

LA SÉDATION- ANALGÉSIE



04/2015
LIGNES
DIRECTRICES

**Publication du Collège des médecins
du Québec**

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
Site Web : www.cmq.org
Courriel : info@cmq.org

Coordination

Service des communications

Graphisme

Francis Bernier

Révision linguistique

Odette Lord

Ce document préconise une pratique professionnelle intégrant les données scientifiques les plus récentes au moment de sa publication. Cependant, il est possible que de nouvelles connaissances scientifiques fassent évoluer la compréhension du contexte 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 : 2^e trimestre 2015
Bibliothèque et Archives nationales
du Québec
Bibliothèque et Archives Canada
CMQ : ISBN 978-2-9815140-0-4 (PDF)
OIIQ : ISBN 978-2-89229-654-9 (PDF)
OPIQ : ISBN 978-2-9815269-1-5 (PDF)

© Collège des médecins du Québec,
Ordre des infirmières et infirmiers du
Québec et Ordre professionnel des
inhalothérapeutes du Québec,
avril 2015

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

— Membres du groupe de travail pour la rédaction de lignes directrices conjointes en sédation-analgésie

COMITÉ DE RÉDACTION

SERGE DUPONT, M.D., Direction de l'amélioration de l'exercice, Collège des médecins du Québec

SUZANNE DURAND, inf., M. Sc. inf., DESS (bioéthique), directrice, Direction, Développement et soutien professionnel, Ordre des infirmières et infirmiers du Québec

MICHEL GARNER, M.D., urgentologue, Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal

CÉLINE GÉLINAS, inf., M. Sc., Ph. D., professeure agrégée, École des sciences infirmières Ingram, Université McGill et chercheure, Centre de recherche en sciences infirmières et Institut Lady Davis, Hôpital général juif

MARGARET JEAN HAIG, M.D., anesthésiologiste, CHU Sainte-Justine

FRANÇOIS HÉBERT, inh., Hôpital de LaSalle

LISE MORIN, M.D., anesthésiologiste, Hôpital Pierre-Boucher

JÉRÔME OUELLET, inf., M.A., infirmier-conseil, Direction, Développement et soutien professionnel, Ordre des infirmières et infirmiers du Québec

JOSÉE PARENT, M.D., gastro-entérologue, présidente de l'Association des gastro-entérologues du Québec

MARISE TÉTREAU, inh., M.A., coordonnatrice au développement professionnel, Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec

REMERCIEMENTS

Le comité de rédaction remercie les personnes suivantes pour leur contribution à la version préliminaire du document.

- Nicole Bertrand, inh., CHU Sainte-Justine
- Maria-Helena Dias, chargée du projet de déploiement pour le projet pilote PQDCCR, Centre universitaire de Santé McGill, Hôpital général de Montréal
- Michel Dussault, inh., Clinique de chirurgie esthétique Yvan Larocque
- Frédéric Grondin, inf. M. Sc., conseiller cadre clinicien, Programme clientèle Soins médicaux spécialisés, Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke
- Émilie Lavallée, inf. M. Sc., conseillère clinicienne en soins infirmiers, DSIPSSS, associée au programme clientèle Santé de la femme et de l'enfant
- Francine LeHouillier, inh., CHU de Québec
- Michèle Marchand, M.D., Direction générale, Collège des médecins du Québec
- Danièle Normandin, inf. M. Sc., conseillère clinicienne en soins infirmiers, Soins ambulatoires en médecine, Direction des soins infirmiers, Hôpital Maisonneuve-Rosemont
- France St-Jean, inh., DESS en enseignement, Collège de Rosemont
- Johanne Solari, inh., CHU Sainte-Justine

Ainsi que les différents ordres et associations consultés.

— Table des matières

06/

Introduction

08/

Chapitre 1 : Patient adulte

08/

1.1 Définition, objectifs et clientèle cible

11/

Volet organisationnel

11/

1.2 Compétences professionnelles

11/

1.3 Ressources matérielles

15/

Volet professionnel

15/

1.4 Présédation-analgésie

15/

Sélection des patients

15/

Évaluation des patients

17/

Consentement (résumé)

19/

Directives et conseils

20/

1.5 Persédation-analgésie

20/

Approche pharmacologique

25/

Surveillance clinique

29/

1.6 Postsédation-analgésie

30/

1.7 Documentation des soins et tenue de dossiers

32/

Chapitre 2 : Patient pédiatrique

32/

Préambule

32/

2.1 Objectifs et clientèle cible

35/

Volet organisationnel

35/

2.2 Compétences professionnelles

35/

2.3 Ressources matérielles

36/

Volet professionnel

36/

2.4 Présédation-analgésie

36/

Sélection des patients

37/

Évaluation des patients

37/

Consentement (résumé)

37/

Directives et conseils

38/

2.5 Persédation-analgésie

38/

Approche pharmacologique

38/

Approche non pharmacologique

39/

Surveillance clinique

43/

2.6 Postsédation-analgésie

43/

2.7 Documentation des soins et tenue de dossiers

44/

Conclusion

45/

Annexe I - Définition de l'anesthésie générale et des niveaux de sédation-analgésie selon l'American Society of Anesthesiologists (ASA)

46/

Annexe II - Information complémentaire - lectures d'intérêt

— Table des matières

47/

Annexe III – Procédures, protocoles ou algorithmes

48/

Annexe IV – Évaluation des voies aériennes supérieures au moyen du score de Mallampati

49/

Annexe V – Outil d'évaluation de l'apnée obstructive du sommeil (AOS) adapté à la consultation préanesthésique/sédation-analgésie.

