

Standards et Recommandations pour l'anesthésie

Version 2012

Minirévision 29.1.2014

Groupe de travail 2012

Commission pour des questions de structure et processus:

Catherine Chevalley, Yverdon-les-Bains; Martin Doser, Bern; Christof Heim, Chur/Bern;
Sebastian Kraye, Zug; Alex Noser, Seuzach; Martin Tramèr, Genève; Christine Zehntner, Winterthur

Lecture:

Membres du comité de la SSAR

Christian Kern, Lausanne; Christoph Konrad, Luzern; Joachim Koppenberg, Scuol; Beat Meister, Bern;
Didier Naon, Schwyz; Thomas Schnider, St. Gallen; Alexander Schweizer, Neuchâtel; Luzius Steiner,
Lausanne / Basel; Eric Weber, Sion; Andreas Zollinger, Zürich

Groupe de travail „normes et recommandations, version 2002“

Franz Frei, Basel; Thomas Pasch, Zürich; Patrick Ravussin Sion; Thomas Schnider, St. Gallen;
Alexandre Schweizer, Neuchâtel; Max Wintsch, Yverdon-les-Bains

Groupe de travail „normes et recommandations version 1993“

Comité de la SSAR 1992/3 (Markus Betschart, St. Gallen, président 1990-92; Marianne Bachhofen,
Bern, présidente 1992-94)

Pour des raisons de simplification de lecture, la forme au masculin est choisie. Il va de soi que la forme au féminin en fait partie.

Les expressions et abréviations anglaises dans ce texte sont représentées en italique.

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

Table des matières

Préambule

1. Sens et utilité des standards et recommandations de la SSAR	5
2. Terminologie et définitions	5
2.1 Anesthésie et Anesthésiologie.....	5
2.2 Le médecin-anesthésiste – le médecin spécialiste en anesthésiologie.....	5
2.3 Domaines d’activité de l’anesthésie clinique	6
2.4 Responsabilité de l’évaluation préopératoire	6
2.5 Nécessité et indication	7
2.6 Recommandations, standards et directives etc.....	7
3. Conditions requises pour la pratique de l’anesthésie.....	7
3.1 Avant l’anesthésie.....	7
3.1.1 Evaluation	7
3.1.2 Information sur l’anesthésie.....	8
3.1.2.1 Etendue	8
3.1.2.2 Moment choisi.....	8
3.1.3 Consentement éclairé	9
3.1.3.1 Considérations cliniques.....	9
3.1.3.2 Documentation.....	9
3.2 L’anesthésie	9
3.2.1 Place de travail de l’anesthésie	9
3.2.1.1 Exigences de locaux.....	9
3.2.1.2 Equipement en appareil	10
3.2.1.3 Appareil d’anesthésie (resp. Combinaison comparative d’appareil d’anesthésie).....	11
3.2.2 Surveillance/ monitoring/ autre équipement	11
3.2.2.1 Paramètres de surveillance	11
3.2.2.2 Voie veineuse	12
3.2.2.3 L’étiquetage des seringues et perfusions.....	12
3.2.2.4 Prise en charge des voies aériennes.....	12
3.2.2.5 Défibrillateur / pacemaker	12
3.2.2.6 Documents anesthésiques	12
3.2.2.7 Check-liste selon les directives l’OMS	13
3.2.2.8 Appareil à réchauffement et de conservation de chaleur	13
3.2.3 Equipe d’anesthésie	13
3.2.3.1 Médecin spécialiste en anesthésie.....	13
3.2.3.2 Médecin anesthésiste en formation	13
3.2.3.3 Personnel infirmier anesthésique	13
3.2.4 Place de travail et responsabilités	14
3.2.5 Règlement des compétences lors d’incidents	14
3.2.6 Service d’urgence et de garde	14
3.3 Après l’anesthésie	15
3.3.1 Salle de réveil.....	15
3.3.1.1 Espace nécessaire et équipement.....	15
3.3.1.2 Organisation et responsabilité	15
3.3.1.3 Le personnel	15

3.3.2	Prise en charge sans salle de réveil.....	15
3.3.3	Décharge après chirurgie ambulatoire.....	15
3.3.4	Antalgie postopératoire	16
3.3.5	Antalgie interventionnelle.....	16
3.4.	Personnel et remarques supplémentaires	16
3.4.1	Formation continue et perfectionnement professionnel	16
3.4.1.1	Médecins anesthésistes	16
3.4.1.2	Personnel infirmier anesthésique	17
3.4.2	Calcul du personnel	17
3.4.2.1	Médecins-anesthésistes	17
3.4.2.2	Personnel infirmier anesthésique	17
3.5.	Données de structures et d'activités.....	18
4.	Qualité	18
4.1	Définition	18
4.2	Aspects de la qualité	18
4.2.1	Qualité de structure	18
4.2.2	Processus de qualité.....	18
4.2.3	Qualité des résultats	19
4.3	Gestion de la qualité orientée vers le processus	19
5.	La sécurité du patient.....	19
6.	Documents référés de la SSAR.....	20
7.	Distribution et fiabilité	21
8.	Références	22
9.	Littérature complémentaires et sources	23

Ce nouveau document permet une prise en charge adéquate du patient en exposant les standards et recommandations en vigueur dans la pratique de l'anesthésie.

Dans le but de focaliser la diversité médicale, structurelle et organisationnelle, la SSAR en tant que société faitière a souhaité éditer des standards uniformisés pour l'anesthésie en tant qu'exigences minimales (*doit*). Ces recommandations donnent un cadre et un champ d'action pour une prise en charge individuelle (*devrait*).

Les conditions requises ainsi énoncées s'adressent aux médecins spécialistes en anesthésiologie pratiquant en Suisse. Elles sont valables aussi bien pour les médecins-anesthésistes hospitaliers (*Hospital Based Anaesthesia, HBA*) que pour ceux travaillant à l'extérieur d'une structure hospitalière (*Office Based Anaesthesia, OBA*).

Un service d'anesthésie doit être considéré, en ce qui concerne la sécurité du patient et la qualité, comme étant égale et indépendante vis-à-vis d'autres spécialités. Cela implique:

- un responsable médical et autonome défendant ces valeurs aussi bien vers l'intérieur que l'extérieur
- l'élaboration et l'application dirigée de processus en accord avec d'autres spécialités

1. Sens et utilité des standards et recommandations de la SSAR

Dans le but d'augmenter la qualité de la prise en charge du patient et de sa sécurité, des standards et recommandations pour la pratique de l'anesthésie en Suisse sont publiés:

- maintien et amélioration continue de la sécurité du patient
- élaboration d'objectifs de qualité avec propositions de la réalisation de processus nécessaires et des ressources associées
- accentuation et promotion de la formation continue et du perfectionnement en anesthésiologie et en médecine peropératoire
- bases pour la formulation de futurs standards spécifiques et recommandations dans les domaines spécifiques de l'anesthésie (anesthésie pédiatrique, obstétricale, cardiovasculaire)
- proposition de soutien dans des litiges médico-légaux et juridiques
- éviter des directives fédérales en assurant des prescriptions spécifiques à la spécialité.

