

Circulaire n° 10 /2015

Objet : Organisation de l'activité anesthésique dans les établissements de santé.

Références :

- la loi n° 91-63 du 29 juillet 1991, relative à l'organisation sanitaire,
- Arrêté du ministre de la santé publique du 1er juin 2006, fixant la nomenclature générale des actes professionnels des médecins, biologistes, médecins dentistes, psychologues cliniciens, sages-femmes et auxiliaires médicaux,
- Arrêté des ministres des finances et de la santé publique du 19 décembre 1996, fixant les tarifs de prise en charge des malades payants dans les structures sanitaires publiques relevant du ministère de la santé publique,
- Circulaire n° 67/82, sur la tenue des dossiers de malades dans les services hospitaliers,
- Circulaire n° 98/ 88, sur la tenue du registre à caractère confidentiel dans les cliniques privées,
- Circulaire n° 39/90, sur la tenue du registre à caractère confidentiel dans les cliniques privées,
- Circulaire n° 78/90, sur l'organisation des activités d'anesthésie-réanimation dans les hôpitaux,

- Circulaire n° 02/2004, sur la tenue des registres opératoires dans les cliniques privées,
- Circulaire n° 18/2006, sur la tenue du dossier médical et du registre opératoire dans les cliniques privées,
- Circulaire n° 75/2006, sur l'organisation de la stérilisation des dispositifs médicaux,
- Circulaire n° 11/2011, sur l'utilisation de check liste en milieu chirurgical (+ modèle OMS),
- Circulaire n° 60/2013, sur l'organisation de la stérilisation des dispositifs médicaux,
- Circulaire n° 35/2014, sur la tenue du registre des actes médicaux dans les salles d'opération et salles d'actes interventionnels dans les établissements sanitaires publics et privées,

Dans le but d'assurer une meilleure organisation de l'activité opératoire dans les établissements de santé, publics et privés, et dans le respect du cadre réglementaire sus-référencié, les directeurs généraux, les directeurs des établissements de santé, publics et privés, ainsi que les chefs de services concernés par l'activité opératoire sont tenus chacun en ce qui le concerne de veiller à la mise en œuvre et à l'observation des dispositions organisationnelles sous-mentionnées.

Le strict respect des règles de bonnes pratiques durant toutes les étapes du processus anesthésique permet d'assurer une sécurité optimale au patient tout au long de la période péri-opératoire. A cet effet, pour tout patient dont l'état nécessite un acte d'anesthésie incluant une anesthésie générale et/ou une sédation et/ou une analgésie et/ou anesthésie locorégionale, ou tout acte anesthésique nécessaire à la réalisation d'un acte chirurgical, obstétrical, endoscopique, radiologique ou autre, dans un but diagnostique ou thérapeutique, les établissements de santé, publics et privés, se doivent d'assurer les garanties suivantes :

- A. Une consultation pré-anesthésique, lorsqu'il s'agit d'une intervention programmée ;
- B. Les moyens nécessaires à la réalisation de cette anesthésie ;
- C. Une surveillance continue après l'intervention.

Les responsables administratifs au niveau des structures de soins, sont invités à mettre à la disposition des équipes soignantes les moyens nécessaires au bon déroulement de l'anesthésie durant toutes les étapes susmentionnées et de veiller à l'application des mesures de sécurité énoncées plus loin pour toute la période péri opératoire.

A- Organisation et communication :

Les blocs opératoires sont un espace de travail commun où interviennent plusieurs compétences différentes. Toutes choses égales par ailleurs, une bonne organisation et une communication fluide entre ces compétences permettent d'assurer des soins de meilleure qualité durant la période péri-opératoire.

L'esprit d'équipe, l'organisation et la communication au sein des équipes en charge du patient durant la période péri-opératoire jouent un rôle primordial dans la sécurité et le bien être des patients.

Les membres de ces équipes ont l'obligation de se compléter et de s'assurer mutuellement.

L'équipe d'anesthésie-réanimation et l'équipe chirurgicale doivent se communiquer, en temps réel, toutes les données importantes relatives à l'état du patient aussi bien avant que durant ou après l'intervention.

Afin d'assurer une efficacité optimale des blocs opératoires, un planning hebdomadaire des interventions programmées à froid doit être établi par les équipes en charge du patient et communiqué par écrit suffisamment à l'avance à l'ensemble des acteurs concernés par l'intervention au sein du bloc opératoire et en dehors du bloc opératoire. Toute modification apportée à ce planning doit être communiquée aux intervenants dès l'instant où elle est décidée. Il revient au responsable du bloc d'assurer la communication de ces données à tous les acteurs concernés par l'acte au sein et en dehors du bloc.

Les médecins anesthésistes réanimateurs et les techniciens supérieurs en anesthésie réanimation constituent une équipe solidaire dont les tâches durant la période péri-opératoire sont définies.

B- La consultation pré-anesthésique :

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, des recommandations pour la préparation préopératoire, du secteur d'hospitalisation postopératoire (salle d'hospitalisation, soins continus ou

réanimation) ainsi que du consentement du patient pour la technique anesthésique choisie ou celui des parents s'il s'agit d'un enfant. Ce document est inséré dans le dossier médical du patient.