50/

Annexe VI – Anamnèse : aide mnémotechnique

51/

Annexe VII – Examen physique : aide mnémotechnique

53/

Annexe VIII – Le consentement

57/

Annexe IX- Évaluation de l'efficacité de la sédation (exemples)

59/

Annexe X – Évaluation de l'efficacité de l'analgésie (exemples)

61/

Annexe XI – Fiche informative sur l'utilisation de la naloxone et du flumazénil

63/

Annexe XII – Consignes pour la surveillance à domicile au moment du départ

66/

Références

INTRODUCTION

Les présentes lignes directrices remplacent celles du Collège des médecins du Québec (*Utilisation de la sédation-analgésie* – 2009) et le guide de pratique clinique de l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec (*La sédation-analgésie* – 2009). Elles ont été élaborées conjointement par le Collège des médecins du Québec (CMQ), l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) et l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec (OPIQ) et elles ont pour objectif d'harmoniser la pratique clinique de la sédation-analgésie.

Elles concernent surtout les interventions diagnostiques ou thérapeutiques effectuées sous sédation-analgésie de niveau minimal à modéré chez des patients classés principalement dans les catégories ASA Physical Status 1 et 2 et sous certaines conditions de catégorie ASA Physical Status 3 et 4. La sédation-analgésie de niveau profond et l'anesthésie générale ne font pas l'objet de cette publication et doivent être plutôt réalisées dans des établissements possédant toutes les installations et les ressources professionnelles ayant l'expertise requise pour assurer une prise en charge optimale et sécuritaire.

Elles décrivent l'ensemble des conditions exigées lorsque l'on procède à une intervention diagnostique ou thérapeutique sous sédation-analgésie que ce soit pour un adulte ou un enfant. Elles sont conçues dans le but d'offrir des recommandations visant un degré optimal de sécurité, notamment en ce qui concerne l'évaluation, la surveillance clinique, y compris le monitoring et la médication, **peu importe** l'endroit où la sédation-analgésie est effectuée. Elles décrivent également les compétences professionnelles nécessaires pour la réalisation d'une sédation-analgésie optimale et sécuritaire, les ressources humaines et matérielles requises, la marche à suivre, les précautions relatives au bien-être et à la sécurité du patient, ainsi que les éléments qui doivent être inscrits au dossier.

Elles ont été conçues pour que les membres de chacun des ordres puissent facilement s'y reconnaître, selon les modalités qui encadrent l'exercice de leur profession respective, dans un contexte de pratique interprofessionnelle.

Puisque l'enfant possède des caractéristiques qui lui sont propres, une section particulière lui est consacrée.

En tout temps, nous devons recourir à la sédation-analgésie avec circonspection et prudence. L'évaluation du patient, l'administration de la médication et la surveillance clinique doivent être effectuées avec la même rigueur que pour l'anesthésie générale.

Chapitre 1/ Patient adulte

1.1 DÉFINITION, OBJECTIFS ET CLIENTÈLE CIBLE

La sédation-analgésie est une procédure qui se définit comme étant l'administration de médicaments ou de substances servant à altérer le niveau de conscience d'une personne, sa perception de la douleur et sa tolérance à l'environnement, tout en lui permettant une réponse à la stimulation verbale ou tactile et le maintien d'une fonction cardiaque et ventilatoire adéquate en tous points (OPIQ, 2009).

Elle permet donc 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 procédure utilisés dépendront principalement du niveau de sédation et d'analgésie désiré, selon la nature et la durée de l'intervention diagnostique ou thérapeutique et selon les caractéristiques du patient. D'ailleurs, les besoins particuliers du patient doivent être pris en considération.

Les objectifs visés par la sédation-analgésie lors d'une intervention diagnostique ou thérapeutique sont d'assurer la sécurité et le bien-être du patient et de permettre une intervention diagnostique ou thérapeutique de qualité en :

- a. fournissant une analgésie, une sédation et une amnésie adaptées;
- b. contrôlant les comportements moteurs nuisibles à l'intervention diagnostique ou thérapeutique;
- c. minimisant les réponses psychologiques défavorables associées aux interventions diagnostiques ou thérapeutiques douloureuses ou anxiogènes.

La sélection des patients pour la sédation-analgésie est fondée sur l'évaluation clinique de leur état de santé. À cette fin, il est recommandé d'utiliser la classification de l'état physique du patient que l'on trouve dans le tableau de la page suivante.

Tableau 1
Classification de l'état physique du patient selon l'American Society of Anesthesiologists (ASA) (ASA Physical Status Classification System), [En ligne] (Notre traduction)

Classification	État de santé
ASA Physical Status 1	Patient en bonne santé.
ASA Physical Status 2	Patient atteint d'une affection systémique légère.
ASA Physical Status 3	Patient atteint d'une affection systémique grave.
ASA Physical Status 4	Patient atteint d'une affection systémique grave qui représente une menace constante pour sa vie.
ASA Physical Status 5	Patient moribond qui ne survivra pas à moins d'une intervention.
ASA Physical Status 6	Patient déclaré en état de mort cérébrale dont les organes ont été prélevés à des fins de don.

