Sécurité anesthésie en salle : la position récente de la Cour de Cassation : pas de changement dans nos pratiques.

Suite aux réactions de certains d'entre vous, en rapport avec l'arrêt de la Cour de Cassation du 15 Janvier 2019. (https://juricaf.org/arret/FRANCE-COURDECASSATION-20190115-1786461)

Cette décision est en rapport avec l'importance des faits où une jeune femme de 23 ans se retrouve invalide à 99% alors même que le respirateur s'est débranché sans cause retrouvée et que l'anesthésiste, le chirurgien, et une infirmière ont quitté la salle laissant l'infirmière de salle seule alors même qu'elle préparait le matériel de la coelioscopie. Le tout étant aggravé par le fait que l'équipe chirurgicale annoncera à la famille un bronchospasme avec arrêt cardio-respiratoire à l'induction et que ce sont des lettres anonymes adressées au procureur et à la famille qui permettront de rétablir la vérité.
Cette décision de la Cour de cassation rappelle simplement qu'un médecin anesthésiste ne peut pas se faire assister par un personnel non compétent. Une infirmière diplômée d'État de salle n'est pas une infirmière anesthésiste.
Certains assureurs ont depuis communiqués, à tort, en disant qu'un anesthésiste ne peut pas laisser seule en salle une IADE avec un patient et qu'il ne peut pas intervenir sur plus de deux salles.

C'est dans ce cadre qu'il nous est apparu importante de vous rappeler les textes législatifs qui précisent le cadre légal de l'exercice de l'anesthésie en France.

Aucun texte ne précise le nombre de salle sous autorité d'une anesthésie.

Ainsi selon notre lecture des textes, l'anesthésiste peut parfaitement être sur trois salles s'il est aidé et accompagné par deux infirmiers anesthésistes ou un interne d'anesthésie. **Seul l'anesthésiste peut décider de l'environnement professionnel qu'il soit salarié ou libéral**. Nul ne peut imposer à un anesthésiste les conditions de travail s'il considère qu'elles sont dangereuses.
Si un anesthésiste se retrouve sur plusieurs salles avec de la chirurgie de cataractes avec topic , des blocs loco-régionaux, des anesthésies locales il n'y a pas de raison qu'il ne puisse pas exercer sur plus de deux salles dans la mesure où ils auraient à sa disposition des infirmières anesthésistes dans chaque salle

Enfin, quelque soit la position des assureurs, ils ne sont pas la loi, ils ne sont pas les bonnes pratiques, et ils ne sont pas la SFAR.

Seule la SFAR a la légitimité de préciser l'environnement et la sécurité de l'anesthésie en France, et jusqu'à ce jour elle ne s'est jamais prononcée sur un nombre quantifié de salle par anesthésiste car la sécurité anesthésie reste dépendante du niveau de difficulté du patient (Anévrisme rompu, cataracte, ongle incarné, cystectomie, pancréas…)

1-L'obligation de sécurité et de qualité

Un médecin s'engage à assurer personnellement **des soins consciencieux, dévoués et fondés sur les données acquises de la science,** en faisant appel, s'il y a lieu, à l'aide de tiers compétents. (Article R 4127-32 et R 4127-33 du Code de santé publique).

Dans le cadre de l'exercice de l'Anesthésie-Réanimation, les données acquises de la science sont précisées par le décret **du 5 décembre 1994** (Article D 712-40 du Code de santé publique).

En-dehors des obligations de moyens et de matériel sur lesquelles nous ne reviendrons pas, il est surtout précisé dans le décret que, lors d'une anesthésie locorégionale ou générale, **le patient doit bénéficier d'une surveillance continue pendant toute la durée de l'intervention et après l'intervention**.

Le décret précise même qu'il s'agit **d'une surveillance clinique** et s'appuyant également sur l'utilisation d'un matériel d'anesthésie et de suppléance adapté au protocole d'anesthésie retenu.

Le texte est très clair sur ce point **: « Toute anesthésie générale, locorégionale ou sédation, susceptible de modifier les fonctions vitales doit être effectuée et surveillée par/ou en présence d'un médecin anesthésiste-réanimateur qualifié. Le médecin anesthésiste-réanimateur doit pouvoir être assisté, s'il le juge nécessaire, par un autre médecin et/ou par un(e) infirmier(e)-anesthésiste, en particulier en début et en fin d'anesthésie. Si le médecin anesthésiste-réanimateur est amené à quitter la salle d'opération, il confie la poursuite de l'anesthésie à un autre médecin anesthésiste-réanimateur qualifié. C'est alors ce dernier qui assume l'entière responsabilité du malade qui lui est confié ; Si un médecin anesthésiste-réanimateur fait appel à un(e) infirmier(e)-anesthésiste, il reste responsable de l'acte en cours et doit pouvoir intervenir sans délai ».**

A la lecture de ce texte, il apparaît donc **qu'aucun malade ne doit être laissé seul en salle sans la surveillance d'un anesthésiste ou un(e) infirmier(e)-anesthésiste, et ce, même s'il y a une équipe chirurgicale en train d'opérer.**

Ainsi donc, le médecin anesthésiste-réanimateur responsable du patient doit être présent à l'induction et au réveil, éventuellement aidé par un(e) infirmier(e)-anesthésiste.

Il peut confier la surveillance clinique et la surveillance du monitorage du patient à un(e) infirmier(e)-anesthésiste durant toute la phase de sommeil, à condition de pouvoir intervenir sans délai.

Toute la responsabilité d'un médecin anesthésiste-réanimateur est donc, dans cette obligation de présence à l'induction et au réveil et celle d'être en capacité à intervenir sans délai.

A chacun donc d'évaluer sa capacité de présence à ces 2 moments clés de l'anesthésie et, surtout, à sa capacité de réagir sans délai.

2-La responsabilité de l'anesthésiste :

Le code de déontologie ainsi que le code de santé publique rappellent que **chaque médecin est responsable de ses actes et qu'on ne peut pas l'obliger à travailler dans des conditions d'exercice qui**

lui sembleraient dangereuses (Article R.4127-5 et R.4127-69 du CSP). Lui seul peut et doit limiter ses actes à ce qui est nécessaire à la sécurité, à la qualité et à l'efficacité des soins (Article R.4127-8 du

CSP). Il ne doit pas dépasser les moyens dont ils disposent (R 4127-70 du CSP). Il ne doit jamais exercer sa profession dans des conditions qui puissent compromettre la qualité et la sécurité des soins qu'il pratique (Article R. 4127-71 du CSP).

3- La responsabilité médico-légale :

Lors d'une mise en cause médico-légale l'expert va devoir renseigner le juge sur les « bonnes pratiques » de l'anesthésiste à savoir :

- un médecin anesthésiste-réanimateur doit être présent à l'induction et au réveil

- il doit pouvoir intervenir sans délai

- le patient doit bénéficier d'une surveillance médicale continue,

Ainsi si ces réglés de sécurité légales sont respectées, seul l'anesthésiste décide de l'environnement nécessaire à la sécurité des patients qui lui sont confiés. Il peut donc intervenir sur une seule salle en cas de chirurgie « lourde » ou sur 3 salles en cas de chirurgie « simple » ou d'endoscopie sous topique ou anesthésie locale ou loco-régionale.

4- La place de l'équipe « chirurgicale » :

Il est difficile pour un anesthésiste de s'opposer aux autres membres de l'équipe chirurgicale en particulier aux confrères chirurgiens, ou anesthésistes qui souhaitent parfois accélérer le programme.

En dehors du fait que chaque médecin est responsable de ses actes et garde son indépendance professionnelle (Article R.4127-5, R.4127-69 et R.4127-93 du CSP), les médecins doivent entretenir entre eux de bons rapports et respecter l'indépendance professionnel de chacun (Article R.4127-68-1 du CSP).

La Cour de Cassation vient récemment de condamner un chirurgien dans une affaire de surveillance anesthésiste considérant que le chirurgien ayant constaté l'absence du MAR n'aurait pas dû continuer à opérer. La Cour a estimé que la surveillance incombe au médecin anesthésiste mais dans la mesure où le chirurgien est tenu d'une obligation de sécurité et de prudence il aurait dû cesser « immédiatement l'intervention ».

