

Recommandations concernant la surveillance des patients en cours d'anesthésie (SFAR 1994)

Mis en ligne le 10 Avril 2007 et modifié le 11 Avril 2013

2ème édition - Juin 1989-Janvier 1994

Membres du groupe de travail ad hoc

Pr. J.C. Otteni (Strasbourg), Directeur du groupe
Dr. A. Benichou (Angoulême)
Pr. H. Bricard (Caen)
Dr. J.P. Caramella (Vittel)
Pr. F. Clergue (Paris)
Pr. J.M. Desmots (Paris)
Pr. R. Dorne (Lyon)
Pr. P. Feiss (Limoges)
Dr. R. Hascoët (Le Mans)
Dr. J.M. Mascaro (Gières)
Pr. P. Stieglitz (Grenoble)

Dans le but de contribuer à une sécurité optimale des patients anesthésiés, la Société Française d'Anesthésie et de Réanimation (SFAR) recommande une surveillance fondée sur les éléments détaillés dans ce document. Cette surveillance doit être mise en œuvre lors de toute anesthésie générale, locorégionale et sédation susceptible de modifier les fonctions vitales, quel que soit le site où ces actes sont effectués.

Les recommandations concernent le personnel et la surveillance minimale du patient et de l'appareil d'anesthésie. A cette surveillance clinique et instrumentale de base sont adjoints des moyens complémentaires en fonction de l'état du patient, du type d'acte, des impératifs anesthésiques. Certaines situations d'urgence peuvent ne pas permettre l'application de ces recommandations en totalité. Une surveillance par une personne compétente est aussi assurée lors du transport du patient vers l'unité de réveil, de soins intensifs ou de réanimation.

Ces recommandations tiennent compte des données actuelles de la science et des techniques. Elles ont été établies dans le respect de la législation et de la réglementation françaises. Elles sont soumises à une révision périodique. Ce document en constitue la deuxième édition, remplaçant celui publié en Juin 1989.

1 - PERSONNEL

Toute anesthésie générale, locorégionale, ou sédation susceptible de modifier les fonctions vitales doit être effectuée et surveillée par ou en présence d'un médecin anesthésiste-réanimateur qualifié. Celui-ci est soit un médecin spécialiste en anesthésie-réanimation, soit un médecin en cours de spécialisation, remplissant les conditions pour effectuer des remplacements*. Le médecin a une obligation de compétence adaptée à l'acte qu'il pratique.

Le médecin anesthésiste-réanimateur doit pouvoir être assisté, s'il le juge nécessaire, par un autre médecin et/ou un(e) infirmier(e) anesthésiste, en particulier en début et en fin d'anesthésie.

Si le médecin anesthésiste-réanimateur est amené à quitter la salle d'opération, il confie la poursuite de l'anesthésie à un autre médecin anesthésiste-réanimateur qualifié. S'il la confie à un médecin anesthésiste-réanimateur en formation ou à un(e) infirmier(e) anesthésiste, il reste responsable de l'acte en cours et peut intervenir sans délai.

Les médecins en cours de spécialisation en anesthésie-réanimation ne remplissant pas encore les conditions pour effectuer des remplacements, ainsi que les infirmier(e)s anesthésistes, ne sont pas habilité(e)s à réaliser une anesthésie en l'absence d'un médecin anesthésiste-réanimateur qualifié. Ils (elles) ont essentiellement une fonction d'assistance et de surveillance.

* C'est à dire ayant validé quatre semestres spécifiques de la discipline.

2 - SURVEILLANCE DU PATIENT ET DE L'APPAREIL D'ANESTHÉSIE

Du début à la fin de l'acte, la surveillance du patient porte sur l'oxygénation, la ventilation, la circulation, ainsi que la profondeur de l'anesthésie ou de la sédation (ou son extension dans le cas de l'anesthésie locorégionale) et le cas échéant de la curarisation.

Quand le médecin anesthésiste-réanimateur ne peut approcher suffisamment du patient (type d'intervention, radiations ionisantes, IRM) un monitoring instrumental adéquat supplée à l'absence de surveillance clinique rapprochée.

2.1. Oxygénation

La surveillance de l'oxygénation englobe: l'inspection du patient, la mesure continue de la teneur en oxygène du mélange gazeux administré, la mesure continue de la saturation du sang en oxygène ou une mesure équivalente. Cette dernière débute avant l'induction et se poursuit jusqu'au réveil.

2.2. Ventilation

La surveillance de la ventilation repose sur l'observation clinique (fréquence, amplitude et symétrie de l'expansion thoracique, mouvements du ballon, auscultation) et sur l'utilisation de méthodes instrumentales (spirométrie expiratoire, manométrie et capnographie).