Ainsi, lorsque la sédation-analgésie est réalisée par un médecin, sans la collaboration directe d'un médecin ayant une formation reconnue en anesthésiologie ou en réanimation cardiorespiratoire avancée, les interventions diagnostiques ou thérapeutiques doivent être réservées principalement aux patients classés dans la catégorie ASA Physical Status 1 ou aux patients atteints d'une affection systémique légère, classés dans la catégorie ASA Physical Status 2.

Notons que, dans des situations particulières et justifiées au dossier médical, la sédation-analgésie peut être effectuée chez les patients stables de catégorie ASA Physical Status 3 et, exceptionnellement, de catégorie ASA Physical Status 4. Toutefois, elle doit l'être dans des établissements ayant les installations requises. Elle devrait être effectuée par une équipe ayant les compétences nécessaires pour assurer une surveillance clinique optimale, une prise en charge ventilatoire et une réanimation cardiorespiratoire avancée et rapidement disponible. De plus, ces patients doivent faire l'objet d'une évaluation individualisée et plus approfondie.

La profondeur de la sédation et le niveau d'analgésie recherché en sédation-analgésie doivent correspondre aux niveaux permettant l'atteinte des objectifs visés et être mesurés à l'aide d'échelles standardisées, validées de préférence et adaptées au contexte et à la condition du patient.

Les niveaux de sédation-analgésie visés tels que définis dans la classification de l'ASA (Adapté de l'American Society of Anesthesiologists. ASA House of Delegate, 2014a) (annexe I), doivent correspondre à l'un ou l'autre des deux niveaux suivants (CMQ, 2009) :

- › sédation minimale ou « anxiolyse », où l'appréhension du patient est diminuée, sans changement de son niveau de conscience et sans altérer la perméabilité des voies aériennes, la ventilation et la fonction cardiovasculaire;
- › sédation modérée, où la réponse aux stimuli verbaux ou tactiles légers est volontaire sans affecter la perméabilité des voies aériennes, la ventilation spontanée et la fonction cardiovasculaire.

Notons toutefois que l'équipe soignante participant à la procédure doit connaître le niveau de sédation-analgésie généralement nécessaire pour une intervention donnée. De même, elle doit être préparée à gérer le passage momentané à un niveau de sédation supérieur à celui qui a été planifié (c'est-à-dire plus profond que prévu), ce qui peut survenir en tout temps lors de l'intervention diagnostique ou thérapeutique.

Volet organisationnel

1.2 COMPÉTENCES PROFESSIONNELLES

Considérant que la sédation-analgésie s'inscrit dans une pratique de collaboration entre le médecin et d'autres professionnels de la santé (infirmières et inhalothérapeutes), il importe de préciser qu'une utilisation judicieuse de leurs compétences est de mise pour assurer la qualité et l'efficacité des soins. Ainsi, tous doivent avoir les qualifications requises dans le domaine de la sédation-analgésie.

De plus, l'équipe soignante qui réalise une intervention diagnostique ou thérapeutique sous sédation-analgésie doit :

- a. être en mesure d'évaluer adéquatement la condition de santé du patient et d'en assurer la surveillance clinique;
- b. connaître et utiliser judicieusement la médication ainsi que ses antagonistes;
- c. posséder les connaissances et les compétences¹ nécessaires pour intervenir en situation d'urgence telle que la réanimation cardiorespiratoire² (de préférence en soins avancés); c'est-à-dire maîtriser en priorité les techniques de la prise en charge de la ventilation, du massage cardiaque et de la médication associée;
- d. avoir l'expertise requise, selon la clientèle visée et l'intervention diagnostique ou thérapeutique à réaliser.

1.3 RESSOURCES MATÉRIELLES

1/ LOCAUX

L'aménagement des locaux doit permettre de réaliser de façon adéquate et en tout temps une réanimation cardiorespiratoire ainsi qu'une évacuation d'urgence, le cas échéant. Entre autres, la superficie doit permettre au personnel de circuler librement, l'éclairage doit être suffisant, le matériel d'urgence (p. ex. : de réanimation) doit être facilement accessible et entreposé dans un lieu connu de tous.

Selon les modalités de fonctionnement et le type d'intervention diagnostique ou thérapeutique pratiqué, il est d'usage de disposer d'une salle de récupération ou d'observation.

¹ On entend par connaissances et compétences qu'elles soient mises à jour selon les recommandations en vigueur.

² On entend par certification en réanimation cardiorespiratoire les formations suivantes :

- › Réanimation cardiorespiratoire de base : Soins immédiats en réanimation (SIR) pour professionnels de la santé ou l'équivalent;
- › Réanimation cardiorespiratoire avancée : Soins avancés en réanimation cardiovasculaire (SARC) ou l'équivalent.

Pour information complémentaire (annexe II) :
Procédures et interventions en milieu extrahospitalier (CMQ, 2011).

2/ ÉQUIPEMENT (INTRA ET EXTRAHOSPITALIER)

OBLIGATOIRE

En plus du matériel directement lié à l'intervention diagnostique ou thérapeutique justifiant la sédation-analgésie, on doit trouver minimalement l'équipement suivant.