Opérateur (chirurgien, gastro etc…) et anesthésiste ont donc une responsabilité COMMUNE pour la sécurité et la surveillance per-opératoire comme cela est aussi le cas dans la prévention des risques infectieux et thrombo-embolique.

Il est important de rappeler que les médecins salariés doivent toujours agir dans l'intérêt des personnes et de leurs sécurités, ils ne doivent JAMAIS accepter de limitation à leur indépendance (Article R.4127-95 du CSP)

5- Le refus de soin :

Rappelons enfin qu'un médecin, sauf situation d'urgence ou manquement à ses devoirs d'humanité, peut refuser ses soins pour des raisons professionnelles ou personnelles. Il doit juste informer le patient et les confrères pour permettre la poursuite des soins (Article R.4127-48 et R.4127-65 du CSP)

Conclusion : N'acceptons jamais de compromettre la sécurité et la qualité des soins quelques soient les pressions exercées sur nous car in fine, en cas d'accident, légalement et humainement nous devrons assumer seul notre responsabilité voire, parfois notre culpabilité d'avoir accepté un instant des conditions de travail dégradées...

Bien confraternellement

Docteur Didier LEGEAIS
Directeur Général

Médirisq
L'Assureur-Conseil des Professionnels de Santé

A Grenoble, le 16 août 2017

Gérard RUGGERI
Président

Dr Didier LEGEAIS
Directeur Général
& Directeur Médical

Isabelle COMPARATO
Directrice Etude
Produits & Juridique

Société de courtage d'assurance, de service et de conseil aux professionnels de santé

Centre de Gestion
11 Place Victor Hugo
CS 10630
38026 GRENOBLE Cedex 1

Tél. +33 (0)4 76 70 9000
Fax +33 (0)4 76 70 9001
contact@medirisq.fr
www.medirisq.fr

Siège Social
177 Cours de la Libération
BP 2756
38037 GRENOBLE Cedex 2

Combien de salles pour un anesthésiste salarié ou libéral ?

Aujourd'hui, il n'existe pas de texte légal très clair limitant l'activité d'un anesthésiste sur 1, 2, 3 voire 4 salles interventionnelles en même temps.

Cependant, à travers les obligations légales et professionnelles de sécurité et de qualité des soins des médecins anesthésistes-réanimateurs, on peut approcher un raisonnement et proposer une conclusion.

1-L'obligation de sécurité et de qualité

Un médecin s'engage **à assurer personnellement des soins consciencieux, dévoués et fondés sur les données acquises de la science.** En faisant appel, s'il y a lieu, à l'aide de tiers compétents. (Article R 4127-32 et R 4127-33 du Code de santé publique).

Dans le cadre de l'exercice de l'Anesthésie-Réanimation, les données acquises de la science sont précisées par le **décret du 5 décembre 1994** (Article D 712-40 du Code de santé publique).

En-dehors des obligations de moyens et de matériel sur lesquelles nous ne reviendrons pas, il est surtout précisé dans le décret que, lors d'une anesthésie locorégionale ou générale, le patient doit bénéficier d'une **surveillance continue** pendant toute la durée de l'intervention et après l'intervention.

Le décret précise même qu'il s'agit d'une surveillance clinique et s'appuyant également sur l'utilisation d'un matériel d'anesthésie et de suppléance adapté au protocole d'anesthésie retenu.

Le texte est très précis sur ce point : « *Toute anesthésie générale, locorégionale ou sédation, susceptible de modifier les fonctions vitales doit être* ***effectuée et surveillée*** *par/ou en présence d'un médecin anesthésiste-réanimateur qualifié.*

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

Si le médecin anesthésiste-réanimateur est amené à quitter la salle d'opération, il confie la poursuite de l'anesthésie à un autre médecin anesthésiste-réanimateur qualifié.

C''est alors ce dernier qui assume l'entière responsabilité du malade qui lui est confié.

Si le médecin anesthésiste-réanimateur fait appel à un(e) infirmier(e)-anesthésiste, ***il reste responsable de l'acte en cours et doit pouvoir intervenir sans délai*** *».*

A la lecture de ce texte, il apparaît donc qu'**aucun malade ne doit être laissé seul** en salle sans la surveillance d'un anesthésiste ou un(e) infirmier(e)-anesthésiste, et ce, même s'il y a une équipe chirurgicale en salle.

Ainsi donc, le médecin anesthésiste-réanimateur responsable du patient doit être présent à l'induction et au réveil, éventuellement aidé par un(e) infirmier(e)-anesthésiste.

Il peut confier la surveillance clinique et la surveillance du monitorage du patient à un(e) infirmier(e)-anesthésiste durant toute la phase de sommeil, à condition de **pouvoir intervenir sans délai.**

Toute la responsabilité d'un médecin anesthésiste-réanimateur est donc dans cette obligation de présence à l'induction et au réveil, et celle d'être en capacité à intervenir sans délai.

A chacun donc d'évaluer sa capacité de présence à ces 2 moments clés de l'anesthésie et, surtout, à sa capacité de réagir sans délai.

2-La responsabilité de l'anesthésiste :

Le code de déontologie ainsi que le code de santé publique rappellent que **chaque médecin est responsable** de ses actes et qu'on ne peut pas l'obliger à travailler dans des conditions d'exercice qui lui sembleraient dangereuses

(Article R.4127-5 et R.4127-69 du CSP). **Lui seul peut et doit limiter ses actes à ce qui est nécessaire à la sécurité,** à la qualité et à l'efficacité des soins (Article R.4127-8 du CSP). Il ne doit pas dépasser les moyens dont il dispose (R 4127-70 du CSP). Il ne doit jamais exercer sa profession dans des conditions qui puissent **compromettre la qualité et la sécurité des soins** qu'il pratique (Article R. 4127-71 du CSP).

3- La responsabilité médico-légale :

Un certain nombre de publications et d'articles considèrent donc que dans la mesure où un médecin anesthésiste-réanimateur doit être présent à l'induction et au réveil, et doit pouvoir intervenir sans délai, et qu'un patient doit bénéficier d'une surveillance médicale continue, il ne semble **pas possible et raisonnable qu'un médecin anesthésiste-réanimateur intervienne au-delà de 2 salles interventionnelles en même temps** et ce, même si un(e) infirmier(e)-anesthésiste est présent(e) en continu dans l'une des 2 salles, voire dans les 2 salles.

Il est probable que lors d'une mise en cause pour un accident d'anesthésie grave, s'il devait apparaître que le médecin anesthésiste intervenait sur plus de 2 salles, l'expert – et donc probablement dans un deuxième temps le juge – puisse retenir un manquement fautif avec un **défaut dans l'obligation de sécurité** et un non-respect des règles de l'art entraînant une condamnation civile et, potentiellement pouvant aller jusqu'à une interdiction d'exercice.

Médirisq

4-**La place de l'équipe « chirurgicale » :**

Il est difficile pour un anesthésiste de s'opposer aux autres membres de l'équipe chirurgicale, en particulier aux confrères chirurgiens ou anesthésistes qui souhaitent parfois accélérer le programme.

En dehors du fait que **chaque médecin est responsable** de ses actes et garde son indépendance professionnelle (Article R.4127-5, R.4127-69 et R.4127-93 du CSP). Les médecins doivent **entretenir entre eux de bons rapports et respecter** l'indépendance professionnelle de chacun (Article R.4127-68-1 du CSP).

La Cour de cassation vient récemment de **condamner un chirurgien dans une affaire de surveillance anesthésiste** considérant que le chirurgien ayant constaté un manquement, il n'aurait pas dû continuer à opérer.
La Cour a estimé que la surveillance incombe au médecin anesthésiste mais dans la mesure où le chirurgien est tenu d'une obligation de sécurité et de prudence il aurait dû cesser « immédiatement l'intervention ».
Opérateur (chirurgien, gastro etc...) et anesthésiste ont donc une **responsabilité COMMUNE** pour la sécurité et la surveillance per-opératoire comme cela est aussi le cas dans la prévention des risques infectieux et thrombo-embolique.

