

Standards et Recommandations pour l'anesthésie

Version 2020

Minirévision le 1^{er} octobre 2023

« Standards et Recommandations, version 2023 »

Groupe de travail : Commission pour les questions de structure et de processus
Sandra Becker, Seuzach; Christoph Czarnetzki, Lugano; Christoph Ellenberger, Genf; Sina Grape, Sion;
Sandra Guzzella, Zürich; Daniel Reinhardt, Winterthur; Christine Zehntner, St. Gallen

Adoption par le Comité de la SSAPM le 29 août 2023 ; valable à partir du 1er octobre 2023

En cas de divergence, le texte allemand fait foi.

TABLE DES MATIÈRES

1. INTRODUCTION	1
1.1 OBJECTIFS DES STANDARDS DE LA SSAR	1
1.2. CHAMPS D'APPLICATION.....	1
1.3 BUTS.....	1
2. ÉVALUATION PRÉOPÉRATOIRE MULTIDISCIPLINAIRE ET RESPONSABILITÉS.....	2
3. RECOMMANDATIONS POUR L'ANESTHÉSIE CLINIQUE	2
3.1 AVANT L'ANESTHÉSIE (PHASE PRÉOPÉRATOIRE)	2
3.1.1 <i>Évaluation</i>	2
3.1.2 <i>Devoir d'information concernant l'anesthésie</i>	3
3.1.3 <i>Consentement éclairé</i>	4
3.2 L'ANESTHÉSIE	5
3.2.1 <i>La place de travail anesthésique</i>	5
3.2.2 <i>Surveillance / monitoring / accessoires supplémentaires</i>	7
3.3 APRÈS L'ANESTHÉSIE	10
3.3.1 <i>Unité de soins postopératoires</i>	10
3.3.2 <i>Suivi sans unité de surveillance</i>	10
3.3.3 <i>Sortie après anesthésie ambulatoire</i>	10
3.3.4 <i>Analgsie postopératoire</i>	11
3.3.5 <i>Traitements invasifs de la douleur</i>	11
4. PERSONNEL.....	11
4.1 L'ÉQUIPE D'ANESTHÉSIE	11
4.1.1 <i>Médecin spécialiste en anesthésie (= anesthésiste)</i>	11
4.1.2 <i>Le médecin en formation d'anesthésie</i>	12
4.1.3 <i>Les infirmiers anesthésistes</i>	12
4.2 EXERCICE DE LA PROFESSION ET RESPONSABILITÉS	12
4.3 RÈGLEMENT DES COMPÉTENCES EN CAS D'ÉVÉNEMENTS INATTENDUS	13
4.4 SERVICE ORDINAIRE ET SERVICE D'URGENCES	13
4.5 FORMATION POSTGRADUÉE ET FORMATION CONTINUE	13
4.6 DOTATIONS EN PERSONNEL.....	14
5. DONNÉES CONCERNANT LES STRUCTURES ET LES PRESTATIONS	14
6. QUALITÉ.....	15
6.1 DÉFINITION	15
6.2 ASPECTS DE LA QUALITÉ.....	15
6.2.1 <i>Qualité des structures</i>	15
6.2.2 <i>Qualité des processus</i>	15
6.2.3 <i>Qualité des résultats</i>	16
6.3 GESTION DE LA QUALITÉ ORIENTÉE SUR LES PROCESSUS.....	16
7. SÉCURITÉ DES PATIENTS	17
8. TERMINOLOGIE ET DÉFINITIONS.....	18
8.1 ANESTHÉSIE - ANESTHÉSIOLOGIE.....	18
8.2 DOMAINE D'ACTIVITÉ DE L'ANESTHÉSIE CLINIQUE	18
8.3 RECOMMANDATIONS, STANDARDS, DIRECTIVES, ETC.	19
9. DOCUMENTS COMPLÉMENTAIRES DE LA SSAR	20
10. DIFFUSION ET ENGAGEMENT	20
11. RÉFÉRENCES	IV
12. LITTÉRATURE ET SOURCES.....	V

1. Introduction

1.1 Objectifs des standards de la SSAPM

Ce document décrit les standards et recommandations (St & R) actuellement en vigueur pour la pratique de l'anesthésiologie (anesthésie clinique). Il présente également les exigences minimales en matière de disponibilité et d'utilisation des ressources en personnel et en matériel indispensables pour assurer aux patients des soins anesthésiologiques sûrs et de qualité optimale.

L'ancienne version des St & R a été soumise à une révision critique et un certain nombre de nouvelles recommandations ont été ajoutées.

Ce document fait par ailleurs l'objet d'une actualisation régulière.

1.2. Champs d'application

Ces St & R s'adressent à toutes les **personnes actives dans le domaine de l'anesthésie**¹ en Suisse. Elles concernent aussi bien les prestations d'anesthésie dans les hôpitaux² que celles fournies en-dehors du milieu hospitalier³.

Pour être en mesure de proposer des prestations d'anesthésie de haut niveau tout en tenant compte des exigences de toutes les parties intéressées et des différents partenaires, il est indispensable – en particulier dans le domaine périopératoire – que les institutions anesthésiologiques puissent agir de manière **indépendante** face aux autres disciplines médicales. Ceci implique qu'une direction médicale autonome représente la spécialité de l'anesthésiologie vers l'interne et l'extérieur et mette en œuvre ses normes et ses objectifs.

Des conventions multidisciplinaires et interprofessionnelles sont établies sur la base de ses propres processus et implémentées de façon consensuelle.

1.3 Buts

Ces St & R et leur publication ont pour but de servir de document de référence et de support proactif pour tous les aspects liés à la sécurité et à la qualité mentionnés ci-dessous :

- maintien de la sécurité des patients
- amélioration continue des prestations d'anesthésiologie dans tous les domaines du système de santé
- assurance de la qualité en fixant des objectifs de qualité avec des recommandations pour les processus de mise en œuvre et les ressources correspondantes nécessaires
- promotion de la formation de base, postgraduée et continue en anesthésiologie et en médecine périopératoire
- formulation d'autres standards et recommandations spécifiques dans les sous-spécialités de l'anesthésiologie, telles que l'anesthésie pédiatrique, obstétricale, cardiovasculaire
- assistance en cas de litige médico-légal ou d'autre question juridique
- Traitement des ressources en personnel et en matériel existantes de façon économique et respectueuse de l'environnement

Vis-à-vis de l'extérieur, ce document se veut un guide et un support pour la défense des intérêts spécifiques de la discipline dans son environnement interdisciplinaire, professionnel, administratif et économique.

¹ Spécialistes en anesthésie et médecins en formation postgraduée pour l'anesthésiologie, infirmiers anesthésistes diplômés EPD ES et étudiants

² Hospital Based Anaesthesia HBA

³ Office Based Anaesthesia OBA

2. Évaluation préopératoire multidisciplinaire et responsabilités

Les définitions qui suivent délimitent les responsabilités des disciplines concernées :

Opérabilité	Compatibilité d'un processus pathologique avec une intervention chirurgicale, par ex. localisation, taille, caractère invasif, métastases dans le cas d'une tumeur
Capacité à subir une anesthésie	État de la personne prise en charge et des fonctions vitales permettant de supporter les effets d'une anesthésie
Capacité à subir une opération	État général de la personne prise en charge avec exclusion de troubles organiques susceptibles de contre-indiquer les contraintes imposées par une opération (par ex. insuffisance cardiaque et respiratoire de haut grade, défaillance métabolique)

L'opérateur/l'opératrice⁴ est responsable de l'indication opératoire et de l'appréciation de l'opérabilité, y compris de la détermination de l'urgence de l'intervention.

L'anesthésiste se prononce sur la capacité à subir une anesthésie et il a pour tâche, lors de la planification et de la réalisation de l'anesthésie, d'assurer cette démarche avant, pendant et après l'intervention, y compris l'antalgie requise. Des conventions et standards institutionnels élaborés conjointement par les différentes disciplines concernées règlent aussi la question des responsabilités et notamment des compétences lors du déroulement chronologique.

L'appréciation de la capacité à subir une intervention et l'appréciation du risque périopératoire sont du ressort interdisciplinaire.

3. Recommandations pour l'anesthésie clinique

Les termes suivants indiquent dans quelle mesure les appareils, instruments, matériel, installations doivent être disponibles, mais aussi le degré d'indication en fonction de leur utilisation spécifique. Ces mêmes termes s'appliquent aux ressources en personnel :

doit	= exigence minimale (= standard)
devrait	= recommandation
à disposition	= utilisable dans un délai approprié / à disposition sur place

3.1 Avant l'anesthésie (phase préopératoire)

La phase qui précède l'anesthésie en vue d'une intervention (opération, diagnostic), une anesthésie sans intervention chirurgicale ou une prestation de service anesthésiologique comprend l'évaluation du patient, l'information à la personne prise en charge et le recueil de la déclaration de consentement.