Dans la salle :

- table d'examen, civière ou table de chirurgie;
- table pour les instruments;
- solutés et matériel nécessaire pour l'installation et le maintien d'une voie endoveineuse;
- saturomètre (oxymètre de pouls);

Le monitoring de la saturation en oxygène permet l'évaluation de l'oxygénation (détection précoce d'une hypoxémie), mais il ne peut pas détecter précocement une obstruction des voies aériennes supérieures (American Society of Anesthesiologists, 2012).

- stéthoscope;
- sphygmomanomètre ou appareil automatisé non invasif pour la prise de la pression artérielle;
- source d'oxygène comprimé, en quantité suffisante pour en permettre l'administration à un débit de 15 litres par minute pendant 60 minutes et le matériel nécessaire à l'oxygénothérapie;
- appareil à aspiration pouvant générer une pression négative de 40–60 mm Hg ou une capacité de flot de 100 litres par minute et le matériel nécessaire à l'aspiration;
- le matériel nécessaire à la prise en charge ventilatoire, entre autres réanimateur manuel autogonflable (Ambu bag), masque, canules naso et oropharyngées de tailles variées;

Ce matériel doit être disponible à portée de la main.

- › appareil d'alimentation électrique de secours pour le fonctionnement des équipements d'urgence.

Peut être à l'extérieur de la salle (mais facile d'accès et rapidement disponible) :

- › armoire fermée pour entreposer sous clé, au besoin, le matériel et les substances contrôlées, ainsi que les benzodiazépines;
- › matériel nécessaire à l'intubation endotrachéale, entre autres, sondes endotrachéales et lames de laryngoscope de tailles variées ainsi que des alternatives à l'intubation difficile (p. ex. : outils extraglottiques tels que masques laryngés);
- › défibrillateur cardiaque (de préférence un défibrillateur externe automatisé [DEA]);
- › pharmacie (trousse ou chariot) contenant les médicaments nécessaires au traitement des situations d'urgence telles que : surdosage aux opioïdes ou aux benzodiazépines, urgence cardiaque, réaction allergique, crise d'asthme, crise convulsive, choc vagal, hypoglycémie, etc.

RECOMMANDÉ SELON LA SITUATION

- › moniteur cardiaque : dans certains cas bien définis, le monitoring cardiaque peut être recommandé ou obligatoire (tableau 3);
- › capnographe : dans certains cas bien définis, le monitoring du CO₂ peut être recommandé ou obligatoire (tableau 3).

Le monitoring du CO₂ permet d'identifier précocement les complications telles la sédation excessive, l'hypoventilation et l'apnée, en plus de permettre de mieux contrôler le niveau de sédation en fonction de l'intervention diagnostique ou thérapeutique réalisée. Son utilisation permet également de suivre le monitoring ventilatoire. Cela est particulièrement approprié lorsqu'il n'existe pas d'antagonistes à la médication utilisée (p. ex. : propofol).

OPTIONNEL

- › moniteur de température et dispositif de réchauffement du patient, selon le patient et la durée de l'intervention;
- › système d'antipollution (évacuation du protoxyde d'azote), s'il y a lieu;
- › analyseur d'oxygène lorsqu'un mélange est utilisé (p. ex. : O₂ et protoxyde d'azote);
- › stéthoscope précordial ou prétrachéal pour écoute en continu.

L'ensemble de ces équipements doit être adapté au patient. Ils doivent être en état de fonctionner et les attestations des vérifications périodiques doivent être conservées dans un registre prévu à cette fin.

Pendant la procédure de sédation-analgésie, les professionnels doivent respecter les règles de prévention et de contrôle des infections.

Une procédure relative aux situations d'urgence (annexe III), à l'accès aux services d'urgence préhospitaliers et de transfert selon une entente interétablissements doit être élaborée, maintenue à jour, facilement disponible, enseignée à tout le personnel et faire l'objet d'un rappel auprès de ce dernier sur une base périodique.

Volet professionnel

1.4 PRÉSÉDATION-ANALGÉSIE

SÉLECTION DES PATIENTS

La sélection des patients doit tenir compte notamment de l'évaluation des voies aériennes et de l'état de santé général du patient, qui auront mis en évidence la présence ou l'absence d'indicateurs de possibles complications lors de la sédation-analgésie. Il existe deux types de risques en sédation-analgésie : les risques prévisibles (difficulté potentielle liée à la gestion des voies aériennes ou instabilité du patient) et les risques imprévisibles (incident/accident, erreur humaine, etc.). Une évaluation initiale (histoire, examen physique) adéquate avant l'intervention diagnostique ou thérapeutique diminue de tels risques.

À partir de l'ensemble des évaluations effectuées, le médecin sélectionne les patients aptes à recevoir une sédation-analgésie selon notamment :

- › les facteurs de risque identifiés à la suite de l'évaluation (cardiovasculaire, respiratoire, hépatique, neurologique), de la possibilité de grossesse chez la femme en âge de procréer ou de l'intervention diagnostique ou thérapeutique envisagée;
- › l'évaluation des voies aériennes supérieures (annexe IV) afin de préciser le risque d'assistance ventilatoire et d'intubation difficile;
- › les antécédents anesthésiques et chirurgicaux, afin d'identifier les complications potentielles;
- › les comorbidités, dont les troubles respiratoires du sommeil (annexe V);
- › la médication ou autres substances (prescrites ou en vente libre) afin d'identifier les risques d'interactions avec les médicaments utilisés lors de l'intervention ou de la sédation-analgésie;
- › l'intervention diagnostique ou thérapeutique qui pourrait nécessiter une sédation-analgésie d'un niveau supérieur à celui dont il est question dans ces lignes directrices;
- › les caractéristiques propres au patient (fonctions cognitives, isolement social, autonomie, etc.).