Vu de l'extérieur ce document doit servir d'aide et de maintien des intérêts spécifiques anesthésiques dans un contexte interdisciplinaire, administratif et économique.

La qualité et la sécurité du patient sont au premier plan d'une prise en charge adéquate en anesthésie clinique. Elles ont une signification et une place déterminante dans ce document. Les deux sujets seront traités dans les chapitres 4 et 5 en rapport avec l'anesthésie clinique.

2. Terminologie et définitions

Dans le texte suivant vont apparaître différentes expressions, utilisées également dans le langage international, qui pourront aider à une meilleure compréhension du document. Ainsi des parenthèses et des annotations pourront être évitées en faveur d'une vue d'ensemble.

2.1 Anesthésie et Anesthésiologie

L'anesthésie est le domaine central de l'anesthésiologie. Elle comprend l'évaluation et la préparation du patient, le déroulement d'une anesthésie générale et régionale, la prise en charge surveillée par l'anesthésiste (*Monitored Anaesthesia Care = MAC*), ainsi que la surveillance après des interventions diagnostiques et thérapeutiques. Le but principal dans un contexte interdisciplinaire est d'assurer une prise en charge peropératoire sûre et efficace du patient.

L'anesthésiologie est une discipline médicale subordonnée qui se s'occupe, en plus de son domaine central, d'un large spectre clinique et de recherche en médecine intensive, médecine d'urgence et antalgie. Elle met à disposition de façon transversale ses connaissances et prestations de spécialistes et assure la médecine opératoire, traumatologique et aigüe. L'antalgie s'occupe en plus de douleurs aiguës, chroniques et de médecine palliative.

2.2 Le médecin-anesthésiste – le médecin spécialiste en anesthésiologie

Le médecin spécialiste en anesthésiologie est communément appelé le médecin-anesthésiste. Il acquiert, après l'obtention du diplôme de médecine, un large spectre de connaissances et d'aptitudes pendant une durée d'au moins 5 ans qui sont la condition pour pouvoir assurer de façon indépendante

les tâches multiples. Celles-ci sont répertoriées et exigées dans le *Swiss Catalogue of Objectives in Anaesthesia and Reanimation* (SCOAR) et figurent dans le programme de la formation post-graduée de 2013 (mise en vigueur le 1.1.2013). Elles seront adaptées régulièrement en fonction de leur évolution.

2.3 Domaines d'activité de l'anesthésie clinique

Dans la pratique de l'anesthésie, des expressions sont fréquemment abrégées ou exprimées en des termes analogues.

- **anesthésie (= activité anesthésique):** terme général pour l'anesthésie générale, régionale et locale et la surveillance anesthésique avec ou sans analgésie-sédation (*Monitored Anesthesia Care MAC*, anciennement *stand-by*).
- **place de travail anesthésique (place de travail):** endroit resp. espace, dans lequel un patient reçoit une prestation anesthésique sous la responsabilité d'un médecin spécialiste
- **bloc opératoire:** terme utilisé pour décrire l'ensemble des salles d'opération, resp. des places de travail
- **médecin spécialiste en anesthésiologie (médecin spécialiste en anesthésie, l'anesthésiste):** médecin avec un titre fédéral de médecin spécialiste en anesthésiologie ou d'un certificat d'équivalence (un diplôme étranger est reconnu en Suisse à valeur égale)
- **médecin-anesthésiste en formation:** médecin en cours de spécialisation
- **médecin anesthésiste spécialiste responsable:** pour chaque activité anesthésique, un médecin anesthésiste est responsable et doit figurer sur le document
- **infirmier anesthésiste:** personnel infirmier spécialiste avec formation spécifique. Depuis le 1.7.2010 la désignation d'expert diplômé en soins anesthésiques EPD ES est valable (voir détail dans le chapitre „remarques complémentaires“). Pour plus de clarté, les appellations infirmier anesthésiste ou personnel infirmier d'anesthésie sont utilisées.

2.4 Responsabilité de l'évaluation préopératoire

Le spécialiste avec une activité opératoire ou interventionnelle („l'opérateur“) est responsable de l'indication, resp. de l'évaluation de l'opérabilité.

L'évaluation de l'opérabilité est une tâche commune entre l'opérateur et l'anesthésiste. Le médecin anesthésiste („l'anesthésiste“) évalue la capacité anesthésique pour l'intervention et assure ainsi la procédure avant, durant et après l'intervention, y compris l'antalgie.

Les définitions suivantes délimitent les responsabilités des disciplines participantes :

- **opérabilité:** aptitude d'un processus pathologique pour une intervention chirurgicale, par exemple dans les tumeurs la localisation, la grosseur, le caractère invasif, les éventuelles métastases.
- **capacité d'être opéré:** état de santé général du patient avec exclusion de troubles organiques fonctionnels qui interdiraient l'intervention (par ex: insuffisance cardiaque et respiratoire, décompensation métabolique).
- **capacité d'être anesthésié:** état du patient et de ses fonctions vitales qui supportent une anesthésie

2.5 Nécessité et indication

Les notions suivantes donnent la nécessité de la présence d'un appareil, d'équipement, de matériel et d'installation etc., mais également leur degré d'indication à l'usage professionnel:

doit = standard exigé, correspond aux exigences minimales

devrait = recommandé et vivement conseillé

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

2.6 Recommandations, standards et directives etc.

Les différentes notions ne sont pas délimitées de façon précise que ce soit dans la littérature ou dans le quotidien clinique. Les notions suivantes sont courantes et sont à considérer comme bases de compréhension à ce document.

- **recommandation**: conseils, propositions ou soutiens sans aucun caractère obligatoire et juridique.
- **standard**: simple ou unifié, reconnu et généralement appliqué de façon à accomplir une activité (ou fabrication). Peut-être un critère de décisions lors de questions médico-légales.
- **ligne de conduite**: proposition d'action pour un domaine de prédilection avec un caractère uniforme, mais pas de loi formelle.
- **ligne directrice (guideline)**: approche systématique de prise de décision et d'orientation dans des situations spécifiques pour médecins et autres professionnels du domaine de la santé. Ils reflètent en général des standards acceptés. Les lignes directrices ne sont pas contraignantes et doivent être adaptées à chaque cas individuellement.
- **procédure d'action (standard operating procedure, SOP)**: instruction concrète et systématique avec une démarche ciblée lors du déroulement d'une activité répétée, mais également dans des cas exceptionnels.
- **directive**: ligne directrice avec politique intérieure ou réglementation d'action avec un caractère propre à l'institution.
- **evidence based medicine (EBM)**: Elle est définie comme l'utilisation consciente, explicite et réfléchie de toutes les informations permettant une prise de décision dans la prise en charge individuelle d'un patient.¹ Elle s'appuie essentiellement sur des preuves externes, c.à.d. sur les résultats de la recherche clinique évaluée et de la publication des recherches dans la littérature. Elle intègre également des avis d'experts cliniques individuels et est limitée dans le temps.