3.1.1 Évaluation

L'opérateur/l'opératrice décide de l'indication, du type et du moment de l'intervention, ainsi que de la nécessité d'une prise en charge anesthésiologique conjointe. La personne soignée donne son consentement pour le traitement médical dans son ensemble, y compris pour une éventuelle anesthésie, et il a droit au respect du secret médical.

Les critères pour la conclusion d'un contrat thérapeutique et la capacité de discernement sont régis par le code civil suisse⁵ et peuvent être trouvés dans le guide publié par l'ASSM-FMH.⁶ « La **capacité d'agir**

⁴ Le terme « opérateur/opératrice » désigne ici le/la spécialiste pour le diagnostic ou l'intervention qui pose l'indication et endosse la responsabilité de ceux-ci

⁵ CC, Code civil suisse, (RS 210), art. 12-19

⁶ Voir « Bases juridiques pour l'exercice de la médecine au quotidien. Un guide pour la pratique »

est nécessaire pour la conclusion du contrat thérapeutique, tandis qu'un consentement valable requiert la **capacité de discernement** »⁷.

Avant une anesthésie, toute une série de raisons médicales, organisationnelles, économiques et médico-légales imposent une évaluation approfondie de la personne prise en charge. Une anamnèse ciblée et spécifique, les résultats de l'examen clinique et, le cas échéant, des examens complémentaires forment la base de l'évaluation de la capacité à subir une anesthésie.

Les examens complémentaires (laboratoire, radiographies, ECG, examens fonctionnels / ou autres examens étendus) dépendent de la situation et sont indiqués en fonction de chaque cas et suivant l'intervention planifiée et l'état de la personne prise en charge.

L'anesthésiste intervient s'il estime qu'il existe des contre-indications à la réalisation de l'intervention ou une inadéquation quant au moment planifié pour celle-ci, par exemple lorsque l'état de la personne prise en charge pourrait être amélioré moyennant un report de l'intervention.

Dans les cas plus compliqués, par exemple lors d'interventions complexes, chez des personnes polymorbides ou encore dans des situations psychosociales difficiles, l'opérateur/l'opératrice est responsable de l'implication suffisamment rapide de l'anesthésiste pour décider d'un commun accord d'un concept thérapeutique périopératoire approprié.

Le moment de l'intervention est à choisir de manière à permettre la réalisation dans les délais d'un bilan préopératoire, en particulier chez les personnes polymorbides et avant des chirurgies majeures, afin de permettre une éventuelle optimisation préalable du traitement.

En l'absence de motifs médicaux, les professionnels de santé impliqués prendront en compte l'avis et les préférences de l'autre collègue spécialiste.

Si l'opérateur/l'opératrice veut procéder à l'intervention malgré les réserves de l'anesthésiste, il/elle endosse la responsabilité médicale et légale, connaissant les contre-indications. L'anesthésiste peut refuser l'anesthésie dans de telles situations.

3.1.2 Devoir d'information concernant une l'anesthésie⁸

3.1.2.1 Étendue

La jurisprudence suisse établit un devoir d'information avant l'anesthésie (*doit*). La personne soignée doit être informé par le médecin anesthésiste (au bénéfice du titre de spécialiste, par le médecin en formation d'anesthésie sous supervision par le spécialiste) de sa capacité à supporter l'anesthésie, des mesures anesthésiologiques prévues, ainsi que des risques et alternatives possibles.

L'évocation des risques possibles doit être appropriée et ne pas inspirer de craintes excessives. Elle doit permettre à la personne prise en charge de prendre part à la décision concernant, le cas échéant, le choix des méthodes.

Des informations détaillées à propos du déroulement général de l'intervention et de la conduite à tenir avant et après l'anesthésie (état de jeûne, médicaments, prémédication médicamenteuse, surveillance postanesthésique, traitement de la douleur, sortie après une intervention ambulatoire) doivent être transmises à la personne prise en charge oralement et par écrit (voir 3.1.3).

3.1.2.2 Le moment de l'information

Le moment de l'information doit être choisi de façon à permettre à la personne prise en charge de peser les avantages et les inconvénients de différents types d'anesthésie possibles, s'il existe plusieurs alternatives, (en cas d'intervention élective, cela se fera en règle générale au plus tard la veille, plus tôt en cas d'intervention complexe et/ou à haut risque). La personne prise en charge – resp. la représentation

⁷ Est **capable d'agir** toute personne de justifier ses actions par ses droits et ses devoirs. Être majeur et avoir sa capacité de discernement sont des conditions nécessaires. **Est capable de discernement** toute personne capable d'agir de manière sensée; AEBI-MÜLLER ET AL 2016

⁸ Voir document « Information et déclaration de consentement du patient – Guide pratique »

légale pour les patients n'ayant pas leur capacité de discernement – confirme par sa signature que l'entretien d'information a eu lieu.

3.1.3 Consentement éclairé

L'anesthésiste détermine ensemble avec la personne prise en charge la méthode anesthésique et analgésique à prévoir. L'information concernant la méthode d'anesthésie retenue sur la base de critères individuels, y compris les éventuelles mesures complémentaires (par ex. pose de cathéters), est donnée par l'anesthésiste et s'achève avec la signature du consentement par la personne soignée. Elle est documentée par écrit. Ce procédé est appelé « Written Informed Consent ».

L'évaluation anesthésiologique et l'information à la personne prise en charge se font en contact direct avec le patient. Différentes possibilités, incluant la visite de prémédication hospitalière, la visite pré-anesthésique lors d'une consultation ambulatoire, la consultation téléphonique etc., peuvent être utilisées et parviennent en principe au même résultat en matière d'information aux patients. Pour les interventions à risque faible ou moyen un entretien par télécommunication (téléphone, vidéo, ou équivalents) est également possible, à condition que la personne prise en charge elle-même préfère cette forme d'information à une consultation personnelle sur place.

A titre de préparation, il est conseillé de remettre à la personne prise en charge une information au sujet de l'intervention et de l'anesthésie prévue, ainsi que de leur déroulement par écrit, sous forme électronique, voire à l'aide de supports audiovisuels ou autres.

3.1.3.1 Aspects pratiques

Un consentement éclairé spécifique à l'anesthésiologie doit par principe être demandé par l'anesthésiste avant chaque geste anesthésiologique. Ce consentement peut également comprendre une série définie d'anesthésies dans le cadre d'un traitement circonscrit (p. ex. analgo-sédations répétées pour un changement de VAC). Le consentement à l'anesthésie ne peut pas être délégué au personnel soignant ni à un médecin d'une autre spécialité.

La signature de patient n'a qu'une valeur juridique limitée. En apposant sa signature, la personne prise en charge confirme uniquement qu'un entretien d'information a eu lieu.

Du point de vue médico-légal, l'accent est principalement mis sur une information adéquate à la personne prise en charge, autrement dit compréhensible et suffisante. C'est la raison pour laquelle les méthodes et les risques discutés lors de l'entretien doivent être documentés par écrit et de manière traçable.

Même dans les situations d'urgence, l'information concernant l'intervention anesthésiologique doit être adaptée et documentée.

Font exception à la règle du consentement éclairé par le patient les cas d'urgence vitale, les personnes incapables de discernement⁹ et les enfants en-dessous de 12 ans. Pour les enfants de moins de 12 ans, le responsable légal doit confirmer le consentement et, dans le cas des patients incapables de discernement, le suppléant légal.

Chez les enfants la capacité de discernement individuelle est déterminante. « Entre 12 et 16 ans, cela dépend de chaque enfant et du type d'intervention – la capacité de discernement doit être appréciée au cas par cas. Chez les adolescents de plus de 16 ans, l'anesthésiste peut partir du principe qu'ils sont capables de discernement pour autant qu'aucun traitement lourd de conséquences est discuté. »¹⁰

3.1.3.2 Documentation

L'évaluation, l'information anesthésiologique et la déclaration de consentement éclairé, y compris tous les examens, conventions et risques abordés, *doivent* être documentés de manière infalsifiable, sur papier ou sous forme électronique, et déposés dans le dossier de patient. Il est conseillé de consigner la durée de l'entretien d'information et de consentement (*devrait*).

⁹ Par suite de maladie mentale, de déficience mentale, d'état d'ébriété ou d'états comparables avec incapacité d'agir de manière raisonnée

¹⁰ AEBI-MÜLLER ET AL 2016

3.2 L'anesthésie

3.2.1 La place de travail anesthésique

3.2.1.1 Besoins en locaux

La place de travail anesthésique doit être accessible pour les patients en position couchée et debout. Le transfert sur la table d'opération ou un brancard de transport est possible avant et après l'intervention.