ÉVALUATION DES PATIENTS

Cette évaluation doit se faire peu de temps (moins de 3 mois, en l'absence de changement notable dans la condition clinique du patient) avant la procédure de sédation-analgésie et doit notamment préciser ce qui suit.

À L'ANAMNÈSE :

Le recours à une aide mnémotechnique peut être utilisé afin de structurer l'évaluation et de s'assurer que celle-ci soit complète (annexe VI).

- › raison(s) de consultation et histoire de la maladie actuelle;
- › antécédents;
- › réaction antérieure à la sédation-analgésie, à l'anesthésie et à la chirurgie;
- › allergies;
- › moment du dernier ingesta (préciser le type et la quantité);
- › médication et autres substances (prescrites ou non);
- › prémédication reçue (p. ex. : administration de morphine chez un patient en attente d'une intervention diagnostique ou thérapeutique);
- › habitudes de vie (tabac, alcool ou drogues);
- › trouble respiratoire du sommeil et la thérapie associée.

À L'EXAMEN PHYSIQUE :

L'examen physique des voies aériennes supérieures cherche à mettre en évidence certains critères reconnus pour être associés à une assistance ventilatoire difficile, qui peut survenir dans le cas d'un niveau de sédation plus élevé que celui visé.

Le recours à une aide mnémotechnique peut être utilisé afin de structurer l'évaluation et de s'assurer que celle-ci soit complète (annexe VII).

L'examen physique doit être **adapté** à chaque patient et porter notamment sur des éléments tels que ceux-ci :

- › présence d'obésité;
- › tête et cou :
 - › mobilité cervicale compromise,
 - › cou court ou large (circonférence ↑),
 - › pathologie ou anomalie des voies aériennes supérieures (p. ex. : masse cervicale);
- › bouche :
 - › petite ouverture,
 - › dentition (p. ex. : bouche édentée, dents instables, incisives proéminentes ou appareil dentaire, malocclusion importante).

Le score de Mallampati modifié est un outil à privilégier (annexe IV).

Une bonne évaluation de tous les aspects relatifs au maintien de la perméabilité des voies aériennes est essentielle. De plus, chez le patient symptomatique (p. ex. : dyspnée), cette évaluation doit être complétée par **l'auscultation cardiorespiratoire**. Finalement, si d'autres examens doivent être faits, leur choix sera guidé par les problèmes médicaux sous-jacents.

Bien que la sédation-analgésie ne prévoit normalement pas de prise en charge complète de la ventilation (assistance ventilatoire ou intubation endotrachéale), il est important d'effectuer cette évaluation, puisqu'à tout moment durant la procédure de sédation-analgésie, une ventilation assistée avec ou sans intubation endotrachéale peut s'avérer nécessaire si la respiration est compromise.

Lors de situations particulières ou complexes, le médecin devrait consulter un médecin ayant une formation reconnue en anesthésiologie ou en réanimation cardiorespiratoire avancée.

CONSENTEMENT (RÉSUMÉ)

Le lecteur doit se référer à l'annexe VIII pour le texte complet.

Selon le droit en vigueur au Québec, il est obligatoire d'obtenir le consentement d'un patient ou d'un tiers habilité 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 dispensés. On y fait cependant certaines distinctions selon que le patient est apte ou non à consentir, et selon que les soins sont requis ou non par l'état de santé du patient. La *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (LSSSS) établit, quant à elle, les règles applicables en établissement en matière de consentement aux interventions chirurgicales et à l'anesthésie. Le *Code de déontologie des médecins* stipule que le médecin doit obtenir un consentement libre et éclairé du patient avant toute intervention; il est précisé que le médecin doit s'assurer que l'information pertinente a été transmise, faciliter la prise de décision du patient et la respecter. Le *Code de déontologie des infirmières et infirmiers* stipule quant à lui que l'infirmière ou l'infirmier doit fournir au client toutes les informations requises lorsque l'obligation d'obtenir un consentement libre et éclairé incombe à l'infirmière ou à l'infirmier. Il n'y a pas de disposition touchant précisément le consentement dans le *Code de*

déontologie des inhalothérapeutes du Québec. Cependant, il est précisé qu'en plus des avis et des conseils, l'inhalothérapeute doit fournir à son client les explications nécessaires à la compréhension et à l'appréciation des services qu'il lui rend.

Tous les professionnels sont évidemment tenus de respecter les dispositions légales existantes – incluant leur code de déontologie respectif – et les normes de pratique établies par leur ordre professionnel. Toutefois, la question se pose de savoir comment ces exigences doivent s'appliquer maintenant que plusieurs interventions réalisées autrefois en établissement sont effectuées en dehors de ceux-ci et que les professionnels partagent certaines activités et travaillent en étroite collaboration.