Dans la mesure du possible, la consultation d'anesthésie a lieu à distance de l'acte pour pouvoir éventuellement apporter des modifications de traitement ou de programmation, prendre connaissance d'éventuelles investigations complémentaires. Si ce délai est long, il convient alors de vérifier lors de la visite préanesthésique qu'il n'est pas survenu d'événement nouveau depuis la consultation.

La consultation pré-anesthésique ne se substitue pas à la **visite pré-anesthésique** qui doit avoir lieu la veille de l'acte (en cas d'hospitalisation) ou le jour même (notamment pour les patients ambulatoires) dans les heures précédant l'acte. Elle vise à vérifier l'absence d'élément nouveau depuis la consultation, à prendre connaissance d'éventuels examens complémentaires. Elle vise également à rassurer psychologiquement le patient et obtenir son consentement final pour la technique envisagée.

C- Les moyens nécessaires à la réalisation de cette anesthésie, 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 :
 - arrivée de fluides médicaux et d'aspiration par le vide,
 - administration de gaz et de vapeurs anesthésiques,
 - gestion des voies aériennes,
 - ventilation artificielle ,
 - matériel et drogues de réanimation,
 - matériel permettant la défibrillation cardiaque,
 - moyens de prévention de l'hypothermie,
 - matériel nécessaire à la pratique de l'anesthésie locorégionale.

Ces moyens 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.

3. Le contrôle continu :

- de la saturation du sang en oxygène ;
- du débit de l'oxygène administré, de la teneur en oxygène du mélange gazeux inhalé et de la concentration éventuelle d'anesthésiques inhalés du mélange gazeux administré ;
- des pressions et des débits ventilatoires ainsi que de la concentration en gaz carbonique expiré, lorsque le patient est intubé.

4. Le monitoring de la température.

D- La surveillance continue post-interventionnelle débute dès la fin de l'intervention et de l'anesthésie. Cette surveillance commence en salle d'anesthésie, ne s'interrompt pas pendant le transfert du patient et se poursuit jusqu'au retour et au maintien de l'autonomie respiratoire du patient, de son équilibre circulatoire et de sa récupération neurologique.

Elle 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.

Sauf pour les patients dont l'état de santé nécessite une admission directe dans une unité de soins intensifs ou de réanimation, la surveillance du patient a lieu dans une salle de surveillance post-interventionnelle (communément appelée Salle de Réveil).

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,
- e) D'un dispositif d'assistance ventilatoire, muni d'alarmes de surpression et de débranchement ainsi que d'arrêt de fonctionnement.

Le Ministre de la Santé

Signé: Med Salah BEN AMMAR

La salle de surveillance post-interventionnelle est en outre équipée d'un dispositif d'alerte permettant de faire appel aux personnels nécessaires en cas de survenance de complications dans l'état d'un patient.

La salle de surveillance post-interventionnelle (SSP I) 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.

Les patients admis dans une salle de surveillance post-interventionnelle sont pris en charge par un ou plusieurs agents paramédicaux, affectés exclusivement à la dite 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 Technicien supérieur d'anesthésie et de réanimation. Lorsque la salle dispose d'une capacité égale ou supérieure à six postes occupés, l'équipe paramédicale doit comporter au moins deux Techniciens supérieurs d'anesthésie et de réanimation.

Toutes les informations relatives à l'acte d'anesthésie, depuis la consultation d'anesthésie et jusqu'au réveil doivent être consignées dans le dossier d'anesthésie joint 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.

A titre transitoire, les établissements de santé dont les installations ne satisfont pas aux conditions techniques de fonctionnement des salles de surveillance post interventionnelles, disposent d'un délai de deux ans à compter de la date susmentionnée pour se conformer à ces conditions.

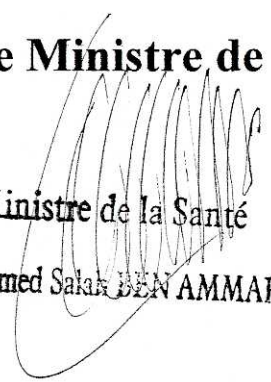
Le Ministre de la Santé
Signé: Med Salah BEN AMMAR

Les dispositions concernant la consultation d'anesthésie sont applicables dans les établissements disposant d'un médecin anesthésiste réanimateur

En l'absence de médecin anesthésiste réanimateur, le médecin responsable de l'acte opératoire sera chargé de la mise en application de ces règles de bonnes pratiques.

Les dispositions concernant les moyens nécessaires à la réalisation d'une anesthésie, sont applicables dès la publication du présent.

Le Ministre de la Santé


Ministre de la Santé

Mohamed Salah BEN AMMAR

Destinataires :

- Les directeurs généraux et les directeurs de l'administration centrale du ministère de la santé..... **pour information et suivi,**
- Les directeurs régionaux de la santé..... **pour information et suivi,**
- Les directeurs généraux et directeurs des établissements publics de santé, des hôpitaux régionaux, des hôpitaux de circonscription et des groupements de santé de base**pour information et suivi,**
- Les directeurs et les médecins directeurs techniques des établissements sanitaires privés.....**pour information et suivi,**
- Les chefs de services d'anesthésie-réanimation et les praticiens responsables des actes opératoires.....**pour exécution.**