3. Conditions requises pour la pratique de l'anesthésie

3.1 Avant l'anesthésie

La période précédant l'anesthésie pour une intervention chirurgicale, interventionnelle ou diagnostique, comprend l'évaluation, l'information et le consentement éclairé du patient.

(Voir lignes directrices de l'évaluation, l'information et le consentement éclairé (*informed consent* [url comme note de bas de page])

3.1.1 Evaluation

L'opérateur décide de l'indication, du type et du moment de l'intervention et également de la nécessité d'une anesthésie. Le patient consent au traitement médical dans son ensemble, c.-à-d. y compris une éventuelle anesthésie, et a le droit à la confidentialité.

Les critères de conclusion d'un contrat de traitement et de capacité de jugement figurent dans le code pénal suisse et sont à lire dans le guide de SAMW-FMH.^{2 3} „Pour conclure un contrat de traitement, il est exigé une capacité d'action et un accord valable et une capacité de jugement“ (voir également 3.1.3.1).⁴

Des raisons médicales, organisatrices, économiques et médico-légales demandent une évaluation approfondie du patient avant une anesthésie.

Une anamnèse spécifique à la spécialité, un examen clinique et des examens complémentaires ciblés permettent l'évaluation de la capacité anesthésique. Des examens complémentaires (laboratoire, radiographie, électrocardiogramme, etc.) sont indiqués selon le type d'intervention et l'état du patient.

L'anesthésiste intervient si de son point de vue il existe des contre-indications à l'intervention, respectivement quand l'état du patient peut être amélioré en reportant l'intervention.

Lors d'interventions complexes, chez des patients polymorbides et dans des situations psychosociales difficiles, l'opérateur est responsable de demander à l'anesthésiste son appréciation du cas, de façon à élaborer une attitude peropératoire globale.

La date de l'évaluation est à déterminer, de telle sorte que chez des patients polymorbides et avant des interventions majeures, des investigations peropératoires complémentaires puissent être possibles. Ainsi une optimisation de l'état du patient avant l'intervention peut être entreprise.

Lors d'absence de problèmes médicaux, l'anesthésiste et l'opérateur doivent prendre en compte les désirs de chacun.

Si l'opérateur souhaite, malgré les réticences de l'anesthésiste, maintenir l'intervention, il prend connaissance des raisons de la récusation et reprend la responsabilité médicale et légale du cas. Dans cette situation, l'anesthésiste doit refuser l'anesthésie.

3.1.2 Information sur l'anesthésie

3.1.2.1 Etendue

Le droit suisse oblige de donner une information adéquate sur l'anesthésie.

Le patient doit être informé par un médecin anesthésiste (médecin spécialiste ou médecin en formation sous supervision) de sa capacité anesthésique, des mesures anesthésiques à prendre et de leurs risques.

L'explication des risques possibles doit être appropriée et ne doit pas faire peur. L'objectif est de permettre au patient en cas de choix de participer à la décision.

Des informations détaillées sur le déroulement général de l'intervention, du comportement à adopter avant et après l'anesthésie (jeûne, prise de médicaments, prémédication, surveillance après l'anesthésie, traitement de la douleur, décharge après une intervention) sont à lui transmettre oralement et par écrit.

3.1.2.2 Moment choisi

Le moment de l'information est à fixer de telle sorte que le patient, lors de choix possibles, dispose de suffisamment de temps pour évaluer les avantages et désavantages des types d'anesthésie proposés et, le cas échéant, de demander un deuxième avis.

3.1.3 Consentement éclairé

Le médecin anesthésiste détermine avec le patient la stratégie anesthésique et antalgique.

L'information sur la méthode individuelle appropriée est conclue avec l'obtention du consentement du patient. Cette procédure est appelée consentement éclairé (*informed consent*).

Différentes possibilités d'organisations (allant de la visite préopératoire hospitalière, de la consultation anesthésique préhospitalière, à la consultation téléphonique) sont possibles et de qualité similaires.

Comme préparation à l'intervention, à l'anesthésie et à son déroulement, il est conseillé de donner des informations au patient par des moyens écrits, électroniques ou audiovisuels.

3.1.3.1 Considérations cliniques

Un consentement éclairé spécifique à la spécialité doit être demandé en principe avant chaque anesthésie. Le consentement éclairé ne peut être délégué à un médecin d'une autre spécialité.

Il n'existe pas de directives nationales sur le consentement éclairé.

Ainsi, la signature d'un patient n'a qu'une valeur juridique limitée. Néanmoins, le patient confirme par sa signature qu'il y a eu une discussion au sujet du consentement éclairé.

Du point de vue médico-légal, l'accent principal est mis sur une information adéquate au patient, c'est-à-dire compréhensible et suffisante. Par conséquent, les risques discutés doivent être documentés de façon compréhensible et non déformée.

Même dans les situations d'urgence, l'information donnée doit être appropriée, la procédure expliquée et documentée.

Dans les situations d'urgence vitales, les patients sans discernement, (maladie mentale, démence sénile, ivresse ou état similaire avec diminution du discernement) et les enfants en dessous de 12 ans figurent parmi les exceptions du consentement éclairé individuel.

Chez les enfants, le discernement individuel est déterminant: „Entre 12 et 16 ans cela dépend de chaque enfant et du type d'intervention la capacité de discernement doit être analysée de cas en cas. Le médecin peut en principe s'attendre à une capacité de jugement chez un adolescent de 16 ans, à condition qu'une discussion pour un traitement lourd de conséquences ne soit pas nécessaire“.⁵

Chez des enfants en dessous de 12 ans, les parents doivent confirmer le consentement éclairé. Chez des patients incapables de discernement un remplaçant légal doit être défini.

3.1.3.2 Documentation

Constatations, interprétations et risques doivent être documentés par écrit sur papier ou sous forme électronique et doivent figurer dans le dossier médical du patient. Il est conseillé de consigner la durée de l'explication et du consentement.

3.2 L'anesthésie

3.2.1 Place de travail de l'anesthésie

3.2.1.1 Exigences de locaux

La place de travail de l'anesthésie doit être accessible aux patients en position couchée. Le transfert sur une table d'opération ou un moyen de transport doit être possible aussi bien avant qu'après l'intervention. Dans des situations particulières (enfants, lésion de la moelle, polytraumatisme, césarienne en extrême urgence, choc hémorragique etc.) la voie d'accès du lit ou du brancard du patient à la salle d'induction/d'extubation doit être libre et rapidement possible.

3.2.1.2 Equipement en appareil

L'équipement d'une place de travail va dépendre de sa fonction.

Se référer au règlement sur les instruments médicaux (ODim). Dans le numéro 2869/29 de la série de la Suva consacrée à la médecine du travail, voir le rapport "manipulation des gaz anesthésiques" [url comme note de bas de page] (www.suva.ch/waswo).