Même si la loi ne l'exige pas toujours, il est recommandé :

- › que le patient donne un consentement écrit lorsqu'il y a sédation-analgésie et ce, quels que soient le lieu et la nature des soins prodigués;
- › que le consentement porte à la fois sur la sédation-analgésie et sur l'intervention diagnostique ou thérapeutique que cette dernière permet;
- › que l'information transmise au patient, verbalement ou par écrit, comprenne les risques de la sédation-analgésie et les risques de l'intervention elle-même;
- › que le médecin, ou le professionnel à qui il a confié la tâche verse au dossier du patient une note explicative sur les informations fournies et le consentement obtenu.

L'obtention d'un consentement libre et éclairé demeure une obligation inhérente à l'intervention médicale elle-même. Il relève donc de la responsabilité du médecin de s'assurer de la transmission de l'information pertinente au patient et de sa compréhension de la nature, du but et des risques relatifs à l'intervention. Toutefois, la tâche de transmettre de l'information complémentaire peut être confiée à d'autres professionnels et celle de recueillir la signature d'un formulaire de consentement à d'autres membres de l'équipe de soins.

DIRECTIVES ET CONSEILS

Avant de subir une intervention diagnostique ou thérapeutique sous sédation-analgésie, le patient doit recevoir les directives nécessaires, de préférence dans un document contenant, entre autres, les recommandations suivantes :

- a. éviter de consommer toute boisson alcoolisée, drogue ou substance en vente libre (à moins qu'elle soit prescrite) pouvant altérer le niveau de conscience 24 heures avant et après l'intervention diagnostique ou thérapeutique;
- b. observer une période de jeûne qui s'applique à tout âge aux cas **électifs** (non urgents) et selon l'évaluation du « rapport risque/bénéfice » pour les cas urgents;
- c. suivre les recommandations du médecin qui précise si les médicaments prescrits sur une base régulière peuvent être administrés comme à l'accoutumée et qui fait part des exceptions (p. ex. : anticoagulant, psychotrope, etc.), s'il y a lieu.

Une sédation-analgésie légère où les réflexes de protection des voies aériennes sont préservés est peu susceptible d'induire une aspiration du contenu gastrique contrairement à une sédation plus profonde. Il est tout de même raisonnable de penser que le risque d'aspiration est diminué lorsque l'estomac est vide et qu'une période de jeûne avant l'intervention diagnostique ou thérapeutique est préférable. Toutefois, dans tous les cas, l'urgence de l'intervention et le niveau désiré de sédation-analgésie doivent être soupesés au regard des risques associés à un jeûne inadéquat. Ainsi, le délai entre l'heure du dernier repas et le moment de la blessure/accident doit être pris en considération pour estimer l'état de jeûne, et ce, en raison de l'iléus réflexe.

Avant la sédation-analgésie d'une intervention non urgente (élective), le patient doit respecter les délais suivants, selon la nature et la quantité ingérée de (Merchant, et collab., 2014a) :

- liquide clair (p. ex. : eau, jus de fruit [sans pulpe], thé et café noir) : jeûne de 2 heures;
- repas léger (p. ex. : pain grillé + liquide clair) : jeûne de 6 heures;
- repas composé de viande ou d'aliments frits ou gras : jeûne de 8 heures.

1.5 PERSÉDATION-ANALGÉSIE

APPROCHE PHARMACOLOGIQUE

L'administration de tout médicament nécessite l'obtention d'une ordonnance faite en vertu de l'article 39.3 du *Code des professions du Québec*. D'ailleurs, la meilleure façon d'encadrer la pratique de l'infirmière et de l'inhalothérapeute est l'adoption d'un protocole/ordonnance collective comprenant un éventail thérapeutique, qui laisse place au jugement clinique des professionnels. Un tel document doit par contre être entériné par les responsables médicaux de l'établissement, qu'il soit public ou privé.

Soulignons l'importance d'un accès veineux fonctionnel qui facilitera l'administration des agents sédatifs et analgésiques ainsi que les traitements pharmacologiques des complications.

Le médecin, l'infirmière et l'inhalothérapeute doivent utiliser une médication qu'ils connaissent et qui est reconnue. Rappelons qu'ils doivent être en mesure de prendre en charge toute complication potentielle, y compris la gestion d'un passage momentané à un niveau de sédation-analgésie supérieur à celui qui a été planifié.

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.

Il est important de retenir que le **titrage** de toute médication doit être privilégié et que son administration doit se faire par petites doses, de façon progressive, jusqu'à l'obtention du niveau de sédation et d'analgésie désiré, tout en laissant s'écouler suffisamment de temps entre deux doses pour que le médicament produise ses effets.

Les médicaments utilisés en sédation-analgésie ont un effet synergique. Par exemple, l'association d'une benzodiazépine avec un opioïde augmente les risques de dépression respiratoire. Leur dosage doit donc être ajusté en conséquence. Si l'obstruction des voies aériennes, l'apnée et l'hypotension sont les complications les plus fréquentes en sédation-analgésie, il faut retenir que certaines complications peuvent être particulières à la médication utilisée. Citons à titre d'exemple l'association laryngospasme et kétamine.