Il est important de rappeler que les **médecins salariés** doivent toujours agir dans l'intérêt des personnes et de leur sécurité, ils ne doivent **JAMAIS accepter de limitation à leur indépendance** (Article R.4127-95 du CSP)

5- Le refus de soin :

Rappelons enfin qu'un médecin, sauf situation d'urgence ou manquement à ses devoirs d'humanité, peut refuser ses soins pour des raisons professionnelles ou personnelles. Il doit simplement en informer le patient et les confrères pour permettre la poursuite des soins (Article R.4127-48 et R.4127-65 du CSP)

Conclusion : N'acceptons jamais de compromettre la sécurité et la qualité des soins quelques soient les pressions exercer sur nous car in fine, en cas d'accident, légalement et humainement nous devrons assumer seul notre responsabilité voire, parfois, notre culpabilité d'avoir accepté un instant des conditions de travail dégradées...

Dr Didier LEGEAIS

Médimm

Décret de sécurité Anesthésie

La Société Française de Réanimation, dans sa sagesse, précise clairement les normes de sécurité.

Toutes les types d'anesthésies sont intéressées par ces recommandations :

"*Cette surveillance doit être mise en oeuvre lors de toute anesthésie générale, locorégionale et sédation susceptible de modifier les fonctions vitales, quel que soit le site où ces actes sont effectués."*

Durant la phase d'induction et par la suite :

Toute anesthésie générale, locorégionale, ou sédation susceptible de modifier les fonctions vitales doit être effectuée et surveillée par ou en présence d'un médecin anesthésiste-réanimateur qualifié. Celui-ci est soit un médecin spécialiste en anesthésie-réanimation, soit un médecin en cours de spécialisation, remplissant les conditions pour effectuer des remplacements. Le médecin a une obligation de compétence adaptée à l'acte qu'il pratique.*
Le médecin anesthésiste-réanimateur doit pouvoir être assisté, s'il le juge nécessaire, par un autre médecin et/ou un(e) infirmier(e) anesthésiste, en particulier en début et en fin d'anesthésie.
Si le médecin anesthésiste-réanimateur est amené à quitter la salle d'opération, il confie la poursuite de l'anesthésie à un autre médecin anesthésiste-réanimateur qualifié. S'il la confie à un médecin anesthésiste-réanimateur en formation ***ou à un(e) infirmier(e) anesthésiste,*** *il reste responsable de l'acte en cours et peut intervenir sans délai.*
Les médecins en cours de spécialisation en anesthésie-réanimation ne remplissant pas encore les conditions pour effectuer des remplacements, ainsi que les infirmier(e)s anesthésistes, ne sont pas habilité(e)s à réaliser une anesthésie en l'absence d'un médecin anesthésiste-réanimateur qualifié. Ils (elles) ont essentiellement une fonction d'assistance et de surveillance.
** C'est à dire ayant validé quatre semestres spécifiques de la discipline.*

Durant toute la durée de l'anesthésie :

Du début à la fin de l'acte, la surveillance du patient porte sur l'oxygénation, la ventilation, la circulation, ainsi que la profondeur de l'anesthésie ou de la sédation (ou son extension dans le cas de l'anesthésie locorégionale) et le cas échéant de la curarisation. Quand le médecin anesthésiste-réanimateur ne peut approcher suffisamment du patient (type d'intervention, radiations ionisantes, IRM) **un monitorage instrumental adéquat supplée à l'absence de surveillance clinique rapprochée.**

2. 1. Oxygénation

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

2.2. Ventilation

La surveillance de la ventilation repose sur l'observation clinique (fréquence, amplitude et symétrie de l'expansion thoracique, mouvements du ballon, auscultation) et sur l'utilisation de méthodes instrumentales (spirométrie expiratoire, manométrie et capnographie).
Après intubation trachéale et après toute mobilisation de la tête du patient, la position de la sonde endotrachéale est vérifiée.

2.3. Circulation

La surveillance de la circulation porte sur les battements cardiaques, la fréquence cardiaque, la pression artérielle, la circulation périphérique, le capnogramme et l'ECG.
C'est-à-dire ayant validé quatre semestres spécifiques de la discipline.
Les battements cardiaques sont surveillés de façon continue par une des méthodes suivantes: palpation du pouls artériel, auscultation cardiaque, mesure continue de la pression artérielle, oxymétrie de pouls ou une technique équivalente. La fréquence cardiaque et la pression artérielle sont notées à des intervalles de temps ne dépassant pas 5 minutes. La surveillance de l'ECG débute avant l'induction.

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

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

2.5. Autres éléments de surveillance

En cours d'anesthésie la position du patient est surveillée, en particulier les points d'appui et les territoires comportant un risque de lésion nerveuse. Tout changement de position impose un nouveau contrôle des variables mesurées.
La température centrale est mesurée dès lors qu'une déviation notable de la valeur normale existe ou est prévue, notamment chez l'enfant

Pour la traçabilité :

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

3 - ÉQUIPEMENT DE SURVEILLANCE

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

3.1. Surveillance du patient

Chaque site anesthésique doit pouvoir disposer des appareils suivants:

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

3.2. Surveillance de l'appareil d'anesthésie

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

3.3. Equipement complémentaire

D'autres appareils de surveillance peuvent être nécessaires en fonction du type de patient, de l'acte chirurgical et des impératifs anesthésiques.
Dans les établissements où un manque de personnel et/ou de matériel ne permet pas de respecter ces recommandations, la SFAR conseille au médecin anesthésiste-réanimateur de faire un état des lieux avec la liste des éléments manquants, d'en informer par écrit le responsable administratif afin d'établir un plan permettant la mise en conformité avec ces recommandations au plus tard le 1.1.199

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

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

2ème édition - Juin 1989-Janvier 1994
Membres du groupe de travail ad hoc
Pr. J.C. Otteni (Strasbourg), Directeur du groupe
Dr. A. Benichou (Angoulême)
Pr. H. Bricard (Caen)
Dr. J.P. Caramella (Vittel)
Pr. F. Clergue (Paris)
Pr. J.M. Desmonts (Paris)
Pr. R. Dorne (Lyon)
Pr. P. Feiss (Limoges)
Dr. R. Hascoët (Le Mans)
Dr. J.M. Mascaro (Gières)
Pr. P. Stieglitz (Grenoble)

Dans le but de contribuer à une sécurité optimale des patients anesthésiés, la Société Française d'Anesthésie et de Réanimation (SFAR) recommande une surveillance fondée sur les éléments détaillés dans ce document. Cette surveillance doit être mise en úuvre lors de toute anesthésie générale, locorégionale et sédation susceptible de modifier les fonctions vitales, quel que soit le site où ces actes sont effectués.
Les recommandations concernent le personnel et la surveillance minimale du patient et de l'appareil d'anesthésie. A cette surveillance clinique et instrumentale de base sont adjoints des moyens complémentaires en fonction de l'état du patient, du type d'acte, des impératifs anesthésiques. Certaines situations d'urgence peuvent ne pas permettre l'application de ces recommandations en totalité. Une surveillance par une personne compétente est aussi assurée lors du transport du patient vers l'unité de réveil, de soins intensifs ou de réanimation.
Ces recommandations tiennent compte des données actuelles de la science et des techniques. Elles ont été établies dans le respect de la législation et de la réglementation françaises. Elles sont soumises à une révision périodique. Ce document en constitue la deuxième édition, remplaçant celui publié en Juin 1989.

1 - PERSONNEL

Toute anesthésie générale, locorégionale, ou sédation susceptible de modifier les fonctions vitales doit être effectuée et surveillée par ou en présence d'un médecin anesthésiste-réanimateur qualifié. Celui-ci est soit un médecin spécialiste en anesthésie-réanimation, soit un médecin en cours de spécialisation, remplissant les conditions pour effectuer des remplacements*. Le médecin a une obligation de compétence adaptée à l'acte qu'il pratique.
Le médecin anesthésiste-réanimateur doit pouvoir être assisté, s'il le juge nécessaire, par un autre médecin et/ou un(e) infirmier(e) anesthésiste, en particulier en début et en fin d'anesthésie.
Si le médecin anesthésiste-réanimateur est amené à quitter la salle d'opération, il confie la poursuite de l'anesthésie à un autre médecin anesthésiste-réanimateur qualifié. S'il la confie à un médecin anesthésiste-réanimateur en formation ou à un(e)

infirmier(e) anesthésiste, il reste responsable de l'acte en cours et peut intervenir sans délai.
Les médecins en cours de spécialisation en anesthésie-réanimation ne remplissant pas encore les conditions pour effectuer des remplacements, ainsi que les infirmier(e)s anesthésistes, ne sont pas habilité(e)s à réaliser une anesthésie en l'absence d'un médecin anesthésiste-réanimateur qualifié. Ils (elles) ont essentiellement une fonction d'assistance et de surveillance.
* C'est à dire ayant validé quatre semestres spécifiques de la discipline.