L'exemple suivant de la chirurgie générale démontre la nécessité des appareils, de l'installation, de l'infrastructure etc., mais non de l'indication à l'utilisation chez le patient:

Place de travail anesthésique en chirurgie générale				
	Equipement/Appareil/Matériel/infrastructure	Place de travail	Bloc opératoire	Disponible
Doit	Oxygène	X		
	Equipement anesthésique ou équivalence	X		
	Moniteur ECG	X		
	Mesure de la pression, non invasive	X		
	Oxymètre de pouls	X		
	Capnographie	X		
	Monitoring de température	X		
	Système d'aspiration	X		
	Document anesthésique	X		
	Système de ventilation (ambu entre autre)	X		
	Chariot à médicaments et matériel	X		
	Moyens de communication	X		
	Système d'évacuation des gaz (lors d'utilisation d'halogénés et protoxyde)	X		
	Monitoring de relaxation neuromusculaire	X		
	Check-list (<i>sign in, time out, sign out</i>) ⁶	X		
	Défibrillateur		X	
	Chariot d'intubation difficile		X	
Devrait	Recueil des données		X	
	Systèmes de réchauffement des perfusions et dérivés sanguins.		X	
	Monitoring EEG simplifié (BIS e.a.)			X
	Système de maintien de température (matelas, soufflerie)	X		
	Mesure de pression invasive		X	
	Echographie avec Doppler			X
	Matériel pour mesure de la pression veineuse centrale		X	
	Matériel de prise de sang (feuilles de prescription incluses)			X
	Laboratoire d'urgence			X
	Antidotes (dantrolène, intralipides, etc.)			X

Les appareils cités ci-dessus doivent être munis de l'autorisation et de registration suisse et doivent correspondre au règlement sur les instruments médicaux (ODim) et aux normes actuelles.⁷

Les équipements et appareils doivent être contrôlés régulièrement selon les prescriptions légales et les consignes du producteur et du fournisseur.

Les remarques suivantes concernent d'une part la spécification et les prescriptions de maintien des appareils et d'autre part les indications spécialisées pour leur utilisation et les précautions envers le patient:

3.2.1.3 Appareil d'anesthésie (resp. Combinaison comparative d'appareil d'anesthésie)

L'appareil d'anesthésie doit permettre l'apport d'oxygène et d'air (avec ou sans volatiles). Il permet d'assurer une respiration spontanée ou assistée et si besoin peut être équipé d'un respirateur. Lors d'utilisation de volatiles il est nécessaire d'avoir un système approprié d'évacuation des gaz (*doit*). (Médecine du travail de la SUVA, article 2869/29).

L'utilisation de volatiles implique le recours à un vaporisateur spécifique qui doit être rempli au moyen d'un système de remplissage adapté à chaque halogène (*doit*).

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

- manomètre, indicateur continu des pressions des gaz
- bouteille d'oxygène de réserve séparée
- système d'alarme d'oxygène
- débitmètre
- dispositif immédiat d'apport d'oxygène à 100%
- coupure automatique de protoxyde ($FiO_2 \geq 21\%$)
- indicateurs d'alarmes pour les pressions respiratoires, déconnexion incluse

Chaque appareil d'anesthésie:

- doit correspondre aux déclarations du fournisseur
- doit au minimum être testé une fois quotidiennement selon une check-list, respectivement selon un protocole automatisé du fournisseur
- devrait être contrôlé entre deux interventions

3.2.2 Surveillance/ monitoring/ autre équipement

La surveillance la plus indispensable est la présence physique continue d'un médecin anesthésiste ou d'un infirmier anesthésiste auprès du patient pendant toute la durée de l'anesthésie.

Les différents aspects de la surveillance clinique ne seront pas énumérés. Ils font partie intégrale du contenu du perfectionnement professionnel.

3.2.2.1 Paramètres de surveillance

Les appareils de surveillance et leurs dispositifs tels que le réglage des alarmes augmentent la vigilance de l'équipe anesthésique. Ils confirment l'état adéquat des fonctions vitales, en particulier la perfusion tissulaire par du sang oxygéné.

Les adjectifs *doit*, *devrait*, *à disposition* indiquent le degré d'utilisation des méthodes de surveillance citées ci-dessous:

- **oxygénation:** surveillance systématique quel que soit le type d'anesthésie par un pulsoxymètre (*doit*);

Concentration inspiratoire en oxygène ou réglage des paramètres de gaz frais (air/oxygène) lors d'anesthésie générale sans protoxyde et sans débit minimal (*doit*);

Concentration inspiratoire d'oxygène lors d'utilisation de protoxyde et d'un débit de gaz frais $\leq 0,5l/min$ (*doit*);

Appareil à gazométrie (*à disposition*).

- **Respiration/ Ventilation:** Capnographie pour les patients en anesthésie générale (*doit*) ou lors d'une analgésie-sédation profonde (*devrait*). Equipement lors de ventilation mécanique d'une spirométrie et d'un système d'alarme de déconnexion ou occlusion (*doit*).
- **Système circulatoire:** ECG lors d'anesthésie générale et régionale (*doit*); lors de MAC avec ou sans analgésie-sédation ou anesthésie intraveineuse (AVR) (*devrait*). Toutefois présent si ASA ≥ 3 (*doit*).
Mesure de la pression non-invasive (*doit*), Mesure de la pression invasive chez des patients instables ou en hypotension contrôlée (*doit*), lors de longues interventions majeures (*à disposition*).
Exceptions: ECG et pression non-invasive chez des enfants en bas âge lors d'anesthésie de courte durée pour des interventions périphériques et diagnostiques (par exemple IRM) (*devrait*).
- **Relaxation:** Monitoring de la transmission neuromusculaire (TOF et autres fonctions) (*doit*)
- **Mesure de la température:** Oesophagienne et rectale : lors d'interventions majeures et/ou de longue durée (*devrait*), systématiquement lors d'une hypothermie contrôlée (*doit*), lors d'interventions mineures et de courte durée chez les enfants (*à disposition*).
- **Mesure de la profondeur de l'anesthésie / de la sédation:** Mesure de concentration inspiratoire et expiratoire de l'halogène lors d'anesthésie aux gaz (*doit*), monitoring dérivé de l'EEG (monitoring de l'index bispectral) pour mesurer la profondeur de l'anesthésie et l'indication du dosage adéquat (*à disposition*; *devrait* être appliqué dans des cas précis bien définis par chaque institution).

3.2.2.2 Voie veineuse

Chaque patient quel que soit le type d'anesthésie, MAC inclus, doit recevoir une voie veineuse (*doit*). Lorsque l'induction de l'anesthésie se fait aux gaz, celle-ci peut être mise secondairement.

Exception: Des enfants avec une analgésie-sédation ou lors d'une intervention de courte durée avec une anesthésie superficielle aux gaz (*devrait*).

3.2.2.3 L'étiquetage des seringues et perfusions

Toutes les seringues, les perfusions rapides et les solutions doivent être étiquetées ou marquées d'un crayon feutre indélébile de manière qu'aucune confusion en cas de mauvaise lumière ou de changement d'équipe soit possible (*doit*) (voir document Etiquetage des seringues). L'étiquetage doit être uniformisé au sein d'une institution.