Lorsque des benzodiazépines ou des opioïdes sont administrés par voie intraveineuse, leurs antagonistes respectifs (p. ex. : flumazénil [Anexate®], naloxone [Narcan®]) doivent être rapidement disponibles. Ils seront utilisés au moment d'une dépression respiratoire induite par la médication **et non en prophylaxie** chez le patient stable. Il est habituellement préférable de renverser d'abord l'agent sédatif, afin de maintenir intact l'effet analgésique. Si la perméabilité des voies aériennes demeure compromise, il sera alors nécessaire de renverser l'effet analgésique.

Il faut se rappeler que la durée d'action des antagonistes est bien inférieure à la durée d'action du médicament devant être neutralisé. Par conséquent, la réapparition de l'effet indésirable est à surveiller chez le patient qui reçoit un antagoniste.

Vous trouverez une fiche informative sur l'utilisation de la naloxone et du flumazénil à l'annexe XI.

Les directives énoncées dans ces lignes directrices n'ont pas pour objectif de décrire dans le détail la médication utilisée en sédation-analgésie, leurs agents antagonistes et les médicaments d'urgence. Il revient au médecin de bien connaître la médication et de choisir une médication ou une combinaison de médicaments reconnue. Et il revient aux professionnels qui les administrent de bien les connaître également (éléments de surveillance clinique, technique d'administration, effets secondaires, interactions, contre-indications, seuils toxiques, etc.) et de maintenir à jour leurs connaissances dans ce domaine.

PRINCIPALES CLASSES PHARMACOTHÉRAPEUTIQUES UTILISÉES EN SÉDATION-ANALGÉSIE :

La liste des médicaments abordés ci-dessous n'est pas limitative.

a. Benzodiazépines

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

Il faut privilégier les molécules à courte demi-vie (p. ex. : midazolam [Versed®]), en retenant qu'il faut ajuster le dosage chez certains patients (p. ex. : âgés ou affaiblis) et lors de l'utilisation concomitante d'autres médicaments affectant le système nerveux central. De plus, la demi-vie

de ces médicaments peut être augmentée lors de leur administration en perfusion continue (*context sensitive half-life*).

b. Opioïdes

Propriétés : analgésique et sédatif.

La morphine constitue un opioïde dont l'efficacité est reconnue. 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 (Sublimaze®) est un opioïde synthétique puissant et de 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 (Dilaudid®) est un opioïde semi-synthétique dont les métabolites connus sont rarement problématiques. Moins utilisée en sédation-analgésie, elle est au moins 5 fois plus puissante que la morphine, ce qui est parfois sous-estimé.
- › la mépéridine (Demerol®) est un opioïde synthétique possédant un métabolite actif neurotoxique. Elle n'est habituellement pas recommandée.

c. Anesthésiques généraux

Le médecin qui procède à une intervention sous sédation-analgésie en utilisant un ou des anesthésiques généraux doit être expérimenté en sédation-analgésie et en réanimation cardiorespiratoire. Dans le cas contraire, il doit s'assurer de la collaboration d'un médecin ayant une formation reconnue en anesthésiologie ou en réanimation cardiorespiratoire avancée. Par ailleurs, le médecin doit en tout temps être soutenu par un ou des professionnels qualifiés.

› propofol (Diprivan®)

Propriétés: sédatif, hypnotique, amnésique, anxiolytique. À noter qu'il n'a **aucune propriété analgésique**.

Il possède une demi-vie courte, peut être cumulatif et n'a **pas d'antagoniste**. Il n'est pas recommandé chez la femme enceinte ou qui allaite. En règle générale, et selon le type d'intervention diagnostique ou thérapeutique, il peut être plus judicieux de l'administrer en infusion IV plutôt qu'en bolus.

Il peut rapidement causer une diminution marquée du niveau de conscience et une dépression respiratoire pouvant conduire momentanément

ment à une anesthésie générale non désirée. Les professionnels en place doivent être en mesure de prendre en charge une telle situation. L'ASA (American Society of Anesthesiologists. ASA House of Delegates, 2004b [Notre traduction]) recommande, notamment, que le patient à qui l'on administre du propofol reçoive des soins en lien avec une sédation profonde (niveau non visé dans ces lignes directrices) et que le professionnel (non anesthésiologiste) administrant le propofol possède la formation théorique et pratique nécessaire à l'identification et à la prise en charge des voies aériennes et des changements cardiovasculaires, qui surviennent chez un patient évoluant vers un état d'anesthésie générale (niveau non visé dans ces lignes directrices).

Lorsque le propofol est administré, un professionnel habilité doit être **attitré exclusivement** à la surveillance clinique du patient (tableau 2). De plus, l'utilisation d'un capnographe et d'un moniteur cardiaque est obligatoire (tableau 3).

› kétamine (Ketalar®)

Propriétés : sédative et analgésique.

Utilisée en pédiatrie et chez l'adulte. Elle produit aussi une broncho-dilatation parfois souhaitée lors d'interventions diagnostiques ou thérapeutiques chez les patients asthmatiques. Elle s'accompagne d'une libération de catécholamines et d'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.

Lorsque la kétamine est administrée, un professionnel habilité doit être **attitré exclusivement** à la surveillance clinique du patient (tableau 2). De plus, l'utilisation d'un capnographe et d'un moniteur cardiaque est obligatoire (tableau 3).

› protoxyde d'azote (N₂O)

Propriétés : gaz sédatif et analgésique.