Dans certaines situations spéciales (enfants, lésions dorsales, polytraumatisme, césarienne en urgence, choc hémorragique, etc.) l'accès au local d'induction/extubation ou directement à la salle d'opération *doit* être possible avec la personne couchée sur un lit ou sur un brancard.

3.2.1.2 Équipement

L'équipement en appareils de la place de travail anesthésique dépend entre autres de sa fonction spécifique

Les exigences minimales en matière d'infrastructure et d'appareils pour une place de travail anesthésique individuelle sont décrites dans le tableau ci-dessous :

Place de travail anesthésique, équipement de base (exigences minimales)				
	Appareils/Matériel/Infrastructure	Place de travail	Bloc opératoire ¹¹	à disposition ¹²
doit	Source d'oxygène	x		
	Ballon de ventilation (par ex. Ambu ou similaire)	x		
	Moniteur ECG	x		
	Mesure de la tension artérielle, non invasive	x		
	Oxymétrie de pouls	x		
	Dispositif d'aspiration	x		
	Matériel pour la sécurisation des voies aériennes	x		
	Médicament et matériel d'anesthésie	x		
	Documents du patient, protocole d'anesthésie	x		
	Moyen de communication (p.ex. téléphone, système d'appel)	x		
	Défibrillateur, aimant		x	
	Check-list de la place de travail ^{a)}			x
	Safety Kit ^{b)}			x
	Antidotes ^{c)} (p. ex. Dantrolen®, Lipid)			x

^{a)} La check-list de la place de travail permet un contrôle structuré de la disponibilité et de l'état de fonctionnement de l'équipement de base.

^{b)} Guide pratique pour les situations aiguës

¹¹ La notion de « bloc opératoire » désigne ici une unité contiguë (bloc opératoire classique, mais aussi unités interventionnelles pour la cardiologie, la radiologie ou la gastro-entérologie) englobant plusieurs places d'anesthésie et définit par conséquent aussi une certaine proximité locale.

¹² « à disposition » signifie dans ce cas la possibilité d'accéder immédiatement aux informations / moyens auxiliaires correspondants.

- c) Lors de l'utilisation de certains médicaments (par exemple substances triggers d'hyperthermie maligne, anesthésiques locaux pour anesthésie régionale) les antidotes spécifiques *doivent* être disponibles.

Le tableau suivant montre l'équipement complémentaire d'une place de travail « anesthésie générale ». Il ne montre que les appareils, installations, infrastructures, etc. requis, mais pas les indications pour leur utilisation chez un patient individuel.

Place de travail « anesthésie générale »				
	Appareils/matériel/infrastructure	Place de travail	Bloc OP	à disposition
doit	Appareil d'anesthésie	x		
	Capnographie	x		
	Aspiration ou absorbeur des gaz anesthésiques ^{a)}	x		
	Chariot ou valise d'anesthésie avec perfusions, médicaments et autre matériel	x		
	Matériel pour la gestion inattendue de voies respiratoires difficiles		x	
	Monitoring de la température		x	
	Monitoring neuromusculaire ^{a)}		x	
	Check-list (sign in, team time out, sign out)	x		
devrait	Saisie électronique des données / Système de gestion des données du patient (PDMS)	x		
	Moyens pour maintenir l'homéostasie de la température (par ex. réchauffement à air pulsé ou matelas chauffant)	x		
	Système de réchauffement des perfusions et produits sanguins		x	
	Monitoring d'EEG simplifié (BIS ou similaire)		x	
	Tension artérielle - mesure invasive		x	
	Ultrason, Doppler		x	
	Matériel pour CVC et mesure de la PVC		x	
	Pacemaker transcutané, Aimant ^{b)}			x
	Matériel de prise de sang (y c. demandes d'analyse de laboratoire)			x
	Laboratoire d'urgence, y c. gazométrie			x

^{a)} lors de l'utilisation d'anesthésiques par inhalation ou de myorelaxants, ^{b)} pour les patients atteints de CIED

Les appareils¹³ doivent être conformes à l'Ordonnance sur les dispositifs médicaux (ODim).

Les appareils doivent être contrôlés et entretenus à intervalles réguliers conformément à la législation et aux recommandations des fabricants et distributeurs.

¹³ Ordonnance sur les dispositifs médicaux, ODisp (RS 812.213)

Les remarques particulières qui suivent concernent d'une part les spécifications et les prescriptions de service des appareils et en plus les indications de spécialité pour l'utilisation des appareils et pour les mesures chez le patient :

3.2.1.3 Appareil d'anesthésie (resp. combinaison d'appareils comparable à un appareil d'anesthésie)

L'appareil d'anesthésie *doit* permettre l'apport d'air et d'oxygène (avec ou sans anesthésiques volatiles). Il doit permettre d'assurer la respiration spontanée ou la ventilation manuelle et être muni, le cas échéant, d'un appareil de ventilation mécanique. Lors de l'utilisation de gaz anesthésiques et/ou de protoxyde d'azote, un système d'évacuation des gaz adéquat *doit* être présent.¹⁴

L'utilisation d'anesthésiques inhalés nécessite un vaporisateur spécial, muni d'un mécanisme de remplissage spécifique pour le médicament (*doit*), ainsi qu'un système d'aspiration ou d'absorbant des gaz anesthésiques sur la place de travail. L'Ordonnance sur les dispositifs médicaux doit être respectée. Le no. 2869/29 de la série de publications de la SUVA¹⁵ sur la médecine du travail décrit l'utilisation des gaz anesthésiques lors d'application de gaz hilarant et d'anesthésiques inhalés.

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

- manomètres indiquant en permanence les pressions d'alimentation des gaz
- bouteille d'oxygène de réserve séparée (doit être immédiatement disponible)
- système d'alarme d'oxygène bas
- débitmètre
- dispositif pour apport immédiat de 100 % d'oxygène
- dispositif d'alarme pour la pression de ventilation (occlusion et déconnexion)

Tout appareil d'anesthésie :

- *doit* être entretenu conformément aux directives du fabricant
- *doit* être contrôlé en cas d'utilisation une fois par jour selon une check-list ou selon un protocole automatisé du fabricant, ceci aussi en cas de changement / manipulation du système de tubulures
- *devrait* être vérifié entre deux interventions

3.2.2 Surveillance / monitoring / accessoires supplémentaires

Le moniteur le plus essentiel et indispensable pour le patient au cours de l'anesthésie est la présence ininterrompue et attentive d'un médecin ou d'un infirmier anesthésiste!

Les divers aspects de la surveillance clinique en pratique ne sont pas évoqués ici. Ils font partie de la formation postgraduée.

3.2.2.1 Paramètres de surveillance

Les appareils et outils de surveillance et en particulier leurs réglages d'alarme, soutiennent la vigilance de l'équipe d'anesthésie et confirment le statut adéquat des fonctions vitales, notamment de la perfusion tissulaire par du sang oxygéné durant l'anesthésie. Les mesures qui suivent sont à employer de manière obligatoire (= *doit*) ou circonstancielle (= *devrait*, à disposition) :

- **Oxygénation :** **Mesure de l'oxymétrie de pouls**
Surveillance permanente chez chaque personne prise en charge et pendant chaque anesthésie (*doit*)
- **Respiration/ventilation :** **Mesure de la capnographie**
En anesthésie générale (*doit*) ; en cas d'analgo-sédation profonde (*devrait*)
- **Circulation :**

¹⁴ RÜEGGER ET AL., 1996, SUVA-Arbeitsmedizin Art. 2869/29

¹⁵ RÜEGGER ET AL, 1996; www.suva.ch/waswo

- **Tracé ECG** chez chaque personne prise en charge et pendant chaque type d'anesthésie¹⁶ (*doit*)
Dans certains cas, il est possible de renoncer au tracé ECG. Ceci s'applique par exemple en cas de:
 - procédures locorégionales analgésiques telles que l'analgésie péridurale obstétricale avec faible concentration d'anesthésique local
 - profondeur de sédation légère à modérée (stades I-II) chez des patients par ailleurs en bonne santé, où une surveillance continue par médecin ou infirmier anesthésiste et une bonne accessibilité à la personne prise en charge (tête près de l'anesthésiste) sont assurées.
- **Mesure non-invasive de la tension artérielle** chez chaque personne et pour chaque anesthésie (*doit*)
Exceptions : on peut éventuellement renoncer au monitoring ECG et à la mesure de la pression non-invasive pour des anesthésies de courte durée pour des interventions périphériques et des tests diagnostiques (par ex. examen par scanner, IRM).
- **Mesure invasive de la tension artérielle** chez les personnes instable (*doit*); lors d'interventions longues et étendues ou d'hypotension induite (*devrait, à disposition*)
- **Relaxation** : L'utilisation de myorelaxants nécessite (*doit*) le recours à une relaxométrie (TOF et autres fonctions)
- **Mesure de la température** :¹⁷ doit toujours être effectuée en continu ou par intermittence lors d'interventions étendues et/ou de longue durée et en cas d'hypothermie induite, ainsi que lors de l'utilisation de mesures de réchauffement chez la personne anesthésié / sédaté (*doit*) ; une mesure de température doit être *à disposition* lors des petites et / ou courtes interventions
- **Monitoring de la profondeur de l'anesthésie / sédation** :
 - Mesure de la concentration inspiratoire et expiratoire des gaz anesthésiques lors des anesthésies par inhalation (*doit*)
 - Monitoring dérivé de l'EEG, par ex. l'index bispectral (BIS) pour l'appréciation de la profondeur de l'anesthésie et de la détermination des doses (*à disposition*), devrait être employé dans des cas choisis, clairement définis par un département, en particulier lors d'anesthésies totalement intraveineuses TIVA (*devrait*).