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

Du début à la fin de l'acte, la surveillance du patient porte sur l'oxygénation, la ventilation, la circulation, ainsi que la profondeur de l'anesthésie ou de la sédation (ou son extension dans le cas de l'anesthésie locorégionale) et le cas échéant de la curarisation.
Quand le médecin anesthésiste-réanimateur ne peut approcher suffisamment du patient (type d'intervention, radiations ionisantes, IRM) un monitorage instrumental adéquat supplée à l'absence de surveillance clinique rapprochée.

2. 1. Oxygénation

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

2.2. Ventilation

La surveillance de la ventilation repose sur l'observation clinique (fréquence, amplitude et symétrie de l'expansion thoracique, mouvements du ballon, auscultation) et sur l'utilisation de méthodes instrumentales (spirométrie expiratoire, manométrie et capnographie).
Après intubation trachéale et après toute mobilisation de la tête du patient, la position de la sonde endotrachéale est vérifiée.

2.3. Circulation

La surveillance de la circulation porte sur les battements cardiaques, la fréquence cardiaque, la pression artérielle, la circulation périphérique, le capnogramme et l'ECG.
C'est-à-dire ayant validé quatre semestres spécifiques de la discipline.
Les battements cardiaques sont surveillés de façon continue par une des méthodes suivantes: palpation du pouls artériel, auscultation cardiaque, mesure continue de la pression artérielle, oxymétrie de pouls ou une technique équivalente. La fréquence cardiaque et la pression artérielle sont notées à des intervalles de temps ne dépassant pas 5 minutes. La surveillance de l'ECG débute avant l'induction.

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

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

2.5. Autres éléments de surveillance

En cours d'anesthésie la position du patient est surveillée, en particulier les points d'appui et les territoires comportant un risque de lésion nerveuse. Tout changement de position impose un nouveau contrôle des variables mesurées.
La température centrale est mesurée dès lors qu'une déviation notable de la valeur normale existe ou est prévue, notamment chez l'enfant

2.6. Fiche d'anesthésie

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

3 - ÉQUIPEMENT DE SURVEILLANCE

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

3.1. Surveillance du patient

Chaque site anesthésique doit pouvoir disposer des appareils suivants:

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

3.2. Surveillance de l'appareil d'anesthésie

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

3.3. Equipement complémentaire

D'autres appareils de surveillance peuvent être nécessaires en fonction du type de patient, de l'acte chirurgical et des impératifs anesthésiques.
Dans les établissements où un manque de personnel et/ou de matériel ne permet pas de respecter ces recommandations, la SFAR conseille au médecin anesthésiste-réanimateur de faire un état des lieux avec la liste des éléments manquants, d'en informer par écrit le responsable administratif afin d'établir un plan permettant la mise en conformité avec ces recommandations au plus tard le 1.1.1997.

Bibliographie

Ministère de la Santé publique et de la Sécurité Sociale. Circulaire n° 394 du 30 avril 1974, relative à la sécurité des malades anesthésiés.
Ministère de la Santé. Circulaire n° 340 DGS/POS 3 A du 23 mars 1982, relative à la sécurité des malades anesthésiés.
Ministère des Affaires Sociales et de la Solidarité Nationale. Circulaire n° 431 DGS/3A du 27 juin 1985, relative à la sécurité des malades anesthésiés dans les établissements sanitaires hospitaliers publics et privés.
International Task Force on Anaesthesia Safety. International Standards for a Safe Practice of Anaesthesia. Adopted by the World Federation of Societies of Anaesthesiologists June 13, 1992. APSF Newsletter 1992, pp. 30-31.

Décret no 94-1050 du 5 décembre 1994 relatif aux conditions techniques de fonctionnement des établissements de santé en ce qui concerne la pratique de l'anesthésie et modifiant le code de la santé publique (troisième partie: Décrets)

https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000549818&categorieLien=id

NOR: SPSH9403474D
ELI: Non disponible

Le Premier ministre,
Sur le rapport du ministre d'Etat, ministre des affaires sociales, de la santé et de la ville, et du ministre délégué à la santé,
Vu le code de la santé publique, notamment ses articles L. 665-3, L. 712-8, L. 712-9 (3o) et R. 712-2-1;
Vu le décret no 82-634 du 8 juillet 1982 relatif à la prise en compte des rémunérations des praticiens, à la tarification des consultations externes et au contrôle de l'activité médicale hospitalière dans les hôpitaux publics autres que les hôpitaux locaux et dans les établissements privés à but non lucratif participant au service public hospitalier;
Vu l'avis du Conseil supérieur des hôpitaux en date du 27 juin 1994;
Vu l'avis du comité national de l'organisation sanitaire et sociale en date du 20 juillet 1994;
Vu l'avis de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés en date du 27 septembre 1994;
Après avis du Conseil d'Etat (section sociale),
Décrète:

Art. 1er. - Il est inséré à la section III du chapitre II du titre Ier du livre VII du code de la santé publique (troisième partie: Décrets) une sous-section II ainsi rédigée:
Sous-section II

Conditions de fonctionnement relatives à la pratique de l'anesthésie

Paragraphe 1
Dispositions générales
Article D. 712-40
Pour tout patient dont l'état nécessite une anesthésie générale ou loco-régionale, les établissements de santé, y compris les structures de soins alternatives à l'hospitalisation, doivent assurer les garanties suivantes:

1-Une consultation pré-anesthésique, lorsqu'il s'agit d'une intervention programmée;
2-Les moyens nécessaires à la réalisation de cette anesthésie;
3-Une surveillance continue après l'intervention;
4-Une organisation permettant de faire face à tout moment à une complication liée à l'intervention ou à l'anesthésie effectuées.

Paragraphe 2
De la consultation pré-anesthésique
Article D. 712-41
La consultation pré-anesthésique mentionnée au 1o de l'article D. 712-40 a lieu plusieurs jours avant l'intervention.
Si le patient n'est pas encore hospitalisé, elle est effectuée:

a)Pour les établissements de santé assurant le service public hospitalier: dans le cadre des consultations externes relevant des dispositions du décret no 82-634 du 8 juillet 1982;
b)Pour les établissements de santé privés relevant des dispositions de l'article L. 162-22 du code de la sécurité sociale: soit au cabinet du médecin anesthésiste-réanimateur, soit dans les locaux de l'établissement.

Cette consultation est faite par un médecin anesthésiste-réanimateur. Ses résultats sont consignés dans un document écrit, incluant les résultats des examens complémentaires et des éventuelles consultations spécialisées. Ce document est inséré dans le dossier médical du patient.
La consultation pré-anesthésique ne se substitue pas à la visite pré-anesthésique qui doit être effectuée par un médecin anesthésiste-réanimateur dans les heures précédant le moment prévu pour l'intervention.

Paragraphe 3
De l'anesthésie
Article D. 712-42
Le tableau fixant la programmation des interventions est établi conjointement par les médecins réalisant ces interventions, les médecins anesthésistes-réanimateurs concernés et le responsable de l'organisation du secteur opératoire, en tenant compte notamment des impératifs d'hygiène, de sécurité et d'organisation du fonctionnement du secteur opératoire ainsi que des possibilités d'accueil en surveillance post-interventionnelle.

Article D. 712-43
L'anesthésie est réalisée sur la base d'un protocole établi et mis en oeuvre sous la responsabilité d'un médecin anesthésiste-réanimateur, en tenant compte des résultats de la consultation et de la visite pré-anesthésiques mentionnées à l'article D. 712-41.
Les moyens prévus au 2o de l'article D. 712-40 doivent permettre de faire bénéficier le patient
1- D'une surveillance clinique continue;
2- D'un matériel d'anesthésie et de suppléance adapté au protocole anesthésique retenu.

Article D. 712-44 I.

Les moyens mentionnés au 1o de l'article D. 712-43 doivent permettre d'assurer, pour chaque patient, les fonctions suivantes:
1- Le contrôle continu du rythme cardiaque et du tracé électrocardioscopique;
2- La surveillance de la pression artérielle, soit non invasive soit invasive, si l'état du patient l'exige.

