

# **SGAR/SSAR**

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

## **Analgo-Sédation**

Version 2012

### **Groupe de travail version 2012**

Commission de structure et processus:

Catherine Chevalley, Yverdon-les-Bains; Martin Doser, Berne; Christof Heim, Coire/Berne; Sebastian Krayer, Zoug; Alex Noser, Seuzach; Martin Tramèr, Genève ; Christine Zehntner, Winterthur

Lectorat:

Membres du comité de la SSAR

Afin de faciliter la lecture, la forme masculine est utilisée. Il va de soi que le sexe féminin est toujours compris.

En cas de divergence: Le texte allemand est la version originale

## Tables des matières

<b>Messages clefs</b> .....	<b>3</b>
<b>1. Stades de sédation</b> .....	<b>3</b>
<b>2. Conditions requises</b> .....	<b>4</b>
<b>3. Qualité de processus</b> .....	<b>4</b>
<b>3.1 Organisation de la prise en charge du patient (doit)</b> .....	<b>4</b>
<b>3.2 Exigences au patient</b> .....	<b>4</b>
<b>4. Qualité de structure</b> .....	<b>4</b>
<b>4.1 Exigence technique et de locaux (doit)</b> .....	<b>4</b>
<b>4.2 Exigence en personnel (doit)</b> .....	<b>4</b>
<b>4.3 Exigence en matériel d'anesthésie et équipement technique</b> .....	<b>4</b>
<b>5. Déroulement</b> .....	<b>5</b>
<b>6. Littérature complémentaire</b> .....	<b>5</b>
<b>7. Annexe: Check-list pour les non-anesthésistes</b> .....	<b>6</b>

## Messages clefs

- L'analgo-sédation est un acte médical qui est sous la responsabilité médicale.
- Un médecin ne peut à la fois pratiquer une intervention diagnostique ou thérapeutique et s'occuper de l'analgo-sédation.
- L'analgo-sédation doit faciliter la pratique d'interventions diagnostiques et thérapeutiques, mais en aucun cas augmenter le risque global.
- L'analgo-sédation doit assurer le confort du patient durant toute l'intervention et pouvoir être adaptée si nécessaire.
- L'analgo-sédation doit assurer la sécurité du patient durant et après l'intervention.
- Les risques d'une analgo-sédation dépendent du degré de sédation et des co-morbidités relevantes du patient.
- Des compétences et ressources anesthésiologiques spécifiques sont nécessaires pour pratiquer et surveiller une sédation profonde (stade de sédation > II, définition voir ci-après).

## 1. Stades de sédation

Stade <sup>α</sup>		Etat de conscience	Réaction à la stimulation	respiration spontanée	Réflexe de protection	Circulation	Intervention
I	<b>sédation minimale</b>	réveillé	réaction normale à l'appel	non altérée	non altéré	non altérée	généralement aucune
II	<b>sédation modérée</b>	somnolent	réveillable, phase de réveil avec réactions normales à l'appel et stimulation tactile	suffisante, adéquate	non altéré	Généralement non altérée	généralement aucune
III	<b>sédation profonde</b>	soporeux	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	<b>anesthésie générale</b>	inconscient	absent ou non dirigé	insuffisante ou absente	aboli	généralement altérée	protection des voies aériennes

<sup>α</sup> 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/Patient Page files/ASA Standards.pdf](http://www.houstonanesthesiaconsultants.com/Patient%20Page%20files/ASA%20Standards.pdf) (Letzter Zugriff 23.August 2012)

## 2. Conditions requises

En pratique clinique, les exigences de qualité doivent être pondérées en fonction de leurs importances et de leurs conséquences. Dans les applications suivantes, nous utilisons les termes ci-après:

*doit* = standard exigé (exigence minimale)

*devrait* = recommandé et vivement conseillé

*à disposition* = à proximité de la place de travail, pas forcément dans le bloc opératoire/salle d'intervention, mais accessible et fonctionnel dans un délai raisonnable.

*Des compétences anesthésiques spécifiques sont nécessaires lors de stades de sédation >II programmés ou inattendus.*

Les conditions suivantes constituent les bases de travail en anesthésie:

## 3. Qualité de processus

### 3.1 Organisations des soins au patient (doit)

- Consultation anesthésique préalable chez des patients présentant des co-morbidités relevantes et pour une sédation profonde programmée (> stade II). Les documents du patient doivent être disponibles pour l'évaluation anesthésique
- Information/consentement éclairé
- Possibilité d'une surveillance après une analgo-sédation, ainsi que d'une prise en charge antalgique
- Des critères de décharge définis chez le patient ambulatoire

### 3.2 Exigences au patient

Dans le cadre de l'évaluation du patient, les critères d'aptitude suivants doivent être recherchés et être assurés pour le suivi:

- Collaboration et fiabilité
- Etat psychique stable

## 4. Qualité de structure

### 4.1. Exigence d'espace/technique (doit)

Des conditions de place de travail appropriées (espace, lumière, infrastructure, moyens de communication). Possibilité d'évacuation rapide et sans encombre d'un patient couché.