Action analgésique semblable à celle de la morphine. Il potentialise les analgésiques centraux et les agents hypnotiques et peut aussi diminuer les réserves en oxygène du patient. Utilisé en combinaison avec l'oxygène. Il peut polluer l'environnement de travail (voir normes CSST). Il peut être

utilisé en pédiatrie, chez l'adulte et chez la femme enceinte (sauf au premier trimestre).

Dans le cas où le protoxyde d'azote est utilisé en combinaison avec un agent sédatif ou un opioïde ou si l'appareil utilisé permet de modifier la concentration d'oxygène, un professionnel habilité doit être **attitré exclusivement** à la surveillance clinique du patient (tableau 2).

- › dexamédétomidine (Précédex^{MC}) (Agoniste alpha2-adrénergique)
Propriétés : sédatif, analgésique et anxiolytique.

La dexamédétomidine en perfusion intraveineuse continue est indiquée notamment pour la sédation de patients non intubés, avant et/ou pendant une intervention chirurgicale ou d'autres types d'interventions.

Ne cause aucune dépression respiratoire, mais peut causer une bradycardie et une hypotension.

L'utilisation de dexamédétomidine devrait être réservée au milieu hospitalier ou aux établissements ayant les installations requises. Elle devrait être administrée par une équipe ayant les compétences nécessaires pour assurer une surveillance clinique optimale, une prise en charge ventilatoire et une réanimation cardiorespiratoire avancée et rapidement disponible.

Lorsque de la dexamédétomidine est administrée, un professionnel habilité doit être **attitré exclusivement** à la surveillance clinique du patient (tableau 2). De plus, l'utilisation d'un capnographe et d'un moniteur cardiaque est obligatoire (tableau 3).

À noter qu'il est obligatoire de tenir un registre des substances contrôlées et des benzodiazépines comportant des signatures.

SURVEILLANCE CLINIQUE

La surveillance clinique comprend plusieurs éléments qui concernent notamment les systèmes respiratoire, cardiaque et neurologique. Elle doit tenir compte, entre autres :

- › de la condition du patient avant et pendant l'intervention diagnostique ou thérapeutique;
- › de la complexité de l'intervention diagnostique ou thérapeutique réalisée;
- › de la médication utilisée (dose, durée et pic d'action, voie et vitesse d'administration, combinaison et antagonistes);
- › de l'assistance à apporter au médecin.

Le médecin qui pratique une intervention diagnostique ou thérapeutique chez un patient sous sédation-analgésie doit compter sur la présence d'au moins un autre professionnel habilité du milieu de la santé (infirmière, inhalothérapeute ou autre médecin) (annexe II). En étroite collaboration avec le médecin réalisant l'intervention, ceux-ci assurent la gestion de la sédation et de l'analgésie, **qui comprend, entre autres, la surveillance clinique du patient**, responsabilité à laquelle ils doivent en tout temps se consacrer en priorité.

Dans certains cas, le professionnel qui assure, **en priorité**, la surveillance clinique du patient peut être appelé à assister le médecin dans la réalisation de son intervention. Cette assistance, qui doit s'effectuer dans la même pièce, doit être de très courte durée. De plus, elle doit pouvoir être interrompue à tout moment pour intervenir immédiatement auprès du patient, en cas de complications ou de besoin.

Par ailleurs, lorsque certaines interventions diagnostiques ou thérapeutiques nécessitent une assistance technique continue au médecin, l'ajout d'un troisième professionnel de la santé habilité (médecin, infirmière ou inhalothérapeute), **attitré exclusivement** à la surveillance clinique du patient, est requis.

Tableau 2
Tableau récapitulatif du nombre de professionnels habilités requis en sédation-analgésie - Clientèle adulte

Nombre de professionnels habilités requis	
2	Nombre minimal requis
3	Si utilisation de propofol, kétamine ou de dexmédétomidine
3	Si utilisation concomitante de N ₂ O et d'un agent sédatif ou d'un opioïde ou si concentration de N ₂ O modifiable
3	Si l'assistance technique au médecin est continue

Tout au long de la procédure de sédation-analgésie, la surveillance clinique du patient doit être continue et la communication avec celui-ci maintenue.

Procéder à la surveillance clinique, c'est évaluer, qualitativement et quantitativement, de façon soutenue et en continu l'ensemble des paramètres suivants (liste non limitative) (tableau 3) :

- mesure de la pression artérielle, du pouls³ et de la respiration⁴;
- lecture de la saturation capillaire en oxygène;
Il faut noter que la tonalité de pouls doit être activée en tout temps et son niveau doit être ajusté de façon à être entendu clairement.
- évaluation de l'efficacité de la sédation (évaluation de la sédation/agitation et du niveau de conscience) (annexe IX);
- évaluation de l'efficacité de l'analgésie (évaluation de la douleur), de l'anxiété et de la réaction du patient à l'intervention diagnostique ou thérapeutique (annexe X);
- évaluation de l'état, de la coloration et de la température de la peau;
- évaluation de la perméabilité des voies aériennes;
- niveau d'O₂, de CO₂ et monitoring cardiaque, selon le cas.

³ Le pouls doit être évalué en fonction de sa fréquence et de son rythme.
⁴ La respiration doit être évaluée en fonction de sa fréquence, de son rythme et de son amplitude thoracique et, dans certains