II. - Les moyens mentionnés au 2o de l'article D. 712-43 doivent permettre d'assurer, pour chaque patient, les fonctions ou actes suivant :

a) L'arrivée de fluides médicaux et l'aspiration par le vide;
b) L'administration de gaz et de vapeurs anesthésiques;
c) L'anesthésie et son entretien;
d) L'intubation trachéale;
e) La ventilation artificielle;
f) Le contrôle continu:
- du débit de l'oxygène administré et de la teneur en oxygène du mélange gazeux inhalé;
- de la saturation du sang en oxygène;
- des pressions et des débits ventilatoires ainsi que de la concentration en gaz carbonique expiré, lorsque le patient est intubé.

Paragraphe 4
De la surveillance continue post-interventionnelle
Article D. 712-45
La surveillance continue post-interventionnelle mentionnée au 3o de l'article D. 712-40 a pour objet de contrôler les effets résiduels des médicaments anesthésiques et leur élimination et de faire face, en tenant compte de l'état de santé du patient, aux complications éventuelles liées à l'intervention ou à l'anesthésie.
Cette surveillance commence en salle, dès la fin de l'intervention et de l'anesthésie.
Elle ne s'interrompt pas pendant le transfert du patient.
Elle se poursuit jusqu'au retour et au maintien de l'autonomie respiratoire du patient, de son équilibre circulatoire et de sa récupération neurologique.
Article D. 712-46
Sauf pour les patients dont l'état de santé nécessite une admission directe dans une

unité de soins intensifs ou de réanimation, la surveillance qui suit le transfert du patient est mise en oeuvre dans une salle de surveillance post-interventionnelle.
Sous réserve que les patients puissent bénéficier des conditions de surveillance mentionnées à l'article D. 712-45, peuvent tenir lieu de salle de surveillance post-interventionnelle:
a) La salle de travail située dans une unité d'obstétrique, en cas d'anesthésie générale ou loco-régionale pour des accouchements par voie basse;
b) La salle où sont pratiquées des activités de sismothérapie.

Article D. 712-47

La salle de surveillance post-interventionnelle est dotée de dispositifs médicaux permettant pour chaque poste installé:
a) L'arrivée de fluides médicaux et l'aspiration par le vide;
b) Le contrôle continu du rythme cardiaque et l'affichage du tracé électrocardioscopique, par des appareils munis d'alarme, et le contrôle de la saturation du sang en oxygène;
c) La surveillance périodique de la pression artérielle;
d) Les moyens nécessaires au retour à un équilibre thermique normal pour le patient.
La salle de surveillance post-interventionnelle est en outre équipée:
1- D'un dispositif d'alerte permettant de faire appel aux personnels nécessaires en cas de survenance de complications dans l'état d'un patient;
2- D'un dispositif d'assistance ventilatoire, muni d'alarmes de surpression et de débranchement ainsi que d'arrêt de fonctionnement.
Les personnels exerçant dans cette salle doivent pouvoir accéder sans délai au matériel approprié permettant la défibrillation cardiaque des patients ainsi que l'appréciation du degré de leur éventuelle curarisation.

Article D. 712-48

La salle de surveillance post-interventionnelle doit être située à proximité d'un ou plusieurs sites où sont pratiquées les anesthésies et dont le regroupement doit être favorisé, notamment des secteurs opératoires et des secteurs où sont pratiqués les actes d'endoscopie ou de radiologie interventionnelle.
Ses horaires d'ouverture doivent tenir compte du tableau fixant la programmation des interventions, mentionné à l'article D. 712-42, et de l'activité de l'établissement au titre de l'accueil et du traitement des urgences.
Toute nouvelle salle de surveillance post-interventionnelle, y compris lorsqu'elle est créée par regroupement de salles existantes afin notamment de respecter les normes de personnel paramédical mentionnées à l'article D.
712-49, doit comporter une capacité minimale de quatre postes.

Article D. 712-49

Les patients admis dans une salle de surveillance post-interventionnelle sont pris en charge par un ou plusieurs agents paramédicaux, ou sages-femmes pour les interventions prévues au a de l'article D. 712-46, affectés exclusivement à ladite salle pendant sa durée d'utilisation et dont le nombre est fonction du nombre de patients présents.
Pendant sa durée d'utilisation, toute salle de surveillance post-interventionnelle doit comporter en permanence au moins un infirmier diplômé d'Etat formé à ce type de surveillance, si possible infirmier anesthésiste diplômé d'Etat.
Lorsque la salle dispose d'une capacité égale ou supérieure à six postes occupés, l'équipe paramédicale doit comporter au moins deux agents présents dont l'un est obligatoirement un infirmier diplômé d'Etat formé à ce type de surveillance, si possible, infirmier anesthésiste diplômé d'Etat.

Le personnel paramédical est placé sous la responsabilité médicale d'un médecin anesthésiste-réanimateur qui doit pouvoir intervenir sans délai. Ce médecin:
a) Décide du transfert du patient dans le secteur d'hospitalisation et des modalités dudit transfert;
b) Autorise, en accord avec le médecin ayant pratiqué l'intervention, la sortie du patient de l'établissement dans le cas d'une intervention effectuée dans une structure de soins alternative à l'hospitalisation pratiquant l'anesthésie ou la chirurgie ambulatoire mentionnée au b de l'article R.
712-2-1.
Article D. 712-50
Le protocole d'anesthésie ainsi que l'intégralité des informations recueillies lors de l'intervention et lors de la surveillance continue post-interventionnelle sont transcrits dans un document classé au dossier médical du patient.
Il en est de même des consignes données au personnel qui accueille le patient dans le secteur d'hospitalisation. Elles font également l'objet d'une transmission écrite.
Article D. 712-51
Un arrêté du ministre chargé de la santé détermine les modalités d'utilisation et de contrôle des matériels et dispositifs médicaux assurant les fonctions et actes cités aux articles D. 712-43 et D. 712-47. >>
Art. 2. - A titre transitoire, les établissements de santé mentionnés à l'article D. 712-40 du code de la santé publique existant à la date de publication du présent décret et dont les installations ne satisfont pas aux conditions techniques de fonctionnement prévues aux articles D. 712-43 à D.
712-50 de ce même code disposent d'un délai de trois ans à compter de la date susmentionnée pour se conformer à ces conditions.
Les dispositions des articles D. 712-41, D. 712-42 et du dernier alinéa de l'article D. 712-48 du code de la santé publique sont applicables dès la publication du présent décret.
Art. 3. - Le ministre d'Etat, ministre des affaires sociales, de la santé et de la ville, le ministre de l'agriculture et de la pêche et le ministre délégué à la santé sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au Journal officiel de la République française.
Fait à Paris, le 5 décembre 1994.

Recommandations formalisées d'experts

Prise en charge anesthésique des patients en hospitalisation ambulatoire

Comité d'organisation

Dr. Laurent JOUFFROY / anesthésiste-réanimateur (Strasbourg) : Président du Comité d'organisation
Dr. Anne GUIDAT / anesthésiste-réanimateur (Lille) : Coordonnateur du Groupe de travail [*]
Dr. Bernard COUSTETS / anesthésiste-réanimateur (Toulouse) : secrétaire de séance
Dr Gilles BONTEMPS / directeur associé ANAP Préfiguration (Paris)
Pr. Jean-Marc MALINOWSKI / anesthésiste-réanimateur (Reims)
M Gérard PARMENTIER / ancien vice président de l'AFCA (Pontoise)
Pr. Jean-Patrick SALES / chirurgien, ancien Président de l'AFCA (Kremlin Bicêtre)