Après intubation trachéale et après toute mobilisation de la tête du patient, la position de la sonde endotrachéale est vérifiée.

2.3. Circulation

La surveillance de la circulation porte sur les battements cardiaques, la fréquence cardiaque, la pression artérielle, la circulation périphérique, le capnographe et l'ECG.

C'est-à-dire ayant validé quatre semestres spécifiques de la discipline.

Les battements cardiaques sont surveillés de façon continue par une des méthodes suivantes: palpation du pouls artériel, auscultation cardiaque, mesure continue de la pression artérielle, oxymétrie de pouls ou une technique équivalente. La fréquence cardiaque et la pression artérielle sont notées à des intervalles de temps ne dépassant pas 5 minutes. La surveillance de l'ECG débute avant l'induction.

2.4. Profondeur de l'anesthésie ou de la sédation et de la curarisation

La profondeur de l'anesthésie ou de la sédation est évaluée cliniquement sur les réactions motrices et circulatoires. Le monitoring de la transmission neuromusculaire à l'aide d'un stimulateur de nerf est recommandé en cas d'administration prolongée de myorelaxants ou quand une sensibilité accrue du patient ou une curarisation résiduelle est suspectée.

2.5. Autres éléments de surveillance

En cours d'anesthésie la position du patient est surveillée, en particulier les points d'appui et les territoires comportant un risque de lésion nerveuse. Tout changement de position impose un nouveau contrôle des variables mesurées.

La température centrale est mesurée dès lors qu'une déviation notable de la valeur normale existe ou est prévue, notamment chez l'enfant

2.6. Fiche d'anesthésie

Tout acte anesthésique donne lieu à l'établissement d'une fiche d'anesthésie sur laquelle sont consignés les principaux éléments de l'examen préopératoire, la prémédication, les données de la surveillance peranesthésique, les temps opératoires, les médicaments et les produits sanguins administrés, les gestes associés (accès vasculaires, intubation trachéale, réglages du ventilateur). Pour l'anesthésie locorégionale sont notés la technique utilisée, le site de ponction, le type de matériel et les caractéristiques du bloc. Les noms des personnes ayant assuré l'examen préopératoire, l'anesthésie et la surveillance du réveil sont aussi notés. En cas d'incident ou d'accident un rapport écrit est ajouté.

3 - ÉQUIPEMENT DE SURVEILLANCE

Le médecin anesthésiste-réanimateur doit disposer d'un équipement dont il connaît et vérifie la composition et le fonctionnement avant chaque utilisation en se référant à une check-list.

3.1. Surveillance du patient

Chaque site anesthésique doit pouvoir disposer des appareils suivants:

- un moniteur ECG;
- un appareil de mesure automatique de la pression artérielle;
- un oxymètre de pouls;
- un capnographe;
- un analyseur de vapeur anesthésique, pour les anesthésies avec un circuit filtre alimenté par un faible débit de gaz frais.

3.2. Surveillance de l'appareil d'anesthésie

Les dispositifs requis pour cette surveillance figurent dans les Recommandations de la SFAR concernant l'appareil d'anesthésie et sa vérification avant utilisation.

3.3. Equipement complémentaire

D'autres appareils de surveillance peuvent être nécessaires en fonction du type de patient, de l'acte chirurgical et des impératifs anesthésiques.

Dans les établissements où un manque de personnel et/ou de matériel ne permet pas de respecter ces recommandations, la SFAR conseille au médecin anesthésiste-réanimateur de faire un état des lieux avec la liste des éléments manquants, d'en informer par écrit le responsable administratif afin d'établir un plan permettant la mise en conformité avec ces recommandations au plus tard le 1.1.1997.

Bibliographie

Ministère de la Santé publique et de la Sécurité Sociale. Circulaire n° 394 du 30 avril 1974, relative à la sécurité des malades anesthésiés.

Ministère de la Santé. Circulaire n° 340 DGS/POS 3 A du 23 mars 1982, relative à la sécurité des malades anesthésiés.

Ministère des Affaires Sociales et de la Solidarité Nationale. Circulaire n° 431 DGS/3A du 27 juin 1985, relative à la sécurité des malades anesthésiés dans les établissements sanitaires hospitaliers publics et privés.

International Task Force on Anaesthesia Safety. International Standards for a Safe Practice of Anaesthesia. Adopted by the World Federation of Societies of Anaesthesiologists June 13, 1992. APSF Newsletter 1992, pp. 30-31.