3.2.2.2 Accès veineux

Tous les personnes prises en charge avec toutes les formes d'anesthésie, y compris MAC, bénéficient obligatoirement d'une voie veineuse (*doit*). Lors d'une induction par voie d'inhalation celle-ci peut également être mise en place secondairement.

Exception : personnes sous analgo-sédation ou anesthésie inhalée pure lors des interventions superficielles de très courte durée.

3.2.2.3 Étiquetage des seringues et des perfusions

Toutes les seringues, perfusions courtes et solutions de perfusion doivent être clairement étiquetées pour éviter tout risque d'erreur. L'attribution des seringues et l'étiquetage doivent être uniformes au sein d'une institution (*doit*). La réutilisation des seringues et des tubulures chez différents patients est interdite.

La SSAPM recommande d'utiliser au minimum le standard selon la norme ISO- 26825 (2009) ou le code d'étiquettes pour seringues récemment développé DIVI (DSEC)¹⁸.

En cas d'utilisation de contenants multidoses (par ex. pommades, gel de xylocaïne, etc.) la date et l'heure d'ouverture de l'emballage *doivent* être indiquées. Une utilisation chez plusieurs patients n'est admissible que dans des conditions d'hygiène irréprochable.

¹⁶ Anesthésie générale et locale, y compris anesthésie locorégionale intraveineuse (IVRA), ainsi que lors de Monitored Anesthesia Care (MAC) avec ou sans analgo-sédation

¹⁷ TOROSSIAN ET AL, 2019

¹⁸ <https://www.divi.de/empfehlungen/qualitaetssicherung-intensivmedizin/spritzenetiketten>

3.2.2.4 Gestion des voies respiratoires

Le matériel et les accessoires nécessaires à la gestion des voies respiratoires difficiles *doivent* être disponibles immédiatement à la place de travail anesthésique. Un algorithme pour la gestion des voies respiratoires difficiles *doit* également être à portée de main.

3.2.2.5 Défibrillateur / aimant / pacemaker

Un défibrillateur *doit* être à proximité de chaque place de travail et son état de fonctionnement doit être régulièrement contrôlé.

Un aimant *doit* être à proximité de la place de travail anesthésique pour les personnes avec implants cardiaques (CIED)¹⁹.

Un pacemaker externe pour le pacing transcutané *devrait* être disponible.

3.2.2.6 Documents anesthésiques

Il existe une obligation de documentation pour l'évaluation préopératoire avec les données concernant l'information des patients et la déclaration de consentement, ainsi que pour le protocole d'anesthésie et pour les prescriptions postopératoires. Ces documents (papier ou électroniques) *doivent* être accessibles pour le personnel anesthésique en tout temps avant, pendant et après une anesthésie.

3.2.2.7 Mesures visant à assurer la sécurité du patient et la qualité du traitement

- **Safety Kit** : (*doit*) Les instructions et le matériel pour la gestion des situations d'urgence doivent être immédiatement disponibles.²⁰
- **Check-list pour la sécurité du patient**: (*doit*) le recours systématique à une check-list, par ex. selon les directives de l'OMS (sign-in, team time-out, sign-out) doit être standard²¹ afin d'augmenter la sécurité du patient.
- **Choosing Wisely** : (*doit*) Pour éviter les prises en charges erronées ou les excès thérapeutiques, les recommandations de la SSAPM dans le cadre de l'initiative « Smarter Medicine » *doivent* être portées à la connaissance du personnel d'anesthésie et doivent être suivies.²²
- **Flyer « Avis de sécurité » avec les instructions de la fondation pour la sécurité des patients en anesthésie**: (*devrait*)
Les instructions de sécurité spécifiques à l'anesthésie *devraient* être suivies.²³
- **Transfert des patients** : (*devrait*) Le transfert des patients dans l'unité des soins postopératoires devrait se faire selon des règles bien définies. Le rapport de transfert devrait être fait et documenté de manière structurée. Ceci s'applique aussi en cas de transfert de la responsabilité anesthésiologique au cours d'une intervention (remise lors du changement d'équipe).²⁴
- **Appareils de réchauffement ou de conservation de la chaleur** : (*devrait*) pour éviter une hypothermie accidentelle, il est recommandé (*devrait*) d'utiliser des systèmes de réchauffement appropriés pour le corps des patients et les perfusions. Des systèmes de réchauffement adéquats *devraient* également être disponibles pour décongeler le plasma frais (Fresh Frozen Plasma).
- **Les guidelines / les SOP d'anesthésiologie actuelles sont disponibles** (*doit*).

¹⁹ Cardiac Implanted Electrical Devices (CIED), par ex. pacemaker (PM) ou défibrillateur (ICD) implanté

²⁰ http://html.esahq.org/patientsafetykit/resources/downloads/05_Checklists/Emergency_CL/Emergency_Checklists.pdf

²¹ HAYNES ET AL, 2009

²² <https://www.smartermedicine.ch/de/top-5-listen/anaesthesiologie-und-reanimation.html>

²³ <https://sgar-ssar.ch/>

²⁴ JONES ET AL, 2018

3.3 Après l'anesthésie²⁵

Après des interventions thérapeutiques et diagnostiques en anesthésie générale ou régionale les personnes sont en règle générale transférées dans une unité de soins postopératoires pour le suivi et la stabilisation des fonctions vitales et pour la détermination du traitement antalgique optimal. Après les anesthésies régionales intraveineuses, MAC, analgo-sédations et après les anesthésies générales de courte durée, ainsi qu'après les interventions (périphériques) simples avec anesthésies sans complications, les personnes peuvent être transférés directement dans le service suivant, voire retourner à domicile, sous réserve qu'ils répondent à une série de critères bien définis.

3.3.1 Unité de surveillance postopératoire

3.3.1.1 Locaux et équipement

Chaque poste d'anesthésie *doit* comporter un moniteur de surveillance, ainsi que tous les dispositifs, appareils et le matériel requis pour une assistance respiratoire et circulatoire à portée de main immédiate (*disponible*).

Un défibrillateur doit également être *disponible*.

3.3.1.2 Organisation et responsabilités

Aspects organisationnels et économiques : l'existence d'une unité de réveil centrale, à proximité immédiate des places de travail anesthésiques ou du bloc opératoire est recommandée.

3.3.1.3 Personnel

Le personnel responsable pour la surveillance et les soins dispose des qualifications nécessaires pour la reconnaissance et le traitement des problèmes pouvant survenir après les interventions et les anesthésies.

Les critères pour le transfert des patients de l'unité de surveillance postopératoire au service des lits ou à domicile et le moment de ce transfert sont fixés par l'anesthésiste responsable de l'anesthésie ou par le responsable médecin de l'unité des soins post-interventionnelles. Des check-lists institutionnelles rappelant les critères de sortie facilitent ce processus.

L'anesthésiste responsable ou son représentant est appelable en tout temps en cas de problèmes.

3.3.2 Suivi sans unité de surveillance postopératoire

En cas de transfert direct après l'intervention à l'unité d'hospitalisation ou à l'hôpital de jour les mêmes critères s'appliquent pour la surveillance clinique et technique.

La responsabilité est pluridisciplinaire et réside chez les spécialistes des services de chirurgie et d'anesthésie concernés.

3.3.3 Sortie après anesthésie ambulatoire

Les critères pour le transfert sont toujours à évaluer en fonction de l'intervention effectuée, du type d'anesthésie effectué et des éventuelles restrictions associées à ces derniers.