3.2.2.4 Prise en charge des voies aériennes

(voir document sur l'algorithme de l'intubation difficile)

Chaque bloc opératoire doit être équipé d'un chariot contenant du matériel pour une intubation difficile. L'algorithme de l'intubation difficile doit également rapidement être à portée de main (*devrait*)

3.2.2.5 Défibrillateur / pacemaker

Un défibrillateur doit se trouver dans le bloc opératoire à proximité de toute place de travail d'anesthésie. Il doit être contrôlé régulièrement (*doit*). Un pacemaker externe *devrait* être disponible à proximité.

3.2.2.6 Documents anesthésiques

Il est obligé d'avoir une documentation sur l'évaluation préopératoire contenant les informations et le consentement du patient, le protocole d'anesthésie et les prescriptions postopératoires. Ces documents (sous forme de papier ou informatisés) *doivent être mis à disposition* du personnel d'anesthésie avant, pendant et après une anesthésie.

3.2.2.7 Check-liste selon les directives l'OMS

Pour améliorer la sécurité des patients peropératoires, il faut avoir recours systématiquement à une check-list selon les directives standards de l'OMS (*doit*).⁶

3.2.2.8 Appareil à réchauffement et de conservation de chaleur

Un système de réchauffement du corps et des perfusions *devrait* être employé, afin d'éviter une déperdition de chaleur accidentelle.

De même qu'un système approprié pour dégeler le plasma frais *devrait être à disposition*.

3.2.3 Equipe d'anesthésie

3.2.3.1 Médecin spécialiste en anesthésie

Le médecin spécialiste responsable de l'anesthésie est appelable pendant toute la durée de l'intervention et présent rapidement. Il peut déléguer sous sa supervision la gestion de l'anesthésie à un de ses collaborateurs (infirmier anesthésiste ou médecin anesthésiste en cours de spécialisation).

En déléguant ces tâches, le médecin spécialiste responsable peut en fonction des compétences et de la formation de ses collaborateurs surveiller plusieurs postes de travail en même temps. Cependant, lors de la survenue de problèmes vitaux, il doit rapidement pouvoir intervenir auprès des places de travail dont il a la supervision.

3.2.3.2 Médecin anesthésiste en formation

Des responsabilités médicales peuvent être déléguées à un médecin anesthésiste en formation selon ses compétences professionnelles et son degré de formation. La délégation se fait sous la responsabilité d'un médecin anesthésiste spécialiste.

Le médecin anesthésiste en formation reçoit une supervision adaptée à son degré de formation. La supervision est clairement définie et annoncée.

3.2.3.3 Personnel infirmier anesthésique

L'infirmier anesthésiste a acquis le titre d'expert en soins infirmiers en anesthésie EPD ES après deux ans de formation professionnelle (diplôme des études supérieures).

L'infirmier anesthésiste travaille en délégation ou en collaboration avec un médecin spécialiste en anesthésie. Dans le cadre de cette délégation, il est le seul responsable. Il forme une équipe avec le médecin responsable du déroulement de l'anesthésie et le médecin anesthésiste en formation.

L'infirmier d'anesthésie travaille sous les ordres du médecin spécialiste en anesthésie responsable de la prise en charge de l'anesthésie.

Les tâches de l'infirmier anesthésique comprennent l'exécution de prescriptions médicales et des tâches bien définies (profil professionnel www.siga-fsia.ch). Elles peuvent lui être déléguées dans le cadre de leurs compétences et de la difficulté de l'intervention chirurgicale, resp. anesthésique.

Le personnel infirmier en anesthésie peut en présence du médecin anesthésiste responsable de l'anesthésie pratiquer l'induction et le réveil du patient. Il est qualifié pour assurer le maintien d'une anesthésie générale sous supervision.

Suivant une réglementation claire des compétences et une supervision par un médecin spécialiste, le personnel infirmier devrait pouvoir soutenir le médecin anesthésiste en formation.

3.2.4 Place de travail et responsabilités

La réalisation d'une anesthésie est un acte médical pour lequel un médecin anesthésiste spécialiste est responsable.

Médecins et personnel infirmier se soutiennent en tant qu'équipe dans la réalisation d'une prestation anesthésique. Une communication ouverte, confiante et loyale est la base d'une collaboration efficace (voir codex de conduite, version 2012).

En principe lors de la réalisation d'une anesthésie (toutes procédures incluses), un médecin anesthésiste ainsi qu'une deuxième personne de l'équipe anesthésique doit être à disposition.

Un médecin spécialiste est responsable de la dotation du personnel durant toute la durée de l'activité anesthésique.

Lors de risques prévisibles ou de la survenue de problèmes inattendus pendant l'anesthésie, il faut penser à augmenter la dotation en personnel qualifié.

Si un médecin spécialiste effectue seul un acte anesthésique (voir 2.3) ou une prestation particulière (antalgie interventionnelle, pose de voie veineuse centrale etc.), il doit s'assurer qu'à tout moment une personne familière avec les lieux peut être rapidement à sa disposition. Parmi les conditions locales, l'équipement, les médicaments, les locaux, les systèmes d'évacuation et la logistique en font partie. Dans le cas de la survenue de problèmes vitaux, une personne spécialiste en anesthésie supplémentaire doit pouvoir être appelée et disponible rapidement.

3.2.5 Règlement des compétences lors d'incidents

Le médecin spécialiste responsable de l'anesthésie doit être informé impérativement et immédiatement de la survenue de toute anomalie en cours d'anesthésie. Le médecin spécialiste responsable doit pouvoir intervenir dans un très court délai.

En cas d'incident majeur et vital, le médecin anesthésiste en formation et le personnel infirmier sont contraints, après avoir donné l'alarme, de débiter les mesures de réanimation.

3.2.6 Service d'urgence et de garde

Le médecin responsable du service d'anesthésie attribue les responsabilités et le temps imparti pendant les gardes en fonction des domaines opératoires à couvrir et des activités en salle d'accouchement, aux soins intensifs et dans le service des urgences. La priorité va à la sécurité du patient, possible uniquement si les temps de présence de l'équipe d'anesthésie sont respectés.

Il est fortement recommandé que les modalités des structures de garde, leur déroulement et les activités de garde, ainsi que le besoin en personnel sont convenus et mentionnés par écrit avec les autres responsables de spécialité et la direction de l'hôpital. Avec une structure de garde régulée et transparente les manquements dans l'organisation sont ainsi évitables.

Pour les centres de formation, les standards suivant en dotation du personnel sont appliqués:

- si un médecin anesthésiste en formation assure les gardes en premier plan, un médecin anesthésiste spécialiste doit être présent dans un court délai.
- si un médecin anesthésiste en formation a moins de deux ans de formation, un médecin anesthésiste spécialiste doit être sur place.