Groupe de travail

M. Jérôme BATAILLE / Architectes Ingénieurs Associés (Saint Herbelin)
Dr. Jocelyne BIENTZ / anesthésiste-réanimateur (Strasbourg)
Dr. Christian BLERY / anesthésiste-réanimateur (Cavaillon)
Dr Gilles BONTEMPS / directeur associé ANAP Préfiguration (Paris)
Dr. Jean François CERFON / anesthésiste-réanimateur (Colmar)
Dr. Marie Laure CITTANOVA/ anesthésiste-réanimateur (Anthony)
Dr. Bernard COUSTETS / anesthésiste-réanimateur (Toulouse)
Dr. Nicolas DUFEU / anesthésiste-réanimateur (Paris)
Dr. Laurent DELAUNAY / anesthésiste-réanimateur (Annecy)
Pr. Pierre DIEMUNSCH / anesthésiste-réanimateur (Strasbourg)
Dr. Claire GATECEL / anesthésiste-réanimateur, médecin gestionnaire des risques (Béziers)
Dr. Marc GENTILI / anesthésiste-réanimateur (St Grégoire)
Dr. Anne GUIDAT / anesthésiste-réanimateur (Lille)
Dr Hubert LE HETET / anesthésiste-réanimateur (Cesson Sévigné)
Dr. Michel MAILLET / anesthésiste-réanimateur (Paris)
Dr. Sophie NGUYEN ROUX / anesthésiste-réanimateur (Paris)
Dr. Laure PAIN / anesthésiste-réanimateur (Strasbourg)
Dr. Pierre PERUCHO / anesthésiste-réanimateur (Perpignan)
Pr. Benoît PLAUD / anesthésiste-réanimateur (Paris)
Pr. Marc RAUCOULES-AIME / anesthésiste réanimateur (Nice)
Pr. Marc SAMAMA / anesthésiste-réanimateur (Paris)
Dr François VENUTOLO / anesthésiste-réanimateur (Gonesse)

[*] Dr GUIDAT Anne, Pôle d'anesthésie réanimation, Hôpital Huriez, CHRU Lille, 59037 Lille cedex. a-guidat@chru-lille.fr

Question 1 : Définitions

La prise en charge anesthésique du patient en hospitalisation ambulatoire est un concept d'organisation, centré sur le patient. L'organisation de l'hospitalisation ambulatoire a pour objectif d'optimiser le séjour du patient au strict temps utile et nécessaire dans la structure.

L'hospitalisation ambulatoire est définie par la sortie du patient le jour même de son admission, sans nuit d'hébergement. Cela inclut l'ensemble des actes chirurgicaux ou médicaux, diagnostiques ou thérapeutiques, réalisés dans les conditions techniques de sécurité d'un bloc opératoire, sous anesthésie de mode variable et sans risque majoré pour le patient.

L'organisation ambulatoire est le fruit d'une dynamique collective reposant sur une optimisation de l'organisation des équipes et de la gestion des flux hospitaliers (flux patients, professionnels de santé, logistiques…). Elle est source d'efficience (meilleure qualité des soins, économies de temps et de ressources).

La prise en charge en hospitalisation ambulatoire implique la réalisation des actes techniques par des praticiens (anesthésistes et opérateurs) maitrisant cette pratique.

L'organisation de la prise en charge du patient avec anesthésie en hospitalisation ambulatoire doit respecter les bonnes pratiques de l'anesthésie.

1. Il est recommandé de privilégier le mode de prise en charge ambulatoire des patients dès que les conditions de sa réalisation sont réunies.

2. Il est recommandé que seuls les acteurs d'une même structure définissent entre eux la liste des actes ambulatoires adaptés à leur expertise et à l'organisation mise en place. Cette liste est évolutive pour accompagner le développement de l'activité, de l'organisation et du savoir faire. La prise en charge en hospitalisation ambulatoire est une décision médicale prise en colloque singulier avec le patient.

3. Il est souhaitable qu'il n'y ait pas de liste réglementaire d'actes à réaliser en ambulatoire.

Question 2 : Quels sont les critères d'éligibilité à l'hospitalisation ambulatoire?

Une sélection appropriée des patients permet de limiter le risque d'hospitalisation non programmée ou de réadmission en urgence. Elle prend en compte des critères médicaux, chirurgicaux, psychosociaux et environnementaux ainsi que les caractéristiques des suites opératoires prévisibles. Le concept fondamental est le triptyque acte patient structure qui correspond à l'analyse du bénéfice risque pour le patient, à la prévisibilité de sa prise en charge et de l'organisation mise en place.

4. Il est recommandé que l'éligibilité à l'ambulatoire repose sur l'analyse du bénéfice / risque pour le patient, la prévisibilité de sa prise en charge et de l'organisation mise en place, en particulier la permanence et la continuité des soins.

5. Il est recommandé que la sélection des actes réalisés en ambulatoire soit fondée sur la maîtrise des risques, de la durée et des suites de ces actes.

6. Il est possible d'intégrer certains actes urgents dans un programme ambulatoire, aux conditions de ne pas perturber le fonctionnement de l'unité ambulatoire et de garantir le même niveau de qualité et de sécurité au patient.

7. Il est recommandé que les patients de statut ASA I, II et III stable soient éligibles à l'ambulatoire. C'est l'analyse du rapport bénéfice risque, au cas par cas, qui fonde le principe de cette sélection.

8. Il est recommandé d'assurer les conditions de la compréhension et de l'acceptation des modalités de prise en charge par le patient :

    - Les patients non francophones sont accompagnés d'un traducteur lors de la consultation préopératoire et bénéficient autant que faire se peut, sous une forme adaptée, de la documentation et des recommandations écrites nécessaires dans leur langue.

    - Les mineurs sont accompagnés d'un de leurs parents ou représentant légal.

    - Les patients atteints d'un trouble du jugement sont accompagnés d'un tiers pouvant garantir le bon respect des recommandations : jeûne, gestion et observance des traitements, continuité des soins.

9. Il est recommandé de s'informer auprès du patient que le lieu de résidence post opératoire soit compatible avec la prise en charge ambulatoire. La durée du transport et la distance d'éloignement de la structure ne sont pas des facteurs d'exclusion.

10. Il est recommandé de formaliser une convention entre établissement afin de prévoir la prise en charge d'une complication éventuelle par un établissement de soins, autre que celui où a été pratiqué l'acte ambulatoire.

11. Il est recommandé de s'assurer que lors du trajet du retour à son lieu de résidence postopératoire le patient ne conduise pas un véhicule et qu'il soit accompagné par un tiers.

12. Il est recommandé que la présence d'un accompagnant au lieu de résidence postopératoire soit évaluée en fonction du couple acte – patient et soit être définie au préalable par les acteurs de la structure en fonction de l'organisation mise en place.

Question 3 : Quelles sont les modalités de l'information du patient ?

Le patient hospitalisé en ambulatoire est acteur de sa préparation préopératoire et de sa réhabilitation postopératoire au lieu de résidence. Une information détaillée sur toutes les phases concourt à la qualité et à la sécurité de la prise en charge.

13. Il est recommandé de délivrer une information précoce et réitérée à chaque étape de la prise en charge.

14. Il est recommandé que l'information donnée au patient soit élaborée et concertée entre les différents acteurs amenés à en délivrer tout ou partie.

15. Il est recommandé que la consultation pré anesthésique soit réalisée par un anesthésiste réanimateur connaissant les modalités de fonctionnement de la structure ambulatoire.

16. Il est recommandé, au cours de la consultation pré anesthésique, de dispenser une information adaptée à la spécificité de la prise en charge en anesthésie ambulatoire concernant :

    - le jeûne et la gestion des traitements pris par le patient ;

    - les exigences liées aux différentes techniques d'anesthésie ;

    - les conditions de sortie et la nécessité d'être accompagné par un tiers pour le retour au lieu de résidence ;

    - les consignes liées aux suites éventuelles de la prise en charge anesthésique ;

    - les méthodes d'analgésie post opératoire ;

- les modes de recours en cas d'évènements non prévus ;
- les moyens d'accès à une information complémentaire avant et après son intervention.

17. Il est recommandé d'informer le patient des effets de l'anesthésie ou de la sédation sur les fonctions cognitives et sur la vigilance pendant les 12 premières heures, l'incitant à la prudence une fois de retour à son lieu de résidence postopératoire. Le patient doit être averti de la variabilité interindividuelle de ces effets secondaires et de leur durée.

18. Il est recommandé d'informer le patient que la conduite de tout véhicule est proscrite pendant les 12 premières heures du fait de l'anesthésie. La reprise de la conduite automobile devra tenir compte du handicap lié à l'acte.

19. Il est recommandé d'informer le patient pratiquant la conduite automobile du groupe lourd (poids lourds, ambulances, taxis, transports en communs, …) ou machine nécessitant un haut niveau attentionnel (avion, machine agricole, industrielle à risques, …) que des troubles de la vigilance peuvent persister pendant quelques jours, comme après tout type d'anesthésie.