Au-delà des critères physiques minimales requis (cf. publications de la SSAPM « Surveillance et soins post-anesthésiques »), il convient de prendre les précautions suivantes:

- Un accompagnant adulte pour le retour à domicile (*devrait*)
- Document écrit indiquant le comportement à adopter dans les 24 premières heures après l'anesthésie (*doit*) : pas de participation autonome au trafic routier, pas de décisions professionnelles, pas d'utilisation de machines, pas de consommation d'alcool ni de drogues, pas de prise de médicaments sans ordonnance médicale
- Adresse de contact / numéro de téléphone (en cas de problèmes à domicile) (*doit*) et idéalement rendez-vous pour le prochain contrôle chez le médecin

²⁵ Voir document de la SSAR « Surveillance et soins post-anesthésiques »

3.3.4 Analgésie postopératoire

Définition

« L'analgésie postopératoire est le traitement (symptomatique) des douleurs aiguës (principalement) dues au traumatisme opératoire ». ²⁶

Responsabilité

L'anesthésiste prescrit une médication postopératoire, y compris les analgésiques, en accord avec l'opérateur.

Le contrôle de l'efficacité et les adaptations éventuelles peuvent être délégués au personnel soignant.

Tant que la personne est sous la responsabilité du service d'anesthésie, l'anesthésiste ou son remplaçant portent la responsabilité. La durée de la responsabilité pour l'analgésie doit être fixée dans chaque institution parmi les différentes disciplines impliquées.

3.3.5 Traitements invasifs de la douleur

Les cathéters pour l'analgésie périphérique ou périmédullaire et les dispositifs d'analgésie intraveineuse contrôlés par le patient (PCA) etc. avec utilisation de pompes et de dispositifs de perfusion sont placés sous la responsabilité médicale de l'anesthésie et doivent être gérés par le service d'anesthésie. Le contrôle, la documentation et les adaptations éventuelles de la posologie peuvent être délégués à du personnel soignant spécialement qualifié.

Il est recommandé de constituer dans le service d'anesthésie une équipe d'antalgie aiguë, qui rend des visites quotidiennes aux patients ayant des traitements antalgiques spécifiques et qui répond dans les meilleurs délais en cas de problèmes aigus. Cette équipe pourra aussi faire fonction d'interlocuteur envers les autres services pour tous les problèmes d'antalgie.

4. Personnel

4.1 L'équipe d'anesthésie

4.1.1 Médecin spécialiste en anesthésie (= anesthésiste)

Médecin détenteur d'un titre de spécialiste en anesthésiologie ou au bénéfice d'une formation équivalente (titre de spécialiste étranger avec équivalence reconnue en Suisse).

Après l'examen de médecin et après une formation clinique postgraduée d'au moins 5 ans, le médecin spécialiste en anesthésiologie a acquis un large spectre de connaissances et de compétences, qui sont les prérequis pour accomplir de façon autonome les multiples missions propres à l'anesthésiologie. Celles-ci sont également reflétées dans le programme de formation postgraduée²⁷. Elles sont fixées dans le *Swiss Catalogue of Objectives in Anaesthesia and Reanimation* (SCOAR) et sont constamment adaptées aux nouveaux développements dans ce domaine.

Le **médecin responsable de la conduite de l'anesthésie** est à tout moment appelable pendant toute la durée de l'anesthésie et physiquement présent sur le lieu de l'anesthésie dans un délai approprié. Il peut déléguer la conduite de l'anesthésie à un collaborateur (infirmier anesthésiste ou médecin en formation d'anesthésie) travaillant sous supervision et sous sa responsabilité.

L'anesthésiste peut surveiller plusieurs postes de travail par l'intermédiaire de la délégation des tâches à ses collaborateurs en fonction de leur degré de connaissances et de leurs compétences. Il doit être en mesure d'intervenir en tout temps en cas d'urgence vitale sur les différentes places de travail qu'il supervise.

²⁶ Accord avec l'organisation de l'analgésie postopératoire de la société d'anesthésiologie allemande et la société de chirurgie allemande

²⁷ En vigueur depuis le 24 mars 2016

4.1.2 Le médecin en formation d'anesthésie

Le médecin en formation d'anesthésie exerce sa profession dans le cadre d'une délégation des tâches en fonction de son degré de compétences. Cette délégation est placée sous la responsabilité de l'anesthésiste en charge.

Le médecin anesthésiste en formation postgraduée bénéficie d'une supervision correspondant au stade de sa formation. La supervision par le responsable est clairement définie et communiquée.

4.1.3 Les infirmiers anesthésistes

L'infirmier anesthésiste acquiert ses compétences d'expert/e en soins d'anesthésie EPD ES²⁸ au cours d'une formation postgraduée de deux ans au niveau tertiaire. L'exercice de la profession est basé sur les standards propres, basés sur les standards de l'International Federation of Nurse Anesthetists (IFNA). Le titre de profession est le suivant : Expert/e dipl. en soins d'anesthésie EPD ES. Par mesure de simplification, on utilise en pratique le terme d'« infirmier anesthésiste ».

L'infirmier anesthésiste est directement subordonné au médecin anesthésiste responsable de la conduite de l'anesthésie. Il travaille par délégation ou en collaboration avec un spécialiste en anesthésiologie et il est responsable de ses actes dans le cadre de cette délégation ou collaboration. Il travaille au sein de l'équipe avec le médecin responsable de la conduite de l'anesthésie et le médecin en formation d'anesthésie.

Les missions de l'infirmier anesthésiste englobent l'exécution des prescriptions médicales et l'exécution de tâches clairement définies²⁹, déléguables en fonction de ses compétences et de la difficulté de l'intervention resp. de l'anesthésie.

L'infirmier anesthésiste aura également pour mission d'assister le médecin en formation d'anesthésie dans le cadre de compétences clairement définies et d'une supervision par le médecin anesthésiste.

4.2 Exercice de la profession et responsabilités

La réalisation d'une anesthésie est un acte médical dont un spécialiste en anesthésiologie est responsable. Son nom figure par conséquent sur le protocole d'anesthésie.

Les médecins et les infirmiers anesthésistes se soutiennent mutuellement au sein de l'équipe d'anesthésie dans la fourniture de prestations anesthésiologiques. Une communication transparente, la confiance mutuelle et la loyauté sont les fondements d'une collaboration réussie.³⁰

En principe un médecin anesthésiste et une seconde personne formée en anesthésie sont disponibles pour la conduite d'une anesthésie, quelle que soit sa forme.

Le médecin anesthésiste est responsable de la composition de l'équipe pendant toute la durée de l'activité anesthésiologique.

En cas de risques identifiés ou de problèmes inattendus durant une anesthésie, il est obligatoire d'augmenter le personnel quantitativement et les compétences de spécialité qualitativement.

Si le spécialiste exécute un acte ou une prestation de service anesthésiologique (analgésie, pose d'un cathéter veineux central, etc.) sans l'aide d'un infirmier anesthésiste, il doit s'assurer de la disponibilité constante d'une personne connaissant les spécificités locales. Celles-ci comprennent l'équipement, les médicaments, les locaux, les processus. En cas de problèmes vitaux, une personne compétente supplémentaire doit être à disposition.

²⁸ Formation postgraduée dans une Haute Ecole Spécialisée

²⁹ Voir www.siga-fsia.ch pour la description de la profession

³⁰ Cf. Code de conduite de la SSAR (nouveau SSAPM) du 05/2013

4.3 Règlement des compétences en cas d'événements inattendus

Le médecin anesthésiste responsable doit être obligatoirement et immédiatement informé de tout événement s'écartant de la norme au cours d'une anesthésie. Le spécialiste responsable doit pouvoir intervenir lui-même dans les meilleurs délais.

En cas d'incident grave voire vital, l'infirmier et le médecin en formation d'anesthésie instaureront, après appel à l'aide, immédiatement les mesures d'urgence et de réanimation qui conviennent.

4.4 Service ordinaire et service d'urgences

Le responsable médical du département d'anesthésiologie définit les responsabilités et les horaires de présence nécessaires pour fournir les prestations à l'intention des spécialités chirurgicales et pour remplir les autres missions dans la salle d'accouchement, aux soins intensifs et aux urgences. La priorité est donnée ici à la sécurité du patient que l'équipe d'anesthésie doit assurer en permanence par sa présence dans les meilleurs délais.

Il est conseillé d'établir une convention écrite fixant les modalités des missions, des structures et des processus, ainsi que du personnel nécessaire, avec les responsables des autres services et la direction de l'institution. Une structure transparente et bien réglée évite les erreurs par défaut d'organisation.

Les standards suivants en matière de dotation de personnel font foi pour les établissements de formation postgraduée :

- Lorsqu'un médecin en formation d'anesthésie assure le service des urgences en première ligne, l'anesthésiste responsable doit pouvoir être présent dans un délai utile.
- Si le médecin en formation d'anesthésie dispose de moins de 2 ans de formation postgraduée, un médecin spécialiste en anesthésie doit être présent à l'hôpital lors d'une anesthésie.
- Le médecin ayant moins de 2 ans de formation postgraduée et l'infirmier anesthésiste peuvent traiter eux-mêmes les urgences vitales jusqu'à l'arrivée du spécialiste en anesthésie.