- le médecin anesthésiste avec moins de deux ans de formation et le personnel infirmier en anesthésie peuvent ensemble prendre en charge des situations vitales jusqu'à l'arrivée du médecin spécialiste.

3.3 Après l'anesthésie

(Voir le document de la SSAR: Prise en charge et surveillance après l'anesthésie).

Après des interventions thérapeutiques et diagnostiques en anesthésie générale ou régionale, les patients sont transférés en règle générale en salle de réveil pour contrôle et stabilisation des fonctions vitales ainsi que pour la gestion d'une antalgie appropriée.

Après une anesthésie régionale, MAC ou une anesthésie générale de courte durée, les patients peuvent en fonction des critères de décharge en vigueur être transférés directement à l'étage ou rentrer à domicile.

3.3.1 Salle de réveil

3.3.1.1 Espace nécessaire et équipement

En plus d'une place de surveillance équipée d'un appareil de surveillance, le matériel d'intubation et l'appareil respiratoire *doivent être à disposition*, ainsi qu'un défibrillateur.

3.3.1.2 Organisation et responsabilité

Aspects économiques et organisationnels: Il est conseillé d'avoir une centrale de surveillance à proximité des places de surveillance, resp. du bloc opératoire.

3.3.1.3 Le personnel

Le personnel infirmier en charge de la surveillance des patients est qualifié pour reconnaître les problèmes survenant après des interventions ou anesthésies.

Le moment et les critères de transfert du patient de la salle de réveil dans le service ou à domicile sont déterminés par le médecin-anesthésiste en charge du patient ou le responsable de la salle de réveil. Une check-list avec des critères de sortie bien définis est utile.

Le médecin-anesthésiste en charge du patient ou son remplaçant est à tout moment joignable en cas de survenue de problèmes.

3.3.2 Prise en charge sans salle de réveil

Lors d'un transfert immédiat postopératoire dans le service ou la clinique de jour, les mêmes consignes de surveillance sont valables.

La responsabilité est interdisciplinaire et en incombe aux différents médecins spécialistes du bloc opératoire et de l'anesthésie.

3.3.3 Décharge après chirurgie ambulatoire

Les critères de décharges sont pondérés en fonction de l'intervention chirurgicale et des limitations fonctionnelles qui s'y rattachent.

En plus des critères physiques minimaux requis (voir documents référés de la SSAR: surveillance et prise en charge après anesthésie), les précautions suivantes doivent être prises:

- accompagnement à domicile par une personne adulte.
- remise de documents écrits indiquant l'attitude à avoir dans les premières 24h après une anesthésie : pas de participation active et seule au trafic routier, pas de prise de décisions commerciales,

pas de conduite de machines d'exploitation, pas d'alcool, pas de prise de médicaments sans prescription médicale.

- adresse de contact, numéro de téléphone (du domicile en cas de problèmes) et date de la prochaine consultation chez le médecin.

3.3.4 Antalgie postopératoire

Définition

„L'antalgie postopératoire est le traitement (symptomatique) de la douleur aiguë due au traumatisme opératoire“.⁸

Responsabilités

Le médecin-anesthésiste prescrit l'antalgie postopératoire en accord avec l'opérateur.

Le suivi de l'efficacité et si besoin l'adaptation du traitement peuvent être délégués au personnel infirmier.

Aussi longtemps que le patient se trouve sous la surveillance de l'anesthésie, le médecin-anesthésiste responsable du patient ou respectivement son remplaçant, en est le référent. La durée de la responsabilité de l'antalgie doit être définie dans chaque institution entre les différentes disciplines concernées.

3.3.5 Antalgie interventionnelle

Les cathéters périphériques et neuraux, l'antalgie intraveineuse (PCA), etc. avec utilisation de pompes et de perfusions sont sous la responsabilité médicale de l'anesthésie et doivent être suivis par le service d'anesthésie. Le suivi, la documentation et si nécessaire l'adaptation du dosage peuvent être délégués à un personnel infirmier qualifié.

Au sein d'un service d'anesthésie, il est conseillé de mettre sur pied une équipe chargée de la douleur aiguë qui connaisse les techniques spécifiques du traitement de la douleur et assure un suivi quotidien. Cette prestation de la prise en charge de la douleur aiguë peut également être mise à disposition d'autres disciplines.

3.4. Personnel et remarques supplémentaires

3.4.1 Formation continue et perfectionnement professionnel

3.4.1.1 Médecins anesthésistes

Les détails concernant la formation du médecin anesthésiste en cours de spécialisation ainsi que les exigences requises de formation sont à consulter dans le programme de formation continue version 2001/8 respectivement 2013 et dans le programme de perfectionnement 2008 de la SSAR.

Les directives concernant la formation continue des médecins sont sous la responsabilité de la fédération suisse des médecins (Foederatio Medicorum Helveticorum FMH, www.fmh.ch), resp. de l'institut suisse pour la formation médicale postgraduée et continue (ISFM, www.siwf.ch). La supervision revient à l'office fédéral de la santé publique (OFSP), resp. à la commission fédérale des professions médicales (MEBEKO). Ces institutions attribuent les titres fédéraux de médecin spécialiste.

3.4.1.2 Personnel infirmier anesthésique

Au cadre de l'assimilation à l'Europe depuis 2010 la formation d'infirmier anesthésiste s'est modifiée à une étude supérieure. L'office fédéral de la formation professionnelle et de la technologie (OFFT) règle la formation au lieu de l'association suisse des infirmières et infirmiers (ASI). C'est l'OdASanté (www.odasante.ch), qui s'occupe du nouveau plan d'étude cadre (PEG).

3.4.2 Calcul du personnel

3.4.2.1 Médecins-anesthésistes

(voir documents référés de la SSAR, calcul du besoin des médecins anesthésistes) [url comme note de bas de page].

Le calcul du personnel des services d'anesthésie des hôpitaux ou cliniques privées diffère du calcul des unités anesthésiques extrahospitalières (OBA). Celles-ci doivent inclure dans leur méthode de calcul les bases organisationnelles spécifiques à chaque place de travail. En revanche, les besoins en personnel pour un service d'urgences ne sont pas pris en compte.

Un calcul réaliste du personnel pour l'activité du bloc opératoire dans les hôpitaux et cliniques privées peut se baser sur le nombre de places de travail fonctionnelles 5 jours par semaine avec une activité anesthésique quotidienne de 8 heures. L'alternative consiste à calculer au moyen d'une enquête relative au travail effectué.

L'expérience a montré que les médecins anesthésistes en formation sont pris en compte à 50% dans le calcul du besoin.

Dans le calcul du personnel, les multiples activités anesthésiques doivent être prises en compte:

- service d'urgence la nuit, les week-ends et jours fériés
- consultation anesthésique pré-hospitalière et consultation imprévue (consilium)
- consultation de la douleur peropératoire, resp. de la douleur aiguë
- activités aux soins continus, aux soins intensifs et service d'urgence
- activité en salle d'accouchement
- tâches administratives
- activités spécifiques (prises de sang, pose de voies périphériques, centrales et artérielles, consilium, service d'accompagnement interne des patients)
- consultation ambulatoire, resp. interventionnelle de la douleur chronique
- service de réanimation et de garde
- service d'ambulances
- tâches de formation et d'enseignement (formation continue, de perfectionnement)
- recherche et activité académique

Les bases pratiques de calcul peuvent être relues dans le document correspondant.