20. Il est recommandé d'informer les patients des effets secondaires possibles du traitement prescrit en péri-opératoire (anxiolytique, antalgiques majeurs) sur les fonctions cognitives et sur la vigilance, comme après tout type d'anesthésie.

21. Il est recommandé de ne pas dispenser d'information au patient pendant la phase de récupération de l'anesthésie, du fait d'une possible altération de la mémoire et de sa consolidation, comme après tout type d'anesthésie.

22. Il est recommandé que l'information délivrée soit orale, complétée par un support écrit court et lisible ou d'un support audiovisuel, incitant le patient à poser toute question utile et d'en assurer sa traçabilité.

23. Il est possible de faire signer au patient le document expliquant les consignes qui rappellent les exigences de prise en charge ambulatoire, ce qui à la vertu pédagogique d'inciter à la lecture du document proposé. Cette signature n'engage pas la responsabilité juridique du patient et ne défausse pas celle du médecin.

24. Il est recommandé de pouvoir établir un contact avec le patient dans les jours précédant l'hospitalisation pour réitérer les consignes et les conditions de l'hospitalisation. Ce contact revêt une importance particulière en cas de consultation d'anesthésie délocalisée ou d'acte itératif.

Question 4 : Quels sont les éléments du choix de la technique d'anesthésie ?

Le choix de la technique d'anesthésie repose sur l'analyse du bénéfice / risque pour le patient, de l'acte réalisé et de l'organisation mise en place.

Préparation

25. Il est souhaitable de formaliser les modalités de réalisation de la visite pré anesthésique et d'en assurer la traçabilité.

26. Il est possible de prescrire une prémédication anxiolytique et/ou analgésique.

27. Il est recommandé d'établir des règles de jeune préopératoire adaptées à la programmation opératoire pour améliorer le confort du patient.

Technique d'anesthésie

28. Il n'est pas recommandé de stratégie spécifique à la prise en charge anesthésique ambulatoire. L'ensemble des agents d'anesthésie générale, hypnotiques, morphiniques et curares, peut être utilisé. Il est raisonnable de privilégier en fonction du patient et de l'acte réalisé les agents d'anesthésie à durée de vie courte et à effets secondaires réduits pour faciliter l'organisation du mode de prise en charge ambulatoire.

29. Il est souhaitable d'adapter la technique de rachianesthésie à la nécessité d'une reprise rapide de l'autonomie du patient en privilégiant les faibles doses, l'utilisation d'adjuvants liposolubles et la technique de latéralisation.

30. Il est recommandé de réaliser des blocs périphériques en accord avec le patient pour les interventions des membres qui s'y prêtent.

Question 5 : Quelles sont les modalités de la prise en charge des suites opératoires ?

Douleur postopératoire

La maitrise de la douleur postopératoire est une clé essentielle à la réussite de l'ambulatoire. Elle allie anticipation, rigueur de la prescription et respect de l'observance.

31. Il est recommandé de mettre en place une stratégie multimodale de la prise en charge de la douleur postopératoire y compris au lieu de résidence : information, prévention, traitement et évaluation.

32. Il est souhaitable que les ordonnances d'antalgiques soient remises au patient dès la consultation préopératoire de chirurgie ou d'anesthésie.

33. Il est recommandé que les ordonnances d'antalgiques précisent les horaires de prise systématiques des antalgiques et les conditions de recours aux antalgiques de niveau plus élevé si nécessaire.

34. Il est souhaitable que les modalités de gestion et de prise des analgésiques de « secours » soient expliquées dès la consultation préopératoire de chirurgie et d'anesthésie.

35. Il est souhaitable d'utiliser les infiltrations et les blocs périphériques seuls ou en complément d'une autre technique d'anesthésie pour la prise en charge de la douleur postopératoire.

36. Il est recommandé de formaliser l'organisation du suivi de l'analgésie par cathéters péri nerveux au lieu de résidence.

37. Il est recommandé de prescrire tout moyen non médicamenteux permettant de réduire la douleur postopératoire (application de froid, posture antalgique,…).

Prévention thromboembolique

L'incidence de la maladie-thromboembolique veineuse semble globalement faible après une chirurgie ambulatoire.

38. Il est recommandé de prendre en compte la combinaison du risque individuel du patient et du risque de la chirurgie. La prévention pharmacologique de la maladie thromboembolique veineuse n'est pas systématique.

39. Il est recommandé que la durée du traitement pharmacologique ne soit pas inférieure à 5 jours et soit adaptée au cas par cas. En présence d'un risque global faible à modéré, la prophylaxie mécanique par bas de contention est efficace.

Nausées et vomissements postopératoires (NVPO)

Il n'existe pas de stratégie spécifique de prévention des NVPO dans le contexte ambulatoire. La prophylaxie des NVPO se fonde en chirurgie ambulatoire comme en chirurgie classique, sur l'application d'un algorithme qui tient compte des facteurs de risque, du contexte spécifique de l'établissement et des actes qui y sont pratiqués.

Pour diminuer le risque de NVPO, une stratégie permettant de diminuer systématiquement le risque de base pour tous les patients doit être mise en place : par la prévention de la déshydratation liée au jeûne préopératoire ; par le recours à des techniques d'anesthésie les moins émétisantes possibles, notamment d'anesthésie locorégionale et par la prise en charge efficace de la douleur postopératoire selon une approche multimodale permettant de diminuer l'utilisation des analgésiques morphiniques.

40. Il est recommandé d'adopter une stratégie antiémétique prophylactique multimodale chez les patients ambulatoires identifiés à haut risque de nausées et vomissements postopératoires.

41. Il est souhaitable que le traitement des nausées et vomissements postopératoires survenant après la sortie repose sur la prescription d'antiémétiques validés en prophylaxie, en changeant de classe et sous une forme galénique adaptée, en cas d'échec du premier choix thérapeutique.

Question 6 : Quels sont les modalités de la procédure de sortie ?

La sortie du patient, quelques heures après son entrée et la réalisation de l'intervention programmée, conclut une prise en charge ambulatoire réussie. Autoriser cette sortie, sans aucune concession à la sécurité, constitue le moment-clé de cette prise en charge. Les critères de sortie permettent d'évaluer « l'aptitude au retour au lieu de résidence ».

42. Il est recommandé que l'ensemble des modalités de sortie soit formalisé par les acteurs et porté à la connaissance des patients. Elles font l'objet d'un chapitre particulier figurant dans la charte de fonctionnement de l'unité ambulatoire validé par l'ensemble des intervenants dans la structure.

43. Il est recommandé en l'absence imprévue d'accompagnant pour le retour au lieu de résidence postopératoire de rechercher une alternative avant de proposer un transfert en hospitalisation traditionnelle. En cas de refus du patient, il est recommandé d'avoir formalisé une procédure de « sortie contraire à la pratique de l'ambulatoire ».

44. Il est souhaitable d'utiliser un score pour autoriser la sortie, facile à mettre en œuvre. Il n'y a pas d'intérêt à utiliser des tests psychomoteurs.

45. Il n'est pas recommandé d'imposer une réalimentation liquide et solide avant la sortie.

46. Il est possible après anesthésie générale ou bloc périphérique, de ne pas exiger une miction pour autoriser la sortie, en l'absence de facteur de risque lié au patient ou au type de chirurgie.

47. Il est possible après une rachianesthésie de ne pas attendre une miction pour autoriser la sortie sous réserve :

    1) d'une estimation, au minimum clinique, au mieux par appréciation échographique du volume vésical résiduel ;

    2) de l'absence de facteur de risque lié au patient, au type de chirurgie.

48. Il est possible lorsque des blocs périphériques sont utilisés, de permettre la sortie du patient malgré l'absence de levée du bloc s'il est prévu, selon les circonstances :

1) de prendre des mesures de protection du membre endormi : comme le port d'attelle ou l'utilisation de béquilles ;

2) d'assurer une information précise quant aux précautions à respecter après la sortie et aux risques potentiels ;

3) de prévoir une assistance à domicile.

49. Il est recommandé après un bloc péri médullaire de s'assurer des capacités de déambulation du patient avant la sortie. Le port d'attelle ou de béquille peut être utilisé.