4.5 Formation postgraduée et formation continue

4.5.1 Médecins anesthésistes

Les détails de la formation postgraduée pour le titre de spécialiste en anesthésiologie et de la formation continue requise se trouvent dans le programme de formation postgraduée du 01.01.2013, révisé le 17.09.2020 et dans le programme de formation continue de la SSAPM du 04.09.2017.

Les directives supérieures pour la formation postgraduée sont de la responsabilité de la Fédération des médecins suisses³¹ resp. de l'Institut suisse pour la formation médicale postgraduée et continue (IFSM).³² L'Office de la santé publique (OFSP) est compétent pour la surveillance suprême, resp. la Commission pour les professions médicales (MEBEKO), dont les fonctions sont définies dans la Loi sur les professions médicales (LPMéd). L'OFSP décerne les titres de spécialiste fédéraux, la MEBEKO est compétente pour la reconnaissance des diplômes étrangers et pour les demandes d'accréditation des titres de spécialité suisses à l'étranger.

4.5.2 Infirmier anesthésistes

Depuis 2010, cette formation postgraduée a été promue, dans le cadre de l'adaptation à l'Europe, au rang de formation professionnelle dans une haute école spécialisée avec un diplôme d'études postgrade, d'où le nouveau titre d'infirmier en soins d'anesthésie EPD ES. Le secrétariat d'État à la formation, à la recherche et à l'innovation (SEFRI) en est responsable. Le plan cadre pour l'enseignement est géré par l'organisme faîtière national du monde du travail en santé OdaSanté³³.

³¹ Foederatio Medicorum Helveticorum FMH, www.fmh.ch

³² ISFM, www.siwf.ch

³³ www.odasante.ch

4.6 Dotations en personnel³⁴

4.6.1 Médecins anesthésistes

Le calcul de la dotation en personnel dans les hôpitaux et les cliniques (HBA) peut différer des sociétés d'anesthésie externes (OBA). Celles-ci doivent encore tenir compte dans leur méthode de calcul des postes de travail d'impératifs organisationnels spécifiques, d'un autre côté les prestations de base pour les urgences ne sont pas requis.

Un calcul réaliste de la dotation en personnel pour le secteur OP des hôpitaux et des cliniques peut se fonder sur le nombre de places de travail nécessaires pour un service anesthésiologique sur huit heures par jour cinq jours par semaine. Une alternative consiste à se baser sur une estimation du volume de travail.

Expérience faite, les médecins en formation d'anesthésie ne devraient compter que pour 50% dans le calcul.

Pour le calcul du personnel médical, il convient de prendre en compte les missions anesthésiologiques étendues :

- Service d'urgences de nuit, les week-ends et les jours fériés ; service de piquet pour des engagements spéciaux
- Consultations et consilium
- Service d'antalgie aiguë périopératoire; antalgie ambulatoire, complexe ou interventionnelle
- Activités en salle d'accouchement et à l'IMC, aux soins intensifs et aux urgences, à l'unité des soins palliatifs
- Service de réanimation et d'intervention
- Service de secours externe
- Prestations de service anesthésiologiques (prélèvements sanguins, pose de voies veineuses périphériques / centrales et de cathéters artériels, consilium, accompagnement de transports internes, etc.)
- Activités de gestion des salles d'opération
- Administration
- Enseignement : missions de formation et d'enseignement (formation pré-, postgraduée et continue)
- Recherche et autres missions académiques

4.6.2 Soins d'anesthésie

En raison de la diversité des structures et des missions, on ne peut pas calculer la dotation en infirmiers anesthésistes à l'aide d'une formule unique. Elle est donc définie d'une manière semblable à la dotation en médecins.

5. Données concernant les structures et les prestations

Les responsables des départements d'anesthésie sont tenus (*doit*) de documenter leurs prestations anesthésiologiques, leurs données structurelles et leurs processus conformément aux directives de la SSAR.

On trouve les définitions uniformes et obligatoires relatives aux données structurelles et aux prestations dans le programme national A-QUA_{CH} de notre société SSAR - Monitoring de la qualité de l'anesthésie en Suisse³⁵.

³⁴ LINK zu Empfehlungen Personalberechnung

³⁵ <https://sgar-ssar.ch/a-qua/>

6. Qualité

6.1 Définition

La gestion de la qualité dans le système de santé désigne l'ensemble des mesures destinées à maintenir et à améliorer les prestations et produits en faveur des patients.

Selon les prescriptions de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) concernant la qualité requise dans le système de santé, les prestations fournies doivent être sûres, efficaces, centrées sur le patient, dans les délais, efficaces et équitables pour toutes les personnes. À la suite de la pression sur les coûts, la Loi sur les assurances sociales suisses réduit l'assurance qualité aux trois lettres **EAE** pour **E**fficacité (scientifiquement démontré), **A**déquation (indiqué et effectif) et **E**conomicité (efficient).³⁶ Les prestations médicales doivent remplir ces trois critères pour pouvoir être remboursées par les assureurs.

La SSAR a élaboré en 2019 une stratégie de la qualité décrivant les champs d'activité propres à la spécialité et les fondements du travail en matière de qualité.³⁷

6.2 Aspects de la qualité

Les améliorations de la qualité thérapeutique ne sont possibles que grâce à l'utilisation de mesures appropriées dans le cadre d'une gestion systématique de la qualité. La triade qualité des structures, qualité des processus et qualité des résultats constitue la base d'une forme organisationnelle appropriée. Une structure appropriée permet de contrôler les processus et ainsi d'obtenir de bons résultats.³⁸ En raison de la complexité des systèmes de qualité, seuls sont abordés ci-dessous les aspects essentiels pour l'anesthésie.³⁹

6.2.1 Qualité des structures

La qualité des structures décrit les conditions cadres sur le plan du personnel, de l'appareillage et de l'organisation pour une utilisation des ressources ciblée sur les objectifs. L'orientation stratégique de l'activité clinique en est la base. La direction médicale de l'institution (direction de l'hôpital ou détenteur du cabinet) est responsable de la qualité des structures. L'expertise et les directives du médecin anesthésiste responsable en déterminent l'étendue et la mise en œuvre.

- **Orientation de l'activité clinique** : détermination des prestations anesthésiologiques optimales, sur la base du contrat de prestations et de l'étendue de celles-ci
- **Infrastructure** : les recommandations concernant les locaux et l'équipement (locaux et appareillage, installations, maintien et entretien de l'infrastructure appropriés) sont définies dans le chapitre correspondant
- **Ressources en personnel** : les recommandations pour la dotation en personnel sont présentées dans le chapitre correspondant. Une formation de base, postgraduée et continue *doit* être assurée en fonction de l'activité clinique
- **Caractéristiques organisationnelles** : un système pour la mise en place et le maintien de la qualité *doit* être présent. Celui-ci inclut non seulement les mesures d'assurance qualité, mais aussi les conventions multidisciplinaires. Les procédures en cas d'incidents graves, voire vitaux, (Standard Operating Procedure (SOP), «Safety Kit»), *doivent* aussi être disponibles.

6.2.2 Qualité des processus

La qualité des processus décrit en détail le déroulement des prestations, qui se concentre sur les modalités du traitement et sur sa valeur ajoutée. Il existe par ailleurs toute une série de processus de gestion concernant l'organisation clinique et destinés à compléter la qualité des structures.

³⁶ Art. 32 LAMal (RS 832.10)

³⁷ <https://sgar-ssar.ch/>

³⁸ DONABEDIAN, 1966

³⁹ SEGHEZZI ET AL, 2013

- **Processus des prestations** : il est conseillé de poser par écrit les processus concernant les soins aux patients (évaluation et information préopératoire, suivi pendant et après l'anesthésie, analgésie, patients des urgences, etc.)
- **Processus de surveillance** : la surveillance des processus de prestation, la gestion des erreurs et la collecte des données statistiques, ainsi que le contrôle final des prestations de service en font partie
- **Processus du personnel** : ils comprennent le choix et l'engagement des collaborateurs, de même que leurs qualifications et leur formation
- **Processus de service** : ils concernent notamment l'administration, la logistique et la comptabilité

Comme les processus ne répondent pas à une norme, ils sont autodéfinis par la direction de la clinique ou du cabinet. Les processus font l'objet d'une surveillance permanente et d'adaptations lorsque nécessaires. C'est à cela que servent les données de la qualité des résultats tenant compte de la qualité des structures. Un responsable de la qualité désigné de l'institution anesthésiologique détenteur du titre de spécialiste fédéral ou d'un titre équivalent est en charge de la surveillance et de l'optimisation de la qualité des processus.