3.4.2.2 Personnel infirmier anesthésique

La dotation en personnel infirmier anesthésique peut être calculée à l'aide de la formule régulièrement actualisée de la Fédération Suisse des Infirmiers Anesthésistes (SIGA-FSIA, www.siga-fsa.ch).

3.5. Données de structures et d'activités

Les responsables des services d'anesthésie sont tenus, conformément aux directives de la SSAR, de recenser leurs activités anesthésiques et leurs données de processus et de structures.

4. Qualité

4.1 Définition

La gestion de la qualité dans le système des soins de la santé est l'ensemble de toutes les mesures permettant le maintien et l'amélioration des prestations de service et de produits au bénéfice du patient.

Conformément aux directives de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) sur la qualité des soins requis, les prestations de service doivent être sûres, efficaces, axées sur le patient, à temps et équitables pour tous les patients. En raison des pressions sur les coûts de la santé, la loi sur les assurances maladies réduit la garantie de la qualité à **ea**: efficacité, **ad**équation, **é**conomicité.⁹ Les prestations médicales doivent satisfaire ces trois critères pour être remboursées par les assurances.

4.2 Aspects de la qualité

L'amélioration de la qualité des soins n'est possible que par des moyens appropriés dans le cadre d'une gestion systématique. La triade: qualité de structure, processus et résultat, sert de base à l'organisation appropriée de la qualité.¹⁰ En l'appliquant elle assure qu'avec une structure appropriée de contrôle de processus on obtient de bons résultats. En raison de la complexité des systèmes de qualité, les aspects les plus importants concernant l'anesthésie seront mentionnés dans les points suivants.¹¹

4.2.1 Qualité de structure

La qualité de structure décrit le cadre requis de personnel, d'appareils et d'organisation afin d'utiliser les ressources de façon dirigée. L'activité clinique et son déroulement servent de base stratégique.

Le responsable de la qualité de structure est l'exploitant de l'institution médicale (direction de l'hôpital ou propriétaire de cabinet). L'expertise et les exigences du médecin-anesthésiste responsable au niveau médical sont déterminantes pour son application.

- **organisation de l'activité clinique:** détermination des prestations anesthésiques possibles.
- **infrastructures:** recommandations pour l'équipement des locaux et d'appareils (espace et appareils fonctionnels, installation, entretien et maintenance de l'infrastructure) seront traités dans le chapitre "standards et recommandations".
- **ressources humaines:** recommandations pour la dotation du personnel seront traitées dans le chapitre correspondant. Une formation de spécialiste, formation continue et de perfectionnement correspondant à l'activité clinique, doit être assurée au sein de l'institution.
- **caractéristiques de l'organisation:** Un système doit exister permettant d'assurer et de maintenir la qualité. Des accords interdisciplinaires en plus des conditions requises doivent y figurer.

Egalement doivent exister des instructions de procédure lors de la survenue d'incidents critiques et vitaux. (*Standard Operating Procedure, SOP*).

4.2.2 Processus de qualité

La qualité de processus décrit de façon extensible la procédure de traitement qui elle se concentre sur le déroulement et sa signification. A côté existent de nombreux processus de gestion concernant l'organisation clinique, qui vont compléter la qualité de structure.

- **processus de rendement:** il est recommandé de fixer par écrit le déroulement de processus relatif à la prise en charge du patient (évaluation préopératoire et consentement, surveillance pendant et après l'anesthésie, traitement de la douleur, patient en urgence etc.).
- **processus de surveillance:** font partie le suivi des activités, la gestion des erreurs ainsi que le recensement des statistiques et la vérification ultime de la prestation.
- **processus des ressources humaines:** il s'agit notamment de la sélection et de l'usage des collaborateurs, leurs qualifications et leur formation.
- **processus de soutien:** ceux-ci comprennent entre autre les tâches administratives, logistiques et comptables.

Etant donné que les processus ne sont pas standardisés, ils doivent être définis par le responsable de service ou de cabinet. Le déroulement des processus est surveillé en permanence et adapté si nécessaire. A cet effet tout en considérant la qualité de structure, les données recensées sur la qualité des résultats vont pouvoir être utilisées. Un médecin spécialiste responsable de service avec un diplôme fédéral ou équivalent sera désigné pour assurer la surveillance et l'optimisation de la qualité de processus.

4.2.3 Qualité des résultats

La qualité des résultats permet d'énoncer les objectifs préétablis de la qualité de processus qui déterminent le rapport entre les avantages pour le patient et le succès économique. Pour identifier le potentiel d'amélioration, il est nécessaire d'avoir recours à des paramètres de mesure dans les trois domaines suivants:

- **la qualité de traitement:** recensement des erreurs, complications, effets secondaires, satisfaction du patient
- **le temps:** ponctualité, temps d'attente
- **le coût:** matériel, médicaments, personnel

Le médecin responsable du service d'anesthésie est garant du recensement et de l'analyse des résultats de la qualité.

La SSAR définit en tant qu'instance faîtière suisse les exigences de paramétrage et de recueil de données, de l'activité, de la structure et de la qualité.

4.3 Gestion de la qualité orientée vers le processus

Dans l'orientation du processus, l'ensemble des activités opérationnelles est considéré comme une combinaison de processus. Ceci implique l'abandon de la réflexion fonctionnelle propre à la spécialité et l'orientation vers une collaboration interdisciplinaire axée sur le patient. En plus de la détermination du suivi des processus, il est important de définir les interfaces transversales avec d'autres domaines. Au niveau de chaque interface, on assiste automatiquement à une perte de temps et également à une perte d'informations.

L'orientation vers des objectifs stratégiques se basant sur des cheminements cliniques conduit à une organisation de processus interdisciplinaire. La qualité de processus (efficacité) et la qualité des résultats (*outcome*) peuvent ainsi être améliorées durablement.

5. La sécurité du patient

Le présent document version 2012 est basé sur les versions antérieures (1993 et 2002). De plus, il se réfère à la déclaration d'Helsinki sur la sécurité des patients en anesthésiologie, à la Société euro-

péenne d'anesthésiologie (European Society of Anaesthesiology, ESA) de 2010 tout en considérant les conditions spécifiques en Suisse.¹²

Les accords de la déclaration d'Helsinki transcrivent de façon adéquate l'activité de l'anesthésiste. Ils exigent de façon constante une optimisation de ses activités dans un contexte médical, économique, juridique et éthique.