### 4.2 Exigence en personnel (doit)

Une personne spécialisée en anesthésie au minimum sous la responsabilité d'un médecin anesthésiste rapidement disponible sur appel.

### 4.3 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

*devrait* = ECG  
pression non invasive  
capnographie

*à disposition* = défibrillateur  
médicaments de réanimation

## 5. Déroulement

- une analgo-sédation doit se dérouler selon un objectif déterminé de stade de sédation I-III.
- le déroulement d'une analgo-sédation profonde stade> II se déroule selon la décision du médecin anesthésiste responsable. Le choix des médicaments est sous sa compétence et sa responsabilité.
- le contrôle des voies aériennes et la restauration des fonctions vitales doivent être assurés à tout moment.
- essentiellement lors d'intervention longues, le grade de sédation devrait être monitorisé avec un score de sédation validé et documenté.
- des médicaments de courte demi-vie et facilement maniable devraient si possible être utilisés.
- des opiacés ne devraient être employés que lors d'interventions douloureuses.
- une combinaison de plusieurs médicaments devrait être évitée en raison d'interactions potentielles et d'une possible prolongation d'une des substances.
- le nombre de médicaments utilisés au sein d'une institution devrait être restreint, de telle sorte qu'ils soient connus de toutes les personnes pratiquant des analgo-sédation.

**Lors de la présence de situations suivantes, les mesures de précautions spécifiques sont à prendre:**

- risque d'aspiration
- contrôle des voies aériennes critique et difficile
- insuffisance respiratoire
- pression intracrânienne élevée avec vomissements et/ou troubles de la conscience
- fonction circulatoire fortement altérée
- handicap mental et/ou physique
- maladie psycho-psychiatrique
- milieu social sans possibilité d'une prise en charge assurée après une analgo-sédation

**KSP-CSP: 30.09.2012 (version allemande) / 23.5.2013 (version française, C. Chevalley)**

**Consentement par le comité SSAR: 9.7.2013**

## 6. Littérature complémentaire

- Werner C, Smith A, Van Aken H. Guidelines on non-anaesthesiologist administration of propofol for gastrointestinal endoscopy: a double edged sword. Eur J Anaesthesiol 2011; 28: 553-555
- Perel A. Non-anaesthesiologists should not be allowed to administer propofol for procedural sedation: a Consensus Statement of 21 European National Societies of Anaesthesia. Eur J Anaesthesiol 2011; 28: 580-584
- Knappe JT, Adriaensen H, van Aken H, Blunnie WP, Carlsson C, Dupont M, Pasch T; Board of Anaesthesiology of the European Union of Medical Specialists. Guidelines for sedation and/or analgesia by non-anaesthesiology doctors. Eur J Anaesthesiol 2007; 24: 563-567
- 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: S598-S602
- Analgosedierung für diagnostische und therapeutische Massnahmen im Kindesalter. Entschliessung der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin und des Berufsverbandes Deutscher Anästhesisten. Anästh Intensivmed 2010; 51: S603-S614
- Sédation, analgésie et curarisation en réanimation. Recommandations pour la pratique clinique. SRLF-SFAR 2000. [http://www.sfar.org/accueil/articles.php?id\\_article=68](http://www.sfar.org/accueil/articles.php?id_article=68) (Letzter Zugriff 23.August 2012)

## **7. Annexe: Check-list pour non-anesthésistes**

Indications et déroulement de la prise en charge anesthésique lors de gestes diagnostiques et d'interventions.

### **Indications pour la prise en charge anesthésique lors de gestes diagnostiques et d'interventions:**

- stade de sédation >II programmée ou probablement nécessaire
- co-morbidités relevantes avec diminution de l'état général (risque ASA  $\geq$  3 selon la société américaine d'anesthésie)
- risque d'aspiration élevé
- gestion difficile et attendue des voies aériennes
- insuffisance respiratoire
- pression intracrânienne augmentée avec nausées et/ou troubles de la conscience
- troubles de la conscience dans le cadre d'intoxication, traumatisme, troubles neurologiques
- infirmité lourde mentale et/ou corporelle
- maladie psychiatrique

### **Déroulement de la prise en charge anesthésique lors de gestes diagnostiques et interventionnelles:**

#### **1. Evaluation anesthésique avec information et consentement (Informed Consent):**

Annonce à temps auprès du cabinet ou service d'anesthésie pour:

- planification d'éventuelles investigations et optimisation avant l'intervention diagnostique / thérapeutique
- planification à temps des interventions (p. ex. regroupement des interventions avec prise en charge anesthésique)

#### **2. Anticipation de la technique d'anesthésie pour l'intervention diagnostique/intervention: MAC ou anesthésie générale selon la décision du médecin anesthésiste responsable**

#### **3. Transmission d'informations (date, jeûne, surveillance, retour à domicile etc.):**

Information orale et écrite au patient selon accord avec d'autres disciplines

9.7.2013