6.2.3 Qualité des résultats

La qualité des résultats donne une mesure des objectifs fixés préalablement pour la qualité des processus, qui déterminent la relation entre le bénéfice pour les patients et le succès économique. Pour déceler un potentiel d'amélioration, il faut des paramètres de mesure déterminés dans les trois domaines qui suivent :

- **Qualité du traitement** : détection des erreurs, complications, effets indésirables, satisfaction des patients
- **Temps** : délais appropriés, temps d'attente
- **Coûts** : matériel, médicaments, personnel

Le directeur médical de l'institution anesthésiologique est responsable de la saisie et de l'analyse de la qualité des résultats.

La SSAPM définit, en tant qu'organisation professionnelle suisse, les directives en matière de paramétrisation et de saisie des données des prestations, des structures et de la qualité dans son programme national A-QUA_{CH} - Monitoring de la qualité de l'anesthésie en Suisse⁴⁰.

6.3 Gestion de la qualité orientée sur les processus

Dans l'orientation des processus on considère l'ensemble des actions de l'entreprise comme une combinaison de processus. Ceci implique qu'on s'écarte d'une pensée fonctionnelle spécifique à la discipline vers une collaboration multidisciplinaire centrée sur le patient. La définition de ses propres processus doit être complétée par la détermination des interfaces avec d'autres domaines fonctionnels. Chaque interface est forcément le lieu de pertes de temps et d'informations.

La conduite des objectifs stratégiques sur la base de cheminements thérapeutiques définis mène à une organisation multidisciplinaire des processus. La qualité des processus (efficience) et la qualité des résultats (outcome) peuvent ainsi être améliorés durablement.

⁴⁰ <https://sgar-ssar.ch/a-qua/>

7. Sécurité des patients

Le présent document est basé sur des versions antérieures (1993 à 2014) et continue à se référer à la « Déclaration d'Helsinki sur la sécurité des patients en anesthésiologie⁴¹ » de la Société européenne d'anesthésiologie (ESA) de 2010, tenant compte des conditions particulières propres à la Suisse.

Les « conventions » de la déclaration d'Helsinki traitent principalement de l'activité des anesthésistes et des exigences formulées à leur endroit et qui nécessitent de constantes améliorations dans le contexte médical, économique, juridique et éthique actuel.

Quelques phrases-clés de la déclaration d'Helsinki :

- Les patients ont droit à des soins médicaux sûrs et à une protection contre les dommages. L'anesthésiologie revêt une importance capitale dans l'amélioration de la sécurité périopératoire des patients.
- Les patients occupent une place importante dans la préservation de leur propre sécurité et ils doivent donc être impliqués et informés en conséquence.
- La formation de base, postgraduée et continue est essentielle pour l'amélioration de la sécurité des patients.
- Le facteur humain joue un grand rôle dans la sécurité des soins aux patients. Il faut donc s'efforcer d'établir un partenariat fondé sur une confiance réciproque avec les chirurgiens, le personnel soignant et les autres groupes de professions cliniques.

La déclaration d'Helsinki montre comment et à l'aide de quels documents la sécurité des patients anesthésiologiques doit être améliorée. Les documents nationaux traitant de ce sujet font l'objet d'une révision correspondante et seront désormais régulièrement mis à jour. Les exigences, recommandations et conventions seront par ailleurs adaptées aux conditions de notre pays.

Le chapitre « Littérature et sources » traite des conventions, exigences et directives internationales en matière de sécurité des patients.

Les documents sur la sécurité des patients en anesthésie actuellement disponibles et les liens vers les textes originaux et les sources sont régulièrement publiés sur le site web de la SSAPM.

⁴¹ MELLIN-OLSEN/STAENDER, 2014

8. Terminologie et définitions

8.1 Anesthésie - Anesthésiologie

L'**anesthésie** est le domaine central de l'**anesthésiologie** et comprend

- l'évaluation et la préparation du patient
- l'exécution des anesthésies générales et régionales
- la surveillance et le suivi anesthésiologique avec ou sans analgo-sédation
- le suivi postanesthésique après les interventions thérapeutiques et diagnostiques

L'objectif principal du suivi anesthésiologique (= anesthésie) dans le contexte pluridisciplinaire est d'assurer au patient des soins périopératoire adaptés, sûrs et efficaces.⁴²

L'**anesthésiologie** est une discipline de la médecine qui s'occupe, en plus de son principal domaine de compétences, d'un large spectre de domaines cliniques et scientifiques relevant de la médecine intensive, de la médecine d'urgence, du traitement de la douleur et de la médecine palliative. Étant à l'interface, elle met à disposition ses connaissances spécifiques et son offre de prestations aux autres disciplines et apporte son concours aux mesures opératoires, traumatologiques, interventionnelles, diagnostiques invasives et à la médecine aiguë.

8.2 Domaine d'activité de l'anesthésie clinique

Anesthésie clinique : anesthésie appliquée en pratique quotidienne / anesthésie pratique (contrairement à la science anesthésiologique [recherche fondamentale et clinique]).

Anesthésie (= prestation anesthésiologique) : terme englobant l'anesthésie générale, locale et régionale, de même que la surveillance et le suivi anesthésiologique avec ou sans analgo-sédation (Monitored Anesthesia Care MAC, autrefois stand-by), y compris le suivi péri-interventionnel.

Une anesthésie est toujours réalisée à une place de travail d'anesthésie avec un setting bien défini, mais dans un environnement très variable.

Place de travail d'anesthésie (= place de travail) : local ou lieu où le patient bénéficie d'une prestation anesthésiologique

HBA (Hospital Based Anesthesia): anesthésie hospitalière

Bloc OP : lieu où sont rassemblées des unités ou des places de travail opératoires

NORA (Non-Operating Room Anesthesia) : anesthésie à l'hôpital en-dehors d'une unité OP, par ex. dans les locaux de radiologie, d'endoscopie, de cardiologie interventionnelle, etc.

OBA (Office based Anesthesia) : anesthésie à l'extérieur de l'hôpital, par ex. dans un cabinet dentaire

Anesthésiste responsable : un spécialiste est responsable pour chaque activité anesthésiologique et il doit être nommé spécifiquement dans la documentation

⁴² BECKER ET AL., 2018

8.3 Recommandations, standards, directives, etc.

Les différents termes ne sont pas toujours définis de manière optimale, que ce soit dans l'activité clinique quotidienne ou dans la littérature. La terminologie qui suit est conforme à l'usage et aide à la bonne compréhension de ce document :

Standard :	Genre d'activité (ou fabrication) unitaire ou unifiée, largement reconnue et le plus souvent appliquée. Peut constituer un critère décisionnel dans certaines problématiques médico-légales
Recommandation :	Conseil, proposition ou assistance sans caractère obligatoire ni juridique. Une recommandation donne le cadre et la marge de manœuvre pour la définition individuelle du travail
Guideline :	Outil d'orientation et de décision développé systématiquement pour certaines situations spécifiques à l'intention des médecins et d'autres professionnels du système de santé. Il reflète d'une manière générale les standards acceptés. Les guidelines n'ont pas un caractère contraignant et doivent être adaptés à chaque cas particulier
Procédure (Standard Operating Procedure, SOP):	Consigne concrète systématique pour une marche à suivre ciblée pour les activités récurrentes, mais aussi pour les événements rares et inattendus
Directive :	Proposition d'attitude dans un champ d'activité particulier avec un caractère contraignant, mais en l'absence de disposition légale formelle
Instruction :	Directive ou prescription interne de l'entreprise à caractère contraignant au sein de l'institution
Médecine fondée sur les preuves (Evidence-based Medicine = EBM) :	La médecine fondée sur les preuves (EBM) est définie comme une utilisation expresse, consciente et bien réfléchie des meilleures informations disponibles en vue de la prise de décision pour la prise en charge de chaque patient. ⁴³ Elle repose essentiellement sur des preuves externes, autrement dit sur les résultats de la recherche clinique, ainsi que sur les données de recherche systématiques publiées dans la littérature. Elle intègre par ailleurs des avis d'experts individuels et elle est liée à son temps.

⁴³ SACKETT ET AL, 1996

9. Documents complémentaires de la SSAPM

Différents documents ont été publiés ces dernières années sur ce thème par les groupes de travail et des groupes d'intérêt de la SSAPM. Des versions révisées sont prévues prochainement dans le cadre de l'adaptation aux besoins actuels et à la déclaration d'Helsinki. Les formes actuellement en vigueur des textes qui suivent sont publiés sur la site Web de la SSAPM :

- Évaluation, information et consentement du patient, version 2000
- Surveillance et suivi après l'anesthésie, version 2014
- Code de comportement, version 2013
- Standards et recommandations pour l'anesthésie pédiatrique 2012, minirévision 2014
- Calcul de la dotation en médecins anesthésistes, version 2014
- Programme de formation postgraduée en anesthésiologie 2015
- Programme de formation continue en anesthésiologie 2017
- Définition des données anesthésiologiques structurelles nationales et données des prestations, des processus et de la qualité du programme A-QUA_{CH}- Monitoring de la qualité de l'anesthésie en Suisse
- Stratégie Qualité de la SSAR 2019
- Diverses prescriptions légales concernant les produits médicaux, informations professionnelles

10. Diffusion et engagement

La présente version des St & R pour l'anesthésie a été élaborée par la commission pour les questions de structures et de processus. Leur publication sur le site web en langues allemande et française s'est faite après approbation par le comité. Les différents retours et suggestions ont fait l'objet de discussions au sein du groupe de travail et ont été insérés dans la version finale.

