



RECOMMANDATIONS concernant la période préanesthésique

2ème édition - Septembre 1990-1994

Membres du groupe de travail ad hoc:

Professeur J.P. HABERER (Nancy), Directeur du groupe
Docteur J.L. BLACHE (Marseille)
Docteur C. BLERY (Cavaillon)
Professeur B. DIXNEUF (Nantes)
Professeur B. EURIN (Paris)
Docteur J.C. GRANRY (Angers)
Docteur S. JOHANET (Paris)
Professeur J. MARTY (Paris)
Docteur M. ROUGE (Chambéry)
Docteur M. VIGNIER (Mantes-la-Jolie)

Préambule

Dans le but de contribuer à la sécurité optimale des patients anesthésiés, la Société Française d'Anesthésie et de Réanimation (SFAR) élabore des recommandations portant notamment sur les thèmes suivants: 1) période préanesthésique, 2) surveillance des patients en cours d'anesthésie, 3) surveillance du réveil, 4) pratique de l'anesthésie chez le patient ambulatoire, 5) pratique de l'analgésie obstétricale, 6) formation des médecins anesthésistes-réanimateurs.

Encore appelées normes ou standards, ces recommandations visent à 1) améliorer et/ou maintenir la sécurité des patients anesthésiés donc à diminuer la morbidité et la mortalité anesthésiques 2) aider à l'obtention d'une dotation adéquate en personnel médical et paramédical ainsi qu'à l'acquisition de l'équipement nécessaire.

Ces recommandations sont l'expression d'un consensus au sein du groupe de travail ad hoc et du conseil d'administration de la SFAR, société scientifique représentative des anesthésistes-réanimateurs français. Elles tiennent compte des données actuelles de la science et des techniques ainsi que des normes déjà formulées par des sociétés d'autres pays, en particulier européens. Elles ont été établies dans le respect de la législation et de la réglementation françaises. Elles seront soumises à une révision périodique.

Recommandations concernant la période préanesthésique

Afin d'offrir aux patients anesthésiés une sécurité et une qualité de soins optimales, la Société Française d'Anesthésie et de Réanimation recommande une conduite préanesthésique fondée sur les éléments détaillés dans ce document.

Examen préanesthésique

Seul le médecin anesthésiste-réanimateur est habilité à réaliser la consultation préanesthésique avant tout acte thérapeutique ou diagnostique pratiqué sous anesthésie générale, anesthésie ou analgésie locorégionale ou sédation. Cette consultation lui permet d'effectuer un examen clinique, d'évaluer le risque, de décider de la prémédication éventuelle et de la technique anesthésique, d'informer le patient et de le préparer à l'intervention. Cette démarche est adaptée au degré d'urgence, à l'état du patient, à l'acte et à l'anesthésie projetés.

L'examen préanesthésique comporte un examen du dossier, un interrogatoire et un examen physique. L'interrogatoire recherche les antécédents médicaux, chirurgicaux et anesthésiques, les traitements en cours et tout autre problème médical susceptible d'interférer avec l'anesthésie. Pour les enfants, la présence des parents lors de l'examen et la consultation du carnet de santé sont souhaitables. Un questionnaire médical, préalablement rempli par le patient ou le médecin traitant, peut être utile. Il ne remplace pas l'examen clinique. Le compte rendu écrit de l'examen préanesthésique en précise la date ainsi que l'identité du médecin qui l'a effectué; il est inséré dans le dossier médical.

En fonction des données de l'interrogatoire et de l'examen physique, de l'acte et de l'anesthésie envisagés, ainsi que du degré d'urgence, d'éventuels examens complémentaires sont effectués. Aucune donnée scientifique ou norme réglementaire n'impose la pratique systématique d'examens complémentaires. Seuls, ceux motivés par les données de l'interrogatoire, de l'examen, de l'acte et de l'anesthésie envisagés sont indispensables. Le cas échéant, une consultation spécialisée est demandée.

Organisation de la consultation préanesthésique

La consultation d'anesthésie désigne à la fois l'acte et le lieu où est pratiqué l'examen préanesthésique. Comme pour toute consultation médicale, elle comporte un accueil-secrétariat, une salle d'attente, une ou plusieurs salles d'examen. Il est souhaitable qu'elle permette la réalisation immédiate éventuelle de prélèvements sanguins, en vue d'examens complémentaires, et d'un ECG. La consultation est destinée aux patients non hospitalisés et à ceux qui sont hospitalisés et capables de se déplacer. Elle offre un confort optimal aux patients et garantit le respect du secret médical.