Quelques phrases à relever de la déclaration d'Helsinki:

- les patients ont droit à une prise en charge médicale sécurisée et à être préservés de dommages corporels. L'anesthésiologie a un rôle prépondérant dans l'augmentation de la sécurité du patient en peropératoire.
- Les patients jouent un rôle important dans le maintien de leur propre sécurité et doivent être inclus et informés de sorte.
- La formation de spécialiste, la formation continue et de perfectionnement jouent un rôle déterminant dans l'augmentation de la sécurité du patient.
- Les facteurs humains jouent un rôle important dans la prise en charge sécuritaire des patients. Par conséquent, une collaboration de confiance, en partenariat avec le chirurgien, le personnel infirmier et d'autres professionnels de la santé, doit être recherchée.

La déclaration d'Helsinki montre comment et au moyen de quels documents la sécurité du patient en anesthésie peut être améliorée.

En conséquence, les documents pertinents nationaux seront régulièrement révisés. En plus, des exigences internationales appropriées, des lignes directrices et des conventions seront régulièrement adaptées aux conditions nationales.

Au sujet des accords internationaux, des exigences et des lignes directrices servant à améliorer la sécurité du patient, il faut se référer au chapitre „littérature complémentaire et sources“.

→ Les documents actuels valables sur la sécurité du patient en anesthésie, les liens aux textes originaux et les sources seront en permanence mis à jour sur le site internet de la SSAR.

6. Documents référés de la SSAR

Ces dernières années divers documents complémentaires sur le sujet donné ont été élaborés par des groupes de travail de la SSAR. En s'adaptant aux exigences actuelles et à la déclaration d'Helsinki, une nouvelle version est prochainement prévue. Les textes suivants se trouvent actuellement dans la version en vigueur sur le site de la SSAR (révision prévue):

- Evaluation, information et consentement éclairé du patient, version 2000(2012/2013)
- Surveillance et prise en charge du patient après anesthésie version 2002 (2012/13)
- Code de conduite, version 2004, version 2012/13
- Standards et recommandations en anesthésie pédiatrique 2004 (SSAP)
- Calcul du besoin des médecins anesthésistes, version 2006-2007 (2013)
- Programme de perfectionnement professionnel pour le spécialiste en anesthésiologie 2001/8 (2013)
- Programme de formation continue 2008
- diverses dispositions légales au sujet des produits médicaux, des informations techniques

Le document „standards et recommandations pour la chirurgie ambulatoire (OBA)“ publié en 2004 est laissé de côté. La raison en est que ce document concerne aussi bien l'anesthésie intra-hospitalière qu'extra-hospitalière.

De nouvelles lignes directrices traitant de la sécurité du patient en anesthésie sont similaires aux directives de la déclaration d'Helsinki. Elles sont actuellement en préparation et seront régulièrement mises à jour et publiées sur le site internet de la SSAR.

7. Distribution et fiabilité

La version actuelle des standards et recommandations pour l'anesthésie a été élaborée par la commission pour des questions de structure et processus. Après contrôle par le comité de la SSAR et par des lecteurs sélectionnés, le document a pu être publié en allemand et français sur le site internet de la société. Les divers commentaires et suggestions ont été examinés au sein du groupe de travail et incorporés dans la version finale.

Des remarques et des propositions d'amélioration sont les bienvenus. Ils seront transmis au groupe de travail concerné par l'intermédiaire du secrétariat de la SSAR.

Acceptation de la version 2012 avec remplacement des versions précédentes:

Assemblée générale le 16.11.2012 à Bâle

Révisions:

- **Minirévision 29.1.2014** (chiffre 3.2.2.1, Mesure de la profondeur de l'anesthésie / de la sédation: monitoring dérivé de l'EEG)

8. Références

1. Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JA, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ* 1996; 312: 71-2.
2. CC, Le code civile suisse, 10.12.1907, Stand 1.1.20112, Art. 12-19
3. Rechtliche Grundlagen im medizinischen Alltag. Ein Leitfaden für die Praxis, Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften SAMW und Foederatio Medicorum Helveticorum FMH, Schwabe & Co, Basel/Muttenz 2008: 26 - 34
4. Fellmann W, *Arztrecht in der Praxis*, Schulthess Verlag Zürich 2007: 115
5. Fellmann W, *Arztrecht in der Praxis*, Schulthess Verlag Zürich 2007: 119
6. Haynes AB, Weiser TG, Berry WR, Lipsitz SR, Breizat AH, Dellinger EP, Herbosa T, Joseph S, Kibatala PL, Lapitan MC, Merry AF, Moorthy K, Reznick RK, Taylor B, Gawande AA; Safe Surgery Saves Lives Study Group. A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population. *N Engl J Med* 2009; 360: 491-9.
7. Ordonnance sur les dispositifs médicaux ODim vom 17.10.2001 (Stand 1.7.2010), SR 812.213
8. Vereinbarung zur Organisation der postoperativen Schmerztherapie des Berufsverbandes der Deutschen Anästhesisten und des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgen, *Anästhesiologie*. 34 (1993): 28-32
9. LAMal, Loi fédérale sur les assurances maladies, SR 832.10 Art. 32
10. Donabedian A. Evaluating the Quality of Medical Care. *Milbank Memorial Fund Quarterly* 44: 166-203, 1966
11. Seghezzi D, Fahrni F, Herrmann F. *Integriertes Qualitäts-Management: Der St. Galler Ansatz*. Hanser Verlag, 2007
12. Mellin-Olsen J, Staender S, Whitaker DK, Smith AF. The Helsinki declaration on patient safety in anaesthesiology. *Eur J Anaesthesiol* 2010; 27: 592-7.

9. Littérature complémentaires et sources

- Déclaration d'Helsinki pour la sécurité du patient en anesthésie, texte officiel français. www.patientsicherheit-ains.de/deklaration/deutsch.html
- Entschliessungen – Empfehlungen – Vereinbarungen – Leitlinien, 5. Auflage: Ein Beitrag zur Qualitätssicherung in der Anästhesiologie; Aktiv Druck & Verlag GmbH, ISBN: 987-3-932653-36-0, Herausgeber: DGAI Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin / BDA Berufsverband Deutscher Anästhesisten. Begründet 1983 von: H.W. Opderbecke und W. Weissauer, Red. Bearbeitung: A. Hisom und H. Sorgatz. www.dgai.de/print/06_1_00tabelle.htm
- Guidelines to the Practice of Anesthesia/Guide d'exercice de l'anesthésie, Edition 2012, Can J Anesth/ J Can Anesth (2012) 59, Number/numéro 1
- International Standards for a Safe Practice of Anaesthesia, World Federation of Societies of Anaesthesiologists 2008: www.anaesthesiologists.org/en/guidelines/safety-and-quality-of-practiceguidelines
- Sichere Chirurgie Schweiz, Stiftung für Patientensicherheit (c/o Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften, Basel) unter Mitarbeit von fmCh und FMH, 2012 (in press). www.patientsicherheit.ch
- Staender SE: Patient safety in anesthesia. *Minerva Anaesthesiol.* 2010; 76: 45-50
- Syllabus to Postgraduate Training Programme (pdf): UEMS/EBA. www.eba-uems.eu/pups und www.uems.net/Anaesthesiology