Toutes les remarques ou propositions d'amélioration sont les bienvenues et doivent être transmises au groupe de travail correspondant par l'intermédiaire du secrétariat.

Approbation des « Standards et recommandations, version 2020, Minirévision 2023 » remplaçant les versions précédentes :

Comité de la SSAPM, Berne, le 29 août 2023

Anciennes versions (historique) :

« Standards et Recommandations, version 2020 »

Groupe de travail : Commission pour les questions de structure et de processus
Sandra Becker, Seuzach; Christoph Ellenberger, Genève; Sina Grape, Sion; Christof Heim, Chur;
Sebastian Kraye, Zug; Alex Noser, Seuzach; Christine Zehntner, Winterthur

Lecture : Comité de la SSAR Responsables des établissements de formation postgradué ; Présidents des commissions (CCRC, CQD) et des groupes d'intérêts (SSAP, SAOA, ASOBA) ; Comité de la FSIA

Adoption par le Comité de la SSAR le 4 décembre 2019 ; valable à partir du 1er janvier 2020

« Standards et recommandations, version 2012, minirévision du 29.1.2014 »⁴⁴

« Standards et recommandations, version 2012 »

Groupe de travail : commission pour les questions de structures et de processus
Catherine Chevalley, Yverdon-les-Bains ; Martin Doser, Berne ; Christof Heim, Coire/Berne ;
Sebastian Kraye, Zoug ; Alex Noser, Seuzach ; Martin Tramèr, Genève ; Christine Zehntner, Winterthur

Lectorat : comité de la SSAR ; Christian Kern, Lausanne ; Christoph Konrad, Lucerne ; Joachim Koppenberg, Scuol ; Beat Meister, Berne ; Didier Naon, Schwyz ; Thomas Schnider, St. Gall ; Alexander Schweizer, Neuchâtel ; Luzius Steiner, Lausanne / Bâle ; Eric Weber, Sion ; Andreas Zollinger, Zürich

« Standards et recommandations, version 2002 »

Groupe de travail : Franz Frei, Bâle ; Thomas Pasch, Zurich ; Patrick Ravussin Sion ; Thomas Schnider, St. Gall ; Alexandre Schweizer, Neuchâtel ; Max Wintsch, Yverdon-les-Bains

« Standards et recommandations, version 1993 »

Groupe de travail : comité de la SSAR 1992/3 (Markus Betschart, St. Gall, président 1990-92 ; Marianne Bachhofen, Berne, présidente 1992-94)

⁴⁴ Compare 3.2.2.1 Profondeur de l'anesthésie / sédation : Monitoring dérivé de l'EEG

11. Références

AEBI-MÜLLER R, FELLMANN W, GÄCHTER T, RÜTSCHÉ B, TAG B.: *Arztrecht*. Stämpfli Verlag Bern 2016

BECKER S, GRAPE S, ELLENBERGER C, HEIM C, KRAYER S, NOSER A, ZEHNTNER C.: Der perioperative Behandlungsprozess, *SAEZ* 2018; 99 (42):1432–1435

LOI SUR L'ASSURANCE MALADIE (LAMAL) du 18 mars 1994 (RS 832.10). Mise à jour le 1^{er} juillet 2019, art. 32 LAMal
à l'adresse <https://www.admin.ch/opc/fr/classified-compilation/19940073/index.html>
(consulté le 26.07.2019)

DONABEDIAN A.: Evaluating the quality of medical care. *Milbank Memorial Fund Quarterly* 1966; 44: 166-203, 1966

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

JONES PM, CHERRY RA, ALLEN BN, JENKYN KMB, SHARIFF SZ, FLIER S, VOGT KN, WIJEYSUNDERA DN.: Association between handover of anesthesia care and adverse postoperative outcomes among patients undergoing major surgery. *JAMA* 2018; 319:143-153

ORDONNANCE SUR LES DISPOSITIFS MÉDICAUX (ODim) du 17 octobre 2001 (RS 812.213). Mise à jour de juin 2019
à l'adresse <https://www.admin.ch/opc/fr/classified-compilation/19995459/index.html>
(consulté le 26.07.2019)

MELLIN-OLSEN J, STAENDER S. : The Helsinki declaration on patient safety in anaesthesiology: the past, present and future. *Curr Opin Anesthesiol* 2014; 27:630-634

RÜEGGER M, JOST M, MEIER A, KNUTTI R, SCHLATTER C.: Conditions de travail lors d'exposition aux gaz anesthésiques – Risques, mesures de protection. *SUVA-Médecine du travail* 1996, art. 2869/29
à l'adresse http://sohf.ch/Themes/Operation/2869_29_F.pdf (consulté le 26.07.2019)

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

ACADÉMIE SUISSE DES SCIENCES MÉDICALES (ASSM) et Foederatio Medicorum Helveticorum FMH (édit.) : Bases juridiques pour le quotidien du médecin. Un guide pratique, 2e version révisée, Schwabe & Co, Basel/Muttenz 2013:26-34
à l'adresse https://www.fmh.ch/files/pdf22/rechtliche_grundlagen_2013_f.pdf
(consulté le 26.07.2019)

CODE CIVIL SUISSE (CC) du 10 décembre 1907 (RS 210), mise à jour du 1^{er} janvier 2019, art. 12-19 CC
à l'adresse <https://www.admin.ch/opc/fr/classified-compilation/19070042/index.html>
(consulté le 26.07.2019)

SEGHEZZI HD, FAHRNI F, FRIEDLI T.: Integriertes Qualitätsmanagement, Der St. Galler Ansatz, 4., überarbeitete Auflage 2013. Carl Hanser Verlag GmbH & Co. KG

TOROSSIAN A, BECKE K, BEIN B, BRÄUER A, GANTERT D, GREIF R, HÖCKER J, HORN EP, KIMBERGER O, KLAR E, NUHN P, RUCHHOLTZ S, SCHWAPPACH D, WELK I, WULF H. : S3 Leitlinie "Vermeidung von perioperativer Hypothermie" 2019
version mise à jour, en cours de révision

12. Littérature et sources

BIERMANN E. Einwilligung nach Aufklärung – ein juristisches Update. *A/NS* 2019;54:457-473

Déclaration d'Helsinki sur la sécurité des patients en anesthésiologie, traduction en langue anglaise à l'adresse <https://www.patientensicherheit-ains.de/deklaration/english.html> (consulté le 26.07.2019)

DOBSON G, CHOW L, FLEXMAN A, HURDLE H, KURREK M, LAFLAMME C, PERRAULT MA, SPARROW K, STACEY S, SWART P, WONG M. Guidelines to the practice of anesthesia revised edition 2019. *Can J Anaesth* 2019; 66:75-108

Entschliessungen, Empfehlungen, Vereinbarungen, Leitlinien, 5. Auflage. Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin
à l'adresse <https://www.dgai.de/publikationen/vereinbarungen.html> (consulté le 26.07.2019)

GELB AW, MORRIS WW, JOHNSON W, MERRY AF. International Standards for a Safe Practice of Anesthesia Workgroup. World Health Organisation – World Federation of Societies of Anaesthesiologists (WHO-WFSA) international standards for a safe practice of anesthesia. *Can J Anaesth* 2018;65:698–708, <https://www.wfsahq.org/our-work/safety-quality>

MELLIN-OLSEN J, STAENDER S, WHITAKER DK, SMITH AF. The Helsinki declaration on patient safety in anaesthesiology. *Eur J Anaesthesiol* 2010 Jul;27(7):592-7

STAENDER SE: Patient safety in anesthesia. *Minerva Anaesthesiol* 2010;76:45-50

STIFTUNG FÜR PATIENTENSICHERHEIT «Sichere Chirurgie» (Version 1, 2012)
à l'adresse https://www.patientensicherheit.ch/fileadmin/user_upload/1_Projekte_und_Programme/progress_sichere_chirurgie/progress_SC_alle/D_Checkliste_Chirurgie.pdf (consulté le 26.07.2019)

Syllabus to the postgraduate training program. From the standing committee on education and training of the section and board of anaesthesiology. Version 2011
à l'adresse <http://www.eba-uems.eu/resources/PDFS/Training/Anaesthesiology-syllabus.pdf> (consulté le 26.07.2019)