Question 7 : La coordination entre les acteurs et la continuité des soins

Le mode de prise en charge ambulatoire rend nécessaire une organisation renforcée ou spécifique de la permanence et de la continuité des soins par la coordination entre les acteurs.

50. Il est recommandé que l'organisation mise en place permette le partage de l'information entre les acteurs de la structure et la coordination des soins avec la médecine de ville.

51. Il est recommandé que soient remis au patient, à sa sortie, les documents nécessaires à la continuité des soins.

52. Il est recommandé que les acteurs de la structure s'assurent que le processus du retour au lieu de résidence du patient est organisé.

53. Il est recommandé que les acteurs de la structure, en collaboration avec la médecine de ville, organisent le suivi du patient après sa sortie en fonction de la prévisibilité des suites opératoires, des antécédents médicaux, chirurgicaux, psychosociaux et environnementaux du patient.

Question 8 : L'évaluation et de la gestion des risques en ambulatoire

La prise en charge ambulatoire doit se faire sans risque majoré pour le patient. Comme pour toute prise en charge anesthésique, l'organisation de l'hospitalisation ambulatoire doit être en mesure d'identifier, d'évaluer, de hiérarchiser et de maitriser les risques dans une démarche globale d'amélioration de la qualité.

54. Il est recommandé de mettre en place une démarche qualité au sein de l'unité ambulatoire : description du processus de prise en charge du patient, analyse des points critiques de ce processus, mise en œuvre de plan d'amélioration.

55. Il est recommandé que l'organisation de la structure prenne en compte le risque propre du patient du fait de son statut d'acteur direct, en particulier dans les phases d'éligibilité, de sortie et de suivi à domicile.

56. Il est recommandé de mettre en place une démarche d'analyse et de maitrise des risques de l'activité ambulatoire ainsi que de son évolution dans le temps en s'interrogeant sur le fonctionnement de l'organisation et de ses interfaces.

57. Il est souhaitable de définir des indicateurs d'analyse et de pilotage adaptés à la structure et d'établir des tableaux de bord de suivi : qualité des soins, satisfaction des patients, satisfaction des acteurs internes et externes à la structure, suivi des actes, données médico économiques.

58. Il est recommandé d'assurer le suivi de la qualité des soins et de la satisfaction des patients après leur sortie.

Question 9 : Quelles sont les spécificités liées à l'âge ?

La prise en charge en hospitalisation ambulatoire est particulièrement adaptée aux patients qu'un éloignement du cadre de vie habituel perturbe. Aux âges extrêmes de la vie, la prise en charge ambulatoire doit prendre en compte aussi bien la vulnérabilité du patient que la spécificité de son environnement.

Pédiatrie

59. Il est recommandé que seuls les acteurs d'une même structure définissent entre eux la liste des actes ambulatoires adaptés à leur expertise et à l'organisation mise en place. Cette liste est évolutive pour accompagner le développement de l'activité, de l'organisation et du savoir faire. La prise en charge en hospitalisation ambulatoire est une décision médicale prise en colloque singulier avec les parents.

60. Il est recommandé que les enfants de score ASA I, II et ASA III équilibré soient éligibles à l'ambulatoire.

    - Pour les enfants nés à terme : les patients de plus de 3 mois sont éligibles. En fonction de l'expérience de l'équipe et la nature de l'intervention, certains patients de moins de 3 mois peuvent être inclus après accord préalable anesthésiste / opérateur

    - Pour les enfants nés prématurés : un âge post conceptionnel inférieur à 60 semaines est un facteur d'exclusion. En fonction de l'expérience de l'équipe et la nature de l'intervention, certains patients d'âge post conceptionnel supérieur à 60 semaines et jusqu'à un an peuvent être inclus après accord préalable anesthésiste / opérateur

61. Il est recommandé que l'information délivrée soit adaptée, personnalisée et compréhensible pour les parents mais également pour l'enfant. L'information délivrée inclue le risque possible de report de l'intervention en fonction de l'état clinique de l'enfant.

~~62.~~ Il est recommandé d'informer les parents de la présence nécessaire d'un accompagnant qui ne soit pas le conducteur. Au-delà de 10 ans, la présence du deuxième accompagnant n'est plus nécessaire.

Gériatrie

Le grand âge n'est pas une contre indication en soi à l'ambulatoire. La prise en charge ambulatoire semble diminuer l'incidence des troubles du comportement postopératoire par rapport à une hospitalisation conventionnelle. Actuellement, aucune donnée de la littérature ne permet de privilégier une technique d'anesthésie ou un agent anesthésique particulier.

63. Il est recommandé de faire bénéficier aux personnes âgées d'une prise en charge ambulatoire en fonction de l'analyse du bénéfice / risque pour le patient, la prévisibilité de sa prise en charge et de l'organisation mise en place, en particulier la permanence et la continuité des soins.

64. Il est recommandé d'éviter les benzodiazépines en préopératoire. Elles augmentent l'incidence des troubles du comportement postopératoire.

Question 10 : Quelles sont les spécificités organisationnelles et spatiales ?

Le parcours du patient est au centre de l'organisation de la structure ambulatoire.

L'aménagement des espaces de la structure ambulatoire est dicté par le parcours du patient. C'est un équilibre vertueux à trouver entre temps et espace. L'unité de lieu aide à garantir l'unité de temps. Un même lieu peut assumer plusieurs fonctions successives. De même, une même fonction peut s'établir dans des lieux différents. Il n'y a pas de modèle, au sens architectural du terme, de structure ambulatoire. Pour tout nouveau projet, l'architecture doit traduire le choix organisationnel.

La programmation des actes doit permettre une utilisation optimale du temps de vacation offert. En dehors des contraintes de niveau d'asepsie, la chronologie des actes doit être organisée en fonction de la durée prévisible de surveillance postopératoire nécessaire avant la sortie afin de garantir le retour à domicile au patient et la fluidité des séjours pour l'unité ambulatoire. Il s'agit de la durée nécessaire à la surveillance des complications postopératoires précoces chirurgicales / interventionnelles ou anesthésique ainsi que de la durée de récupération des capacités d'aptitudes au retour au lieu de résidence.

65. Il est recommandé que le parcours du patient soit fluide et maîtrisé et relève d'une pensée logistique. L'agencement de ce parcours se fait avec l'équipe qui prendra en charge le fonctionnement de l'unité et utilise toutes les ressources de l'aménagement.

66. Il est recommandé de mettre en place une organisation qui permette une optimisation des flux, garante de la prise en charge des patients dans les délais prévus.

67. Il est recommandé que l'unité ambulatoire maîtrise sa propre organisation en ordonnant, contrôlant et dirigeant tous les flux : patients, informations, personnels, matériels.

Question 11 : Quelle est la responsabilité de l'anesthésiste réanimateur ?

La responsabilité de l'anesthésiste-réanimateur en consultation d'anesthésie, lors de la visite pré anesthésique, durant l'acte, la période de surveillance postopératoire et dans le cadre de la continuité des soins, n'est pas différente de ce qu'elle est en hospitalisation conventionnelle.

L'autorisation de sortie est une décision médicale authentifiée par la signature d'un des médecins de la structure. Sous l'angle de la responsabilité professionnelle, chaque praticien en charge du patient reste responsable de ses actes.

La relation s'établie entre le patient et le médecin. L'accompagnant est un tiers sans statut particulier : il n'a aucune responsabilité spécifique en dehors des cas du mineur ou de l'incapable majeur. Le tiers accompagnant peut avoir une responsabilité morale mais il n'a aucune responsabilité juridique. La signature de l'accompagnant n'a pas lieu d'être.

68. Il est recommandé de remettre au patient un document écrit concernant les consignes de l'ambulatoire et d'archiver ce document, dans le dossier du patient, attestant de la réalité de l'information délivrée.

69. Il est recommandé de vérifier le respect des consignes et d'assurer la traçabilité dans le dossier du patient.

70. Il est recommandé d'écrire clairement les modalités d'autorisation de sortie du patient au sein de la charte de fonctionnement de la structure

71. Il est recommandé que l'organisation prévoie qu'un anesthésiste réanimateur puisse être joint en cas de survenue d'un évènement imprévu en rapport avec l'anesthésie dans les suites immédiates et après la sortie du patient.