

UTILISATION DE LA SÉDATION-ANALGÉSIE

Lignes directrices

du Collège des médecins du Québec



NOVEMBRE 2009



COLLÈGE DES MÉDECINS
DU QUÉBEC

Mise en garde

Depuis la publication de ces lignes directrices, des précisions ont été apportées relativement à l'utilisation du propofol.

Les lecteurs sont invités à prendre connaissance de ces précisions dans la revue *Le Collège*, accessible en ligne.

À lire :

L'utilisation du propofol lors de procédures réalisées sur la clientèle ambulatoire
Numéro hiver 2012, p. 20

Précisions sur l'utilisation du propofol
Numéro printemps 2012, p. 23

Publication du Collège des médecins du Québec

2170, boulevard René-Lévesque Ouest
Montréal (Québec) H3H 2T8
Téléphone : 514 933-4441 ou 1 888 MÉDECIN
Télécopieur : 514 933-3112
Courriel : info@cmq.org
Site Web : www.cmq.org

Coordination**Révision linguistique et correction d'épreuves****Graphisme**

Collège des médecins du Québec
Le Groupe des publications d'affaires et professionnelles Rogers

Illustration

Olivier Lasser

Ce document préconise une pratique professionnelle intégrant les données médicales les plus récentes au moment de sa publication. Cependant, il est possible que de nouvelles connaissances scientifiques fassent évoluer la compréhension du contexte médical décrit dans ce document.

Le présent document est valide dans la mesure où aucune disposition législative ou réglementaire à l'effet contraire ou incompatible n'est susceptible de le modifier ou de l'affecter directement ou indirectement, et ce, de quelque façon que ce soit.

La reproduction est autorisée à condition que la source soit mentionnée.

Dépôt légal : 4^e trimestre 2009
Bibliothèque et Archives nationales du Québec
Bibliothèque et archives Canada
ISBN 978-2-920548-70-1 (version imprimée)
ISBN 978-2-920548-71-8 (PDF)

© Collège des médecins du Québec, 2009

N.B. : Dans cette publication, le masculin est utilisé sans préjudice et seulement pour faciliter la lecture.



Imprimé sur papier recyclé

TABLE DES MATIÈRES

| | |
|--|----|
| INTRODUCTION | 5 |
| 1. DÉFINITION ET OBJECTIFS | 6 |
| 2. COMPÉTENCES PROFESSIONNELLES | 7 |
| 3. RESSOURCES MATÉRIELLES | 8 |
| 3.1 Locaux | 8 |
| 3.2 Équipement | 8 |
| 4. MARCHE À SUIVRE | 9 |
| 4.1 Sélection des patients | 9 |
| 4.2 Consentement | 10 |
| 4.3 Directives et conseils | 11 |
| 4.4 Surveillance | 11 |
| 4.5 Médication sédatrice et analgésique | 12 |
| 4.6 Soins post-procédures | 14 |
| 5. TENUE DU DOSSIER | 15 |
| CONCLUSION | 16 |
| ANNEXES | |
| Annexe 1 - Classification de l'état physique du patient selon l'American Society of Anesthesiologists (ASA) | 17 |
| Annexe 2 - Niveaux de sédation-analgésie et définition de l'anesthésie générale selon l'American Society of Anesthesiologists | 17 |
| Annexe 3 - Ressources matérielles et humaines requises pour la sédation-analgésie | 18 |
| Annexe 4 - Le consentement | 19 |
| Annexe 5 - Utilisation de la naloxone, antagoniste des opiacés, en sédation-analgésie Utilisation du flumazénil, antagoniste des benzodiazépines, en sédation-analgésie | 21 |
| BIBLIOGRAPHIE | 22 |



INTRODUCTION

Ces lignes directrices décrivent l'ensemble des conditions exigées lorsque le médecin procède à une intervention diagnostique ou thérapeutique sous sédation-analgésie, que ce soit pour un adulte ou un enfant.

Elles concernent les compétences professionnelles, les ressources matérielles, la marche à suivre, les précautions relatives au bien-être et à la sécurité du patient et elles identifient les éléments qui doivent être inscrits au dossier.

Ces conditions devraient être respectées sans considération du lieu où l'acte est posé, c'est-à-dire tant en établissement de santé qu'en cabinet et en clinique privée. Certaines situations peuvent justifier une dérogation à ces lignes directrices mais elles demeurent exceptionnelles et doivent être précisées dans le dossier.

Ce document ne doit pas servir d'outil d'encadrement pour l'administration de médicaments à des fins purement sédatives ou analgésiques, sans intervention diagnostique ou thérapeutique.



1. Définition et objectifs

La sédation se définit comme une réduction du niveau de conscience, alors que l'analgésie est l'amoindrissement de la douleur ou de la perception du stimulus nociceptif.

La sédation-analgésie est une technique qui consiste à administrer des médicaments à un patient afin de lui permettre de mieux tolérer une intervention diagnostique ou thérapeutique de façon sécuritaire. Certains patients requerront surtout une sédation, d'autres une analgésie et la plupart, les deux à la fois. Les médicaments et la technique utilisés dépendront principalement du niveau de sédation désirée, selon la nature et la durée de l'intervention et selon les caractéristiques du patient.

Les objectifs visés lors de la sédation-analgésie sont :

- a) assurer la sécurité et le bien-être du patient;
- b) fournir une analgésie, une sédation et une amnésie adéquates pendant les interventions diagnostiques et thérapeutiques;
- c) contrôler un comportement moteur qui nuit à l'administration des soins médicaux nécessaires;
- d) permettre au patient de retrouver son état de conscience initial, assurant le congé en toute sécurité.

La sélection des patients pour la sédation-analgésie est fondée sur l'évaluation clinique de leur état physique. À cette fin, il est recommandé d'utiliser la classification de l'état physique du patient de l'American Society of Anesthesiologists (ASA) (*annexe 1*). Ainsi, lorsqu'il n'y a pas de surveillance immédiate assurée par un anesthésiologiste ou un médecin ayant une formation reconnue en anesthésie-réanimation, les interventions effectuées sous sédation-analgésie devraient être réservées aux patients en bonne santé classés dans la catégorie ASA1, ou aux patients atteints d'une affection systémique légère, classés dans la catégorie ASA2.