Dans la mesure du possible, la consultation préanesthésique a lieu à distance de l'acte. Elle doit se dérouler à une date qui permette de prévoir les investigations nécessaires à l'élaboration d'une tactique anesthésique. Elle ne dispense pas d'une visite la veille ou le matin de l'intervention.

Lors d'interventions programmées, pratiquées ou non dans un contexte ambulatoire, l'interrogatoire, l'examen et l'information ne doivent pas avoir lieu dans l'instant qui précède l'anesthésie.

Dans le cas où le médecin qui procède à la consultation, prévoit de ne pas réaliser lui-même l'anesthésie, il est recommandé d'en informer le patient. Le médecin anesthésiste effectuant l'anesthésie prend connaissance du dossier médical et se présente au patient avant l'intervention.

Stratégie préopératoire

L'indication de l'anesthésie et de ses modalités est du ressort du médecin anesthésiste. Il décide de la technique anesthésique et de la préparation à l'intervention en fonction des données de l'examen préanesthésique. Il prend en considération les souhaits formulés par le patient, ou par les parents ou le tuteur s'il s'agit d'un mineur, et éventuellement ceux émis par l'opérateur.

L'opérateur pose l'indication opératoire, décide du type d'intervention et prévoit le moment de sa réalisation. L'opérateur qui sollicite une anesthésie, doit adresser le malade suffisamment tôt pour consultation au médecin anesthésiste afin que ce dernier puisse prescrire les examens et la préparation

éventuellement nécessaires.

Quand les données de l'examen amènent le médecin anesthésiste soit à déplacer le moment prévu pour une intervention afin d'effectuer une préparation préopératoire, soit à contre-indiquer une anesthésie pour une intervention non immédiatement indispensable, il en avertit aussitôt l'opérateur. Le choix définitif du moment de l'intervention ou de son report éventuel résulte d'une concertation. Les divergences d'avis sont réglées collégialement. Dans l'éventualité d'une divergence d'opinion majeure et persistante le patient en est informé comme le précise le code de déontologie. Hormis les cas d'urgence vitale, le médecin anesthésiste peut refuser de pratiquer une anesthésie.

Le médecin anesthésiste, étant coresponsable de la sécurité de l'opéré, ne doit pas accepter, urgences mises à part, un programme opératoire compromettant cette sécurité. Par conséquent, celui-ci est élaboré conjointement par l'opérateur et l'anesthésiste.

Information et consentement du patient

Quand la décision d'intervenir est prise et la technique anesthésique fixée, le patient et/ou ses proches en sont informés. Cette information a pour but d'éclairer le patient sur l'acte anesthésique projeté, d'obtenir son consentement et de répondre à ses éventuelles questions. L'information insistera plus spécialement sur les points suivants: différentes techniques d'anesthésie et d'analgésie postopératoire disponibles, leurs risques prévisibles, échecs possibles de l'anesthésie locorégionale pouvant nécessiter une anesthésie générale, changement de technique anesthésique justifié par la stratégie opératoire, possibilité de transfusion sanguine en cas de chirurgie potentiellement hémorragique, techniques d'épargne transfusionnelle notamment par la transfusion autologue programmée.

Une anesthésie ne peut être pratiquée chez un mineur, sans l'autorisation écrite des parents, du tuteur légal ou de la personne physique ou morale qui a reçu mandat écrit des parents.

En cas d'urgence ou d'impossibilité de recueillir en temps utile cette autorisation écrite, l'autorisation verbale s'y substitue au titre du « cas de force majeure ». Cette autorisation verbale doit être consignée avec précision (identité exacte du mandant, date, heure) dans le dossier médical.

Si aucun représentant légal n'est accessible, il est préférable de recevoir l'accord du juge des enfants, qui pourra être donné a posteriori si l'urgence est telle que l'intervention doit être immédiate.

Bibliographie

France

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

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

Nomenclature générale des actes professionnels des médecins, des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes et des auxiliaires médicaux. J.O. de la République Française, 29 décembre 1982, N.C. 11663.

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

Allemagne

Entschiessung zur anästhesiologischen Voruntersuchung. Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin. Anästh Intensivmed, 23: 446, 1982.

Qualitätssicherung in der Anästhesiologie. Richtlinien der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin. Anästh Intensivmed, 30: 307-314, 1989.

Belgique

Belgian standards for patient safety in anaesthesia. Acta Anaesthesiol Belgica, 40: 231 -238, 1989.

Etats-Unis

Basic Standards for Preanesthesia Care (approved by House of Delegates on October 14, 1987). American Society of Anesthesiologists.

Pays-Bas

Advisory report on anaesthesiology. Part I - Recent developments in anaesthesiology - Submitted by a committee of the Health Council of the Netherlands. Government Publishing Office, The Hague, 1980.



Retour à la page d'accueil de la *SFAR*