agrément Canada, 2014, 78 pages

Programme Qmentum

NORMES

Cliniques médicales ou chirurgicales indépendantes

Pour les visites qui commencent après :
01 janvier 2014

Agrément Canada, 2014, 98 pages

Agrément Canada

Cliniques médicales ou chirurgicales indépendantes

Les normes d'Agrément Canada intitulées Cliniques médicales ou chirurgicales indépendantes s'appliquent aux cliniques à l'extérieur des hôpitaux c'est-à-dire les centres médicaux spécialisés (CMS) où des interventions invasives ou chirurgicales (y compris les interventions diagnostiques et interventionnelles) sont effectuées avec l'administration d'une anesthésie locale ou régionale, d'une anesthésie générale ou d'une sédation consciente.

Agrément Canada

- Bâtir une clinique efficace
- Maintenir une clinique sécuritaire
- Avoir les bonnes personnes qui travaillent ensemble pour offrir des services
- Coordonner et offrir les services
- Tenir des systèmes d'information sur la santé accessibles et efficients
- Évaluer la qualité et obtenir des résultats positifs

Les normes intitulées Cliniques médicales ou chirurgicales indépendantes ont été élaborées dans le but de traiter du niveau de risque selon le niveau d'anesthésie administré aux clients.

OBJECTIFS

- A la fin de cet atelier, les participants pourront répondre aux questions suivantes:
  - 1- Quelles sont les «normes» pour les cliniques indépendantes?
  - 2- Quels sont les risques additionnels dans les milieux extra-hospitaliers?
  - 3- Que faire en cas d'urgence?

ACPM | CMPA
L'ASSOCIATION CANADIENNE DE PROTECTION MÉDICALE | THE CANADIAN MEDICAL PROTECTIVE ASSOCIATION

Se préparer pour une urgence médicale

Publié initialement en février 2013

RÉSUMÉ

Tôt ou tard, les médecins doivent s'attendre à devoir gérer une urgence médicale dans leur cabinet ou leur clinique. La planification, la préparation et les exercices d'urgence sont des ingrédients essentiels d'une intervention efficace, tant pour les patients que pour les médecins et leur personnel.

PRÉVOIR L'IMPRÉVISIBLE DANS UN CABINET OU UNE CLINIQUE

Des urgences médicales peuvent survenir en tout temps et à tout moment, dont pendant qu'une personne se trouve au cabinet et à la clinique d'un médecin. Lorsque des urgences se présentent dans ce contexte, le médecin et son personnel seront appelés à porter assistance à leur patient, ce qui déclenche une intervention d'urgence. La tenue d'une évaluation convenable des risques rattachés aux urgences, suivie de l'élaboration d'un plan, de préparation et d'exercices, assureront l'efficacité des interventions et peuvent même améliorer les résultats pour les patients.

des cas de détresse respiratoire, comme l'asthme. Au nombre des autres scénarios d'urgence courants comptaient les accidents vasculaires cérébraux, les convulsions, les évanouissements, les réactions allergiques et anaphylactiques, la détresse diabétique, les maladies abdominales, les lombalgies, les hémorragies, les problèmes gynécologiques et de l'obstétrique et les problèmes pharmacologiques comme un empoisonnement ou une toxicité.

QUELLES SONT LES RESPONSABILITÉS DES MÉDECINS DANS UNE SITUATION D'URGENCE?

Il va sans dire que les médecins qui

OBJECTIFS

- A la fin de cet atelier, les participants pourront répondre aux questions suivantes:
  - 1- Quelles sont les «normes» pour les cliniques indépendantes?
  - 2- Quels sont les risques additionnels dans les milieux extra-hospitaliers?
  - 3- Que faire en cas d'urgence?

URGENCES

- Ventilation/Intubation difficile/impossible
- Arrêt cardiaque (TV sans pouls, etc…)
- Hyperthermie maligne
- Choc anaphylactique
- Embolie pulmonaire massive
- Feu, fumée, panne électrique ou de gaz
- Evacuation / Transfert d’urgence…

Pour le futur…

- Réseau de partage des meilleures pratiques ?
- Réseau de partage de l'information en qualité et sécurité des soins ?
- Réseau de partage des ressources (matériel, informatique, gestion…) ?
- Besoins spécifiques en DPC ? FMSQ!