Toutefois, certains médecins non-anesthésiologistes expérimentés en sédation-analgésie et en réanimation peuvent effectuer la sédation-analgésie chez des patients de la catégorie ASA3 dans des établissements où une équipe de réanimation avancée est disponible.

La profondeur de la sédation recherchée en sédation-analgésie devrait correspondre au niveau 1 ou 2 de l'échelle de sédation suivante :

- | | |
|---------------------------|------------------------------|
| 1. alerte; | 3. endormi, éveil difficile; |
| 2. endormi, éveil facile; | 4. sommeil très profond. |

Les niveaux de sédation 1 et 2, selon la classification de l'ASA (*annexe 2*), représentent respectivement :

- un niveau de sédation minimal ou «anxiolyse», où l'appréhension du patient est diminuée sans changement de son état de conscience et sans affecter les voies aériennes, la ventilation et la fonction cardiovasculaire;
- un niveau de sédation modéré, où la réponse aux stimuli verbaux ou tactiles légers est présente et les fonctions pulmonaires et cardiovasculaires ne sont pas perturbées.

Cependant, le médecin doit être préparé à gérer un niveau de sédation supérieur à celui planifié pouvant survenir en tout temps au cours de la procédure.

La sédation profonde ne fait pas l'objet de cette publication et elle devrait se faire sous la surveillance immédiate d'un médecin détenant une formation reconnue en anesthésie-réanimation ou par un médecin expérimenté en sédation-analgésie et en réanimation, lorsqu'elle est faite dans un établissement équipé pour effectuer une réanimation avancée.

2. Compétences professionnelles

Le médecin qui pratique une intervention sous sédation-analgésie doit :

- a) faire une évaluation adéquate et assurer une surveillance continue du patient;
- b) connaître les médicaments qu'il utilise pour la sédation-analgésie ainsi que leurs antagonistes;
- c) posséder les connaissances nécessaires à la réanimation cardio-respiratoire et en maîtriser les techniques, en priorité la ventilation au ballon-masque et le massage cardiaque;
- d) avoir l'expertise requise, selon la clientèle visée (p. ex., un enfant).

Le médecin qui pratique une intervention chez un patient sous sédation-analgésie doit compter sur la présence d'un autre professionnel du milieu de la santé (p. ex., une infirmière ou un inhalothérapeute) maîtrisant bien tout le déroulement de l'intervention, capable de surveiller les paramètres physiques, la perméabilité des voies aériennes, la ventilation, les signes vitaux, et ayant la formation adéquate pour participer aux manœuvres de réanimation, le cas échéant. La présence de ce professionnel doit être continue, depuis le moment de l'administration de la médication, jusqu'au retour à l'état de conscience initial.

Notons enfin qu'une procédure relative aux situations d'urgence et à l'accès aux services d'urgence préhospitaliers ou à ceux de l'établissement doit être élaborée, mise à jour, facilement disponible et enseignée à tout le personnel.



3. Ressources matérielles

3.1 Locaux

L'aménagement des locaux doit permettre de procéder de façon adéquate et en tout temps à une réanimation cardiorespiratoire ainsi qu'à une évacuation d'urgence. Entre autres, la superficie doit permettre au personnel de circuler librement, l'éclairage doit être suffisant et le matériel de réanimation doit être facilement accessible.

Selon les modalités de fonctionnement et le type d'intervention pratiquée, il peut être nécessaire de disposer d'une salle de réveil.

3.2 Équipement

En plus du matériel directement lié à l'intervention justifiant la sédation-analgésie, on doit retrouver l'équipement suivant :

- une source d'oxygène comprimée;
- le matériel nécessaire à la ventilation;
- un appareil à aspiration;
- le nécessaire à intubation;
- un stéthoscope et un sphygmomanomètre ou un appareil non invasif de prise de tension artérielle;
- un saturomètre;
- le matériel nécessaire à l'installation et au maintien d'une voie endoveineuse;
- une pharmacie (trousse) d'urgence;
- un défibrillateur cardiaque (p. ex., de type DEA).

Un capnographe peut également s'avérer utile.

Un moniteur cardiaque est recommandé, particulièrement pour les patients souffrant d'une maladie cardiopulmonaire ou lors de procédures prolongées ou à risque de sédation plus profonde. Le médecin doit posséder les connaissances nécessaires à l'interprétation du tracé électrocardiographique et au traitement des anomalies détectées, s'il y a lieu. La médication liée à ces traitements doit être disponible.

Cet équipement doit être adapté, s'il y a lieu, à la taille du patient. Il doit être en état de fonctionner et les attestations des vérifications périodiques doivent être conservées.

Pendant la procédure, le médecin doit respecter les règles d'hygiène reconnues, entre autres le port de gants.

Vous trouverez une description plus complète des ressources matérielles obligatoires à l'annexe 3.

4. Marche à suivre

Il est important de souligner que des problèmes médicaux préexistants peuvent prédisposer les patients à des complications lors d'une sédation-analgésie. Le médecin qui fait une bonne évaluation avant l'intervention (histoire, examen physique) diminue le risque de réactions non désirées.

4.1 Sélection des patients

Le médecin responsable doit sélectionner les patients aptes à recevoir une sédation-analgésie selon :

- les facteurs de risque identifiés, notamment à la suite de l'évaluation cardiovasculaire, respiratoire, hépatique, neurologique et la possibilité de grossesse chez la femme en âge de procréer, selon la procédure envisagée;
- l'évaluation des voies aériennes afin de préciser les risques d'intubation difficile;
- les antécédents anesthésiques;
- la médication actuelle afin d'identifier les risques d'interactions avec les médicaments utilisés lors de l'intervention;
- la procédure qui pourrait nécessiter une sédation-analgésie d'un niveau supérieur à celui discuté dans ces lignes directrices;
- le type de patient.

Cette évaluation doit se faire peu de temps avant la sédation. Le médecin doit préciser :

À l'anamnèse :

- 1) réaction antérieure à la sédation-analgésie;
- 2) anomalie d'un système;
- 3) allergie médicamenteuse;
- 4) moment du dernier *ingesta*;
- 5) consommation de tabac, alcool ou drogues;
- 6) stridor, ronflement, apnée du sommeil;
- 7) anomalie chromosomique (p. ex., trisomie 21).

À l'examen physique :

- 1) présence d'une obésité importante (particulièrement au niveau de la tête et du cou);
- 2) tête et cou : cou court, extension cervicale diminuée, diminution de la flexion du menton sur le cou (< 3 cm chez l'adulte), masse cervicale, signe d'un traumatisme ou d'une pathologie cervicale vertébrale, déviation de la trachée, dysmorphose faciale;
- 3) bouche : petite ouverture (< 3 cm chez l'adulte), édentée, incisives proéminentes, dents instables, appareil dentaire, arche du palais élevée, macroglossie, augmentation du volume des amygdales, luette non visualisée;
- 4) mâchoire : micro ou macrognathie, mal occlusion importante, trismus.



Cet examen devrait être complété par la prise des signes vitaux, la mesure du poids et de la taille, l'auscultation cardiaque et pulmonaire et, au besoin, le calcul de l'indice de masse corporelle ou le tour de taille.

Si des examens complémentaires doivent être faits, leur choix doit être guidé par les problèmes médicaux sous-jacents.

Il est important que cette évaluation soit faite et notée au dossier car, à tout moment durant la procédure, une assistance ventilatoire, avec ou sans intubation, peut être nécessaire si la respiration spontanée est compromise.

4.2 Consentement

Le *Code civil du Québec* et la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (LSSSS) établissent certains standards en matière de consentement. La signature d'un formulaire de consentement est notamment obligatoire si les soins ne sont pas requis par l'état de santé du patient. Elle l'est également pour les anesthésies, les interventions chirurgicales et les soins dispensés en établissement.

Le médecin doit évidemment respecter toutes les dispositions légales existantes. Toutefois, la question se pose de savoir si les mêmes exigences devraient s'appliquer partout, maintenant que plusieurs interventions autrefois réalisées uniquement en établissement peuvent être effectuées en dehors de ceux-ci.

Le *Code de déontologie des médecins* est, quant à lui, plus explicite en ce qui concerne les obligations des médecins en matière de consentement. On y précise que le médecin doit, sauf urgence, avant d'entreprendre un examen, une investigation, un traitement ou une recherche, obtenir du patient ou de son représentant légal un consentement libre et éclairé (article 28). Il doit s'assurer que le patient ou son représentant légal a reçu les explications pertinentes à leur compréhension de la nature, du but et des conséquences possibles de l'examen, de l'investigation, du traitement ou de la recherche qu'il s'apprête à effectuer. Il doit faciliter la prise de décision du patient et la respecter (article 29).

Aussi, le Collège juge-t-il que le dossier d'un patient devrait contenir une note attestant que les informations nécessaires à une prise de décision éclairée ont été transmises par le médecin et comprises par le patient ou son représentant légal, aussitôt que la chose est jugée pertinente, *a fortiori* lorsqu'il s'agit d'une intervention chirurgicale, d'une intervention chirurgicale sous sédation-analgésie, d'anesthésie régionale ou d'anesthésie générale et par extension, pour toute intervention diagnostique ou thérapeutique effectuée sous sédation-analgésie.

Lorsque le consentement porte à la fois sur la sédation-analgésie et sur l'intervention diagnostique ou thérapeutique que cette dernière permet, l'information transmise doit inclure les risques de l'intervention et ceux de la sédation-analgésie, celle-ci pouvant comporter des risques importants, même si l'intervention est mineure.

Par mesure de prudence, le Collège recommande donc au médecin d'inscrire une note explicite au dossier et d'obtenir un consentement écrit lorsqu'il y a sédation-analgésie et ce, quels que soient le lieu et la nature des soins.

Pour plus de précisions sur le consentement, veuillez consulter l'annexe 4.

4.3 Directives et conseils

Avant de subir un examen ou un traitement sous sédation-analgésie, le patient doit recevoir les directives nécessaires, de préférence un document écrit contenant entre autres les recommandations suivantes :

- 1) éviter de consommer toute boisson alcoolisée ou drogue pouvant altérer l'état de conscience 24 heures avant et après l'intervention;
- 2) une période de jeûne devrait s'appliquer à tout âge aux cas électifs et selon l'évaluation du « rapport risque/bénéfice » pour les cas urgents.

Une sédation-analgésie légère où les réflexes de protection des voies respiratoires sont préservés est peu susceptible de provoquer de l'aspiration contrairement à une sédation plus profonde. Il est tout de même raisonnable de penser que le risque d'aspiration est diminué sur un estomac vide et qu'une période de jeûne avant l'intervention est préférable.

Avant l'intervention, le patient devrait respecter les délais suivants, selon la nature de la consommation :

- liquide clair (H₂O, jus de fruit, thé et café noirs) : 2 heures avant;
- lait maternel : 4 heures avant;
- formules lactées humanisées : 6 heures avant;
- lait non humanisé : 6 heures avant;
- repas léger (pain grillé + liquide clair) : 6 heures avant;

- 3) être accompagné pour le retour à la maison;
- 4) éviter de conduire une automobile, d'utiliser une machinerie dangereuse et de prendre des décisions importantes, jusqu'à 24 heures après l'administration de la médication.

4.4 Surveillance

Tout au long de la procédure, la surveillance du patient doit être continue et la communication maintenue.

Cette surveillance doit comprendre :

- l'évaluation de l'état de conscience par la réponse à des ordres verbaux ou tactiles légers;
- la mesure de la tension artérielle, du rythme et de la fréquence cardiaques et du rythme respiratoire;
- la lecture de la saturation capillaire d'oxygène.

Outre ces paramètres, il est important que le médecin ou le professionnel qui l'assiste observent la coloration de la peau et vérifient la position de la tête afin que la perméabilité des voies aériennes soit maintenue.

La fréquence de la mesure de ces paramètres et leur enregistrement doivent être déterminés, entre autres, en fonction de la médication utilisée et de la condition physiologique ou pathologique du patient. Certaines directives cliniques recommandent que ce soit fait toutes les 5 minutes, mais il peut être nécessaire de le faire à une fréquence plus rapprochée, en particulier après l'administration d'un bolus de médicament.



De façon générale, on devrait noter ces paramètres :

- avant le début de la procédure;
- après l'administration d'un agent de sédation-analgésie;
- à intervalle régulier durant la procédure;
- durant la période de recouvrement et jusqu'au retour à l'état de conscience initial;
- au moment du congé.

4.5 Médication sédative et analgésique

Notons tout d'abord qu'un accès veineux facilite le traitement des complications liées à la procédure.

Le médecin doit utiliser une médication qu'il connaît et qui est reconnue.

Le choix de la médication peut varier selon la situation clinique et les facteurs propres au patient. Par exemple, certains patients ne tolèrent pas les dosages habituels ou présentent des contre-indications.

L'administration se fait par petites doses, de façon progressive, jusqu'à l'obtention de la sédation et de l'analgésie désirées, tout en laissant s'écouler assez de temps entre deux doses pour que le médicament produise ses effets. Il faut éviter autant que possible l'utilisation de gros bolus.

Les médicaments utilisés en sédation-analgésie ont un effet synergique. Par exemple, l'association d'une benzodiazépine ou d'un antihistaminique avec un opioïde augmente les risques de dépression respiratoire. Leur dosage devra donc être ajusté en conséquence.

Lorsque des benzodiazépines ou des opiacés sont administrés par voie intraveineuse, leurs antagonistes respectifs (flumazénil, naloxone) doivent être facilement disponibles. Ils seront utilisés au moment d'une dépression respiratoire induite par la médication et non en prophylaxie chez le patient stable.

Vous trouverez un exemple d'utilisation de la naloxone et du flumazénil à l'annexe 5.

Les directives énoncées dans ce guide n'ont pas pour objectif de décrire dans le détail la médication utilisée en sédation-analgésie. Il revient à chaque médecin de choisir une médication ou une combinaison de médicaments reconnues et de maintenir à jour ses connaissances dans ce domaine.

Classe de médicaments fréquemment utilisés :

A) Benzodiazépines

Propriétés : anxiolytique, amnésiant, hypnotique, relaxant musculaire et anticonvulsivant.

Il faut privilégier les molécules à courte demi-vie (p. ex., midazolam), en retenant qu'il faut ajuster le dosage chez les enfants, les patients âgés ou affaiblis et lors de l'utilisation concomitante d'autres drogues affectant le système nerveux central. De plus, la demi-vie de ces benzodiazépines peut être augmentée lors de leur administration en perfusion continue (*context sensitive half-life*).

B) Opiacés

Propriété: analgésique

- La morphine constitue un opioïde dont l'efficacité est prouvée tant chez l'adulte que chez l'enfant. Cependant, elle favorise la libération d'histamine, ce qui peut causer du prurit et de l'hypotension. Une dysfonction rénale sévère entraîne l'accumulation de ses métabolites actifs.
- Le fentanyl est un opioïde synthétique puissant et attrayant vu sa courte durée d'action. Il ne déclenche pas de libération d'histamine (donc peu d'effet hémodynamique). Il faut cependant se méfier des doses élevées et des injections rapides qui peuvent provoquer une rigidité musculaire et une dépression respiratoire.
- L'hydromorphone, opioïde semi-synthétique, dont les métabolites connus sont rarement problématiques. Moins utilisée en sédation-analgésie, elle est 5 à 7 fois plus puissante que la morphine, ce qui est parfois sous-estimé.
- La mépéridine, opioïde synthétique possédant un métabolite actif neurotoxique. Elle n'est pas recommandée pour le traitement de la douleur chronique ni chez les patients souffrant d'insuffisance rénale ou de maladie du système nerveux central. Elle est contre-indiquée chez les personnes qui prennent des inhibiteurs de la monoamine oxydase (IMAO).

C) Anesthésiques généraux

Les anesthésiques généraux doivent être utilisés sous la supervision de médecins expérimentés en sédation-analgésie et en réanimation. Une surveillance plus étroite de ces patients est nécessaire.

- Le propofol
Propriétés: sédatif, hypnotique, amnésiant, anxiolytique. À noter qu'il n'a aucune propriété analgésique.
Il peut rapidement causer une diminution marquée du niveau de conscience et une dépression respiratoire pouvant conduire à une anesthésie générale non désirée. Il possède une courte demi-vie. Il n'est pas recommandé chez les femmes enceintes ou qui allaitent.
- La kétamine
Propriétés: sédatif et analgésique.
Utilisée en pédiatrie et chez l'adulte. Elle produit aussi une broncho-dilatation parfois souhaitée lors d'interventions chez les patients asthmatiques. Elle s'accompagne d'une libération de catécholamines et de ses effets sympathomimétiques (augmentation de la salivation). Elle peut provoquer des symptômes psychotiques ou des comportements anormaux. Ces symptômes peuvent nuire à l'évaluation des patients sous sédation. Elle abaisse le seuil convulsif. Elle ne devrait pas être employée chez les patients hypertendus, tachycardes, souffrant de maladie cardiaque, de thyrotoxicose, d'hypertension intracrânienne ou de maladie psychotique, ni chez les femmes enceintes.
- Le protoxyde d'azote
Propriétés: gaz sédatif et analgésique.
Action analgésique semblable à la morphine. Utilisé en combinaison avec l'oxygène. Peut polluer l'environnement de travail et diminuer les réserves en oxygène du patient (voir normes CSST). Peut s'utiliser en pédiatrie, chez l'adulte et chez la femme enceinte (sauf au premier trimestre).



4.6 Soins post-procédures

Il faut se rappeler que le patient risque de développer des complications à la suite de la procédure. Certains facteurs tels que le manque de stimulation ou l'absorption retardée d'un médicament, peuvent contribuer à une sédation prolongée ou rebond.

Une dépression cardiorespiratoire peut survenir en tout temps.

Par conséquent, jusqu'à son départ, le patient doit être sous la surveillance d'une personne apte à reconnaître les complications et à intervenir rapidement, plus particulièrement pour maintenir la perméabilité des voies aériennes et assurer la ventilation. Le médecin ayant procédé à la sédation-analgésie ou un médecin désigné doit être disponible en tout temps afin de pouvoir intervenir sans délai, le cas échéant.

Critères à respecter au moment du congé :

- 1) la perméabilité des voies aériennes, la ventilation, la fonction cardiovasculaire et l'hydratation sont adéquates;
- 2) le niveau de conscience du patient est revenu à son état initial;
- 3) le patient peut s'asseoir seul;
- 4) peu ou pas de nausées ou de vomissements;
- 5) le patient ou la personne responsable du patient peuvent comprendre les directives de départ;
- 6) si une médication antagoniste a été administrée, le patient sera gardé sous observation le temps nécessaire pour s'assurer qu'il n'y ait pas de sédation rebond.

Ces critères doivent être vérifiés de façon systématique.

5. Tenue du dossier

En plus des éléments versés au dossier à la suite de la consultation initiale, le dossier du patient doit contenir toutes les informations nécessaires à une utilisation optimale et sécuritaire de la sédation-analgésie.

Les éléments suivants doivent figurer dans le dossier du patient :

- 1) l'identification des facteurs de risque liés à l'intervention ou à la sédation-analgésie (*annexe 1*);
- 2) le poids, la taille et les autres paramètres pertinents;
- 3) la médication : dosage, quantité, voie et heure d'administration;
- 4) la concentration ou le débit de l'oxygène administré, le cas échéant;
- 5) la surveillance effectuée :
 - a) les signes vitaux (tension artérielle, fréquence cardiaque et rythme respiratoire) avec l'heure des lectures;
 - b) le taux de saturation capillaire en oxygène avec l'heure des lectures;
 - c) la description périodique de l'état de conscience; l'utilisation d'une échelle de sédation est recommandée (*annexe 2*);
 - d) la description de toute réaction défavorable, le cas échéant;
 - e) la description de l'état du patient à la fin de la procédure;
 - f) la description de l'état du patient au moment du congé.
- 6) le consentement;
- 7) une copie des recommandations écrites remises au patient au moment du congé ou, à défaut, une note attestant la remise de ce document standardisé, dont une copie est conservée;
- 8) le protocole opératoire;
- 9) la note de départ.



Conclusion

La sédation-analgésie vise à soulager l'anxiété et la douleur d'un patient au cours d'une intervention thérapeutique ou diagnostique. Cette procédure, bien que fréquemment utilisée, comporte cependant certains risques.

Le médecin qui y a recours doit le faire de façon sécuritaire pour le patient. Il doit en tout temps prévenir et reconnaître les complications liées à la sédation-analgésie afin d'effectuer rapidement et efficacement les manœuvres nécessaires.

Le respect des lignes directrices énoncées dans ce document aidera le médecin à mener adéquatement cette procédure. Le médecin demeure toutefois responsable du maintien de ses connaissances.

Par ailleurs, les établissements de santé et les cliniques ou cabinets privés devraient s'en inspirer pour élaborer des procédures d'utilisation et de surveillance des patients soumis à la sédation-analgésie et en assurer l'évaluation périodique de la qualité.

ANNEXE 1

CLASSIFICATION DE L'ÉTAT PHYSIQUE DU PATIENT SELON L'AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS (ASA)

- ASA1:** Patient en bonne santé
- ASA2:** Patient atteint d'une affection systémique légère
- ASA3:** Patient atteint d'une affection systémique qui limite son activité, non invalidante
- ASA4:** Patient atteint d'une affection systémique grave qui représente un risque constant pour sa vie
- ASA5:** Patient moribond avec une survie moindre que 24 heures, qu'il subisse ou non une intervention

ANNEXE 2

NIVEAUX DE SÉDATION-ANALGÉSIE ET DÉFINITION DE L'ANESTHÉSIE GÉNÉRALE SELON L'AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS

| | SÉDATION MINIMALE | MODÉRÉE | PROFONDE | ANESTHÉSIE GÉNÉRALE |
|------------------------|-------------------|--|---|--|
| RÉPONSE | Normale | Réponse aux stimuli verbaux ou tactiles légers | Réponse aux stimuli répétés ou douloureux | Pas de réponse aux stimuli même douloureux |
| VOIES AÉRIENNES | Perméables | Pas d'intervention requise | Intervention peut être requise | Intervention souvent requise |
| VENTILATION SPONTANÉE | Normale | Adéquate | Peut être inadéquate | Fréquemment inadéquate |
| ÉTAT CARDIO-VASCULAIRE | Normal | Généralement maintenu | Généralement maintenu | Peut être perturbé |



ANNEXE 3

RESSOURCES MATÉRIELLES ET HUMAINES REQUISES POUR LA SÉDATION-ANALGÉSIE

1. LIEU

Une salle facilement accessible et suffisamment grande pour assurer la liberté des mouvements une fois l'équipement installé et permettre la réanimation cardiorespiratoire en tout temps.

- Ce lieu peut être le cabinet de consultation, si les interventions sont peu fréquentes, une salle réservée à cet effet ou un bloc opératoire, selon le type et la fréquence des interventions.
- Une salle de réveil peut s'avérer nécessaire.
- Le lieu doit comporter les éléments suivants:
 - a) un plafonnier ou une lampe de chirurgie, selon la nature des interventions;
 - b) des fenêtres fermées en permanence;
 - c) un évier pourvu ou non de robinet « mains libres », selon l'intervention;
 - d) une armoire fermée pour entreposer sous clé, au besoin, le matériel et les médicaments.

2. ÉQUIPEMENT REQUIS

- table d'examen, civière ou table de chirurgie;
- table pour les instruments;
- stéthoscope et sphygmomanomètre, ou appareil non invasif de prise de tension artérielle;
- source d'oxygène comprimé, en quantité suffisante pour en permettre l'administration à un débit de 15 litres à la minute pendant 60 minutes;
- solutés et tubulures appropriés pour l'installation et le maintien d'une voie endoveineuse;
- capnographe, au besoin;
- saturomètre ou oxymètre de pouls;
- matériel nécessaire à la ventilation manuelle, entre autres ballon-masque et canules nasopharyngées ou oropharyngées;
- appareil à aspiration pouvant générer une pression négative de 40 à 60 cm de mercure ou une capacité de flot de 100 litres par minute, muni de cathéters ou de canules appropriés;
- appareil d'alimentation électrique de secours pour le fonctionnement des équipements d'urgence;
- matériel d'intubation (canule œsophagotrachéale à double voie (CombitubeTM), laryngoscope, sondes endotrachéales de différents calibres et autre matériel pour intubation difficile);
- défibrillateur cardiaque (p. ex., défibrillateur entièrement automatique ou DEA);
- pharmacie contenant les médicaments nécessaires au traitement des situations d'urgence telles que: surdosage aux opiacés ou aux benzodiazépines, réaction allergique, crise d'asthme, crise convulsive, choc vagal sévère, hypoglycémie;
- moniteur cardiaque recommandé lors de procédures à risque de sédation plus profonde et/ou prolongée, particulièrement pour les patients souffrant de maladie cardiovasculaire, ainsi que la médication appropriée pour traiter les anomalies détectées.

Cet équipement doit être adapté, s'il y a lieu, à la taille du patient.

ANNEXE 4

LE CONSENTEMENT

Selon le droit en vigueur, il est obligatoire au Québec d'obtenir le consentement libre et éclairé du patient ou de son représentant légal avant toute intervention.

Le *Code civil du Québec* établit des règles générales concernant le consentement aux soins, qui s'appliquent quels que soient le lieu et la nature des soins. On y fait cependant certaines distinctions, selon que les soins sont requis ou non par l'état de santé du patient.

Si les soins ne sont pas requis par l'état de santé du patient (traitements de médecine et de chirurgie esthétique, expérimentation et dons d'organes), le patient doit être informé de tous les risques possibles, même s'ils sont rares, et le consentement doit être donné par écrit. Habituellement, il ne peut être donné que par un patient apte et âgé de plus de 14 ans, par le mandataire, le tuteur ou le curateur d'une personne inapte ou par le titulaire de l'autorité parentale d'une personne âgée de moins de 14 ans. L'autorisation de la cour est en outre nécessaire si les soins présentent un risque sérieux pour la santé de ces personnes ou s'ils peuvent causer des effets graves et permanents. Une personne mineure de quatorze ans et plus peut consentir seule à moins qu'il s'agisse de soins non requis et comportant des risques.

S'il s'agit de soins requis par l'état de santé du patient, l'obligation d'informer croît en fonction de la prévalence et de la gravité des complications. Si le patient est inapte et qu'il n'est pas représenté par un mandataire, un tuteur ou un curateur, le consentement peut être donné par un conjoint, ou à défaut du conjoint, par un proche parent ou une personne démontrant un intérêt particulier pour le majeur inapte. Il n'y a pas d'obligation à ce que le consentement soit donné par écrit. Une personne mineure de quatorze ans et plus peut consentir mais ne peut pas refuser seule des soins qui seraient jugés requis. En cas d'urgence, le consentement aux soins médicaux n'est pas nécessaire, lorsque la vie de la personne ou son intégrité est menacée et que le consentement ne peut être obtenu à temps.

La *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (LSSSS) établit, quant à elle, certaines règles en matière de consentement aux interventions chirurgicales et à l'anesthésie. Selon cette loi, le consentement à une anesthésie ou à une intervention chirurgicale doit être attesté par un document écrit, signé par le patient ou son représentant légal et ce document doit faire état de l'obtention des informations appropriées, concernant notamment les risques ou les effets possibles. Cet écrit doit être contresigné par le médecin ou le dentiste traitant et conservé dans le dossier du patient. Le dossier doit contenir un document attestant le consentement du patient pour les soins et les services dispensés dans un centre hospitalier (CH), un centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) et un centre local de services communautaires (CLSC).

Toutefois, ces dispositions ne s'appliquent qu'aux soins dispensés en établissement. Maintenant que plusieurs interventions, autrefois réservées aux établissements, peuvent être effectuées en dehors de ceux-ci, la question se pose de savoir si les mêmes exigences devraient s'appliquer partout.

Qu'en est-il par exemple de la signature d'un formulaire de consentement? En pratique et à l'usage, il s'est avéré qu'un formulaire de consentement dûment signé ne peut, à lui seul, prouver que le consentement a été libre et éclairé. Une courte note versée au dossier, résumant les informations transmises et les échanges auxquels elles ont donné lieu, est présentement jugée beaucoup plus pertinente à cet égard. Le formulaire de consentement complète les renseignements fournis verbalement. Il s'agit d'un ajout à l'information verbale transmise et non d'une mesure visant à la remplacer.



ANNEXE 4 (SUITE)

LE CONSENTEMENT

Le *Code de déontologie des médecins* précise les obligations des médecins quant au consentement :

Article 28

Le médecin doit, sauf urgence, avant d'entreprendre un examen, une investigation, un traitement ou une recherche, obtenir du patient ou de son représentant légal, un consentement libre et éclairé.

Article 29

Le médecin doit s'assurer que le patient ou son représentant légal a reçu les explications pertinentes à leur compréhension de la nature, du but et des conséquences possibles de l'examen, de l'investigation, du traitement ou de la recherche qu'il s'apprête à effectuer. Il doit faciliter la prise de décision du patient et la respecter.

Dans son guide d'exercice *La rédaction et la tenue des dossiers par le médecin en cabinet de consultation et en CLSC*, le Collège a d'ailleurs estimé que le dossier d'un patient devrait contenir une note attestant que les informations nécessaires à une prise de décision éclairée ont été transmises par le médecin et comprises par le patient ou son représentant légal lorsque la chose est jugée pertinente, *a fortiori* lorsqu'il s'agit d'une intervention chirurgicale, d'une intervention chirurgicale sous sédation-analgésie, d'anesthésie régionale ou d'anesthésie générale. Pourquoi cette démarche ne serait-elle pas pertinente pour toute intervention diagnostique ou thérapeutique effectuée sous sédation-analgésie ?

En somme, la loi exige un consentement écrit si les soins ne sont pas requis par l'état de santé du patient ainsi que pour les anesthésies, les interventions chirurgicales et les soins dispensés en établissement. Mais par mesure de prudence, le Collège recommande au médecin de mettre une note explicative au dossier et d'obtenir un consentement écrit lorsqu'il y a sédation-analgésie, quels que soient le lieu et la nature des soins.

ANNEXE 5

UTILISATION DE LA NALOXONE, ANTAGONISTE DES OPIACÉS, EN SÉDATION-ANALGÉSIE

Ce médicament peut être administré par voie intraveineuse (de préférence), sous-cutanée, intramusculaire et intratrachéale.

Il doit être utilisé avec prudence chez les patients qui souffrent de maladies cardiovasculaires ou qui prennent des médicaments ayant des effets cardiovasculaires. Il peut précipiter un sevrage chez les patients ayant une dépendance aux opiacés.

L'utilisation proposée ici correspond à une situation de dépression respiratoire secondaire aux opiacés lors d'une sédation-analgésie et non aux cas de surdosage dû aux opiacés où les doses de naloxone peuvent varier et l'utilisation d'une perfusion continue s'avérer nécessaire.

Présentation: hydrochlorure de naloxone, ampoule, solution aqueuse 0,4 mg ou 1 mg par ml.

Dose initiale: **chez l'adulte:** 0,1 – 0,2 mg
chez l'enfant: 0,005 – 0,01 mg/kg (max. 0,1 mg)
Répéter toutes les 2 à 3 minutes jusqu'à l'effet désiré.

Début d'action: 1 à 2 minutes

Durée d'action: 15 à 60 minutes i.v.

Se rappeler que la durée d'action de la naloxone est plus courte que celle de la plupart des narcotiques et que des doses répétées toutes les 20 à 60 minutes peuvent s'avérer nécessaires.
Surveillance étroite du patient.

UTILISATION DU FLUMAZÉNIL, ANTAGONISTE DES BENZODIAZÉPINES, EN SÉDATION-ANALGÉSIE

Ce médicament s'utilise par voie intraveineuse.
À fort dosage ou chez les utilisateurs réguliers de benzodiazépines, il peut provoquer de l'agitation, de l'anxiété, de la dysphorie aiguë et des convulsions.

Présentation: solution de flumazenil, 0,1 mg par ml.

Dose initiale: **chez l'adulte:** 0,2 mg en 15 secondes
Répéter après 1 minute jusqu'à l'effet désiré sans dépasser la dose totale de 1 mg.
chez l'enfant: 0,01 mg/kg en 15 secondes (max. 0,2 mg)
Répéter après 1 minute jusqu'à l'effet désiré, sans dépasser la dose totale de 0,05 mg/kg ou 1 mg, selon la plus petite dose atteinte.

Début d'action: 1 à 3 minutes

Durée d'action: 30 à 60 minutes

En cas de sédation rebond, répéter la dose de 1 mg toutes les 20 minutes (max. 3 mg/heure). Surveillance étroite du patient.



BIBLIOGRAPHIE

TEXTES LÉGISLATIFS

Code civil du Québec, L.Q., 1991, c. 64, art. 13-25.

Loi sur les services de santé et les services sociaux, L.R.Q., c. S-4.2, art. 9.

Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements, (1984) 116 G.O. II, 2745, art. 52-57.

Code de déontologie des médecins, (2002) 134 G.O. II, 7354, art. 28-31.

COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC

L'analgésie à l'urgence: lignes directrices, Montréal: le Collège, mars 2006, 32 p., ISBN 2-920548-24-7.

La chirurgie en milieu extrahospitalier: guide d'exercice, Montréal: le Collège, mai 2005, 33 p., ISBN 2-920548-20-4.

La tenue des dossiers par le médecin en centre hospitalier de soins généraux et spécialisés: guide d'exercice, Montréal: le Collège, décembre 2005, 37 p., ISBN 2-920548-22-0.

Les aspects légaux, déontologiques et organisationnels de la pratique médicale au Québec: ALDO-Québec, Montréal: le Collège, édition 2009. [En ligne], <http://www.cmq.org/fr/EtudiantsResidents/ExamensALDO/-/media/D7DDC37E57DD4219A70C7790FA71E603.ashx>

AUTRES

«Practice guidelines for sedation and analgesia by non-anesthesiologists», *Anesthesiology*, vol. 96, n°4, avril 2002, p. 1004-1017.

ADAMS, S.T. et coll. «Standards of practice in U.K. emergency departments before, during and after conscious sedation», *Emergency Medicine Journal*, vol. 25, n° 11, novembre 2008, p. 728-731.

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS et AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC DENTISTRY. «Guidelines for monitoring and management of pediatric patients during and after sedation for diagnostic and therapeutic procedures: an update», *Pediatrics*, vol. 118, n° 6, décembre 2006, p. 2587-2602.

AMERICAN COLLEGE OF GASTROENTEROLOGY, AMERICAN GASTROENTEROLOGICAL ASSOCIATION et AMERICAN SOCIETY FOR GASTROINTESTINAL ENDOSCOPY. *Recommendations on the administration of sedation for the performance of endoscopic procedures: a joint statement*, Bethesda, MD: American Gastroenterological Association, mars 2004. [En ligne], —<http://www.gastro.org/wmspage.cfm?parm1=371>

AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS. *Statement on patient safety principles for office-based surgery utilizing moderate sedation/analgesia, deep sedation/analgesia, or general anesthesia*, ST-46, Chicago, IL: the College, 2004. [En ligne], http://www.facs.org/fellows_info/statements/st-46.html

AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS. *Guidelines for office-based anesthesia*, Park Ridge, IL: the Society, octobre 2004. [En ligne], <http://www.asahq.org/publicationsAndServices/standards/12.pdf>

ANNEQUIN, D. *Pratique de l'analgésie et de la sédation par des non-anesthésistes*, Paris: Association pour la diffusion des données sur le traitement de la douleur de l'enfant Pédiadol, décembre 2000. [En ligne], http://www.pediadol.org/article-imprim.php3?id_article=497

ASSOCIATION CANADIENNE DES MÉDECINS D'URGENCE. *Sédation et analgésie procédurales au département d'urgence: lignes directrices du consensus canadien*, version française de Procedural sedation and analgesia in the emergency department, Québec: l'Association, 1999. [En ligne], <http://www.amuq.qc.ca/AxisDocument.aspx?id=28&langue=fr&download=true&document=Sedation%20et%20Analgésie%20au%20département%20d>

ASSOCIATION DES PHARMACIENS DU CANADA. *Compendium des produits et spécialités pharmaceutiques: CPS*, Ottawa: l'Association, 2008, 3028 p., ISBN 978-1-894402-36-1.

CLEVELAND CLINIC FOUNDATION. *Guidelines for procedural sedation/analgesia*, Cleveland, OH: the Clinic, juillet 2001. [En ligne], <http://www.asahq.org/clinical/toolkit/giproceduralsedation.pdf>

COMMISSION DE LA SANTÉ ET DE LA SÉCURITÉ DU TRAVAIL. Service du répertoire toxicologique, *Protosyde d'azote*, numéro CAS: 10024-97-2, Montréal: la Commission, s.d. [En ligne], http://www.reptox.csst.qc.ca/Produit.asp?no_produit=331488&nom=Protoxyde+d%27azote

CÔTÉ, C.J. et S. WILSON. «Guidelines for monitoring and management of pediatric patients during and after sedation for diagnostic and therapeutic procedures: an update», *Pediatrics*, vol. 118, n° 6, décembre 2006, p. 2587-2602.

FANNING, R.M. «Monitoring during sedation given by non-anesthetic doctors», *Anaesthesia*, vol. 63, n° 4, avril 2008, p. 370-374.

GODWIN, S.A. et coll. «Clinical policy: procedural sedation and analgesia in the emergency department», *Annals of Emergency Medicine*, vol. 45, n° 2, février 2005, p. 177-196.

GREEN, S.M. et coll. «Fasting and emergency department procedural sedation and analgesia: a consensus-based clinical practice advisory», *Annals of Emergency Medicine*, vol. 49, n° 4, avril 2007, p. 454-461.

KOURI, R.P. et S. PHILIPS-NOOTENS. *L'intégrité de la personne et le consentement aux soins*, 2^e éd., Cowansville: Les Éditions Yvon Blais, 2005, 738 p., ISBN 2-89451-898-6.

LEXI-COMP INC. *Lexi-Comp improving point-of-care decisions*, Hudson, OH, 2009. [En ligne], <http://www.lexi.com/>

MAZUREK, M.S. «Sedation and analgesia for procedures outside the operating room», *Seminars in Pediatric Surgery*, vol. 13, n° 3, août 2004, p. 166-173.

NICOLAOU, D.D. «Procedural sedation and analgesia», *Emergency medicine: a comprehensive study guide*, J.E. Tintinalli, ed., 6^e éd., New York: McGraw-Hill, 2004, p. 275-280, ISBN 0-07-138875-3.

QUERIN, S. *Dictionnaire des difficultés du français médical*, 2^e éd., Saint-Hyacinthe: Edisem, 2006, 296 p., ISBN 978-2-89130-210-4.

RACICOT, J. *Guide d'administration intraveineuse des drogues critiques*, 3^e éd., Québec: Hôpital Laval, 2004, 89 p.

RADAELLI, E, V. TERRUZZI et G. MINOLI. «Extended/advanced monitoring techniques in gastrointestinal endoscopy», *Gastrointestinal Endoscopy Clinics of North America*, vol. 14, n° 2, avril 2004, p. 335-352.

SCHREINER, M.S. et coll. «Should children drink before discharge from day surgery?», *Anesthesiology*, vol. 76, n° 4, avril 1992, p. 528-533.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'ANESTHÉSIE ET DE RÉANIMATION et SOCIÉTÉ DE RÉANIMATION DE LANGUE FRANÇAISE. *Sédation, analgésie et curarisation en réanimation: recommandations pour la pratique clinique*, Paris: Éditions scientifiques et médicales Elsevier SAS, 2000, 112 p., ISBN 978-2842992088.

SWOBODA, T.K. et J. MUNYAK. «Use of a sedation-analgesia datasheet in closed shoulder reductions», *Journal of Emergency Medicine*, vol. 29, n° 2, août 2005, p.129-135.

U.K. ACADEMY OF MEDICAL ROYAL COLLEGES AND THEIR FACULTIES. *Implementing and ensuring safe sedation practice for healthcare procedures in adults*, London: Royal College of Anaesthetists, s.d. [En ligne], <http://www.rcoa.ac.uk/docs/safesedationpractice.pdf>

VARGO, J.J. «Minimizing complications: sedation and monitoring», *Gastrointestinal Endoscopy Clinics of North America*, vol. 17, n° 1, janvier 2007, p. 11-28, v-vi.

VICARI, J.J. «Sedation and analgesia», *Gastrointestinal Endoscopy Clinics of North America*, vol. 12, n° 2, avril 2002, p. 297-311, viii.

WARING, J.P. et coll. «Guidelines for conscious sedation and monitoring during gastrointestinal endoscopy», *Gastrointestinal Endoscopy*, vol. 58, n° 3, septembre 2003, p. 317-322.

WILCOX, C.M. «Efficiency issues in sedation and monitoring», *Gastrointestinal Endoscopy Clinics of North America*, vol. 14, n° 4, octobre 2004, p. 647-656, viii.

Membres du groupe de travail sur les lignes directrices en sédation-analgésie

Docteur Louis Authier

Anesthésiologie

Docteur Jean-Pierre Daigle

Chirurgie plastique

Docteur Marguerite Haig

Anesthésiologie

Docteur Raymond-Pierre Leroux

Gastro-entérologie

Docteur Claude Paquin

Médecine de famille

Docteur Ernest Prigent

Médecine d'urgence

Docteur Danielle Bourret

Collège des médecins du Québec

Docteur Serge Dupont

Collège des médecins du Québec

Remerciements

Docteur Michèle Marchand

Collège des médecins du Québec





COLLÈGE DES MÉDECINS
DU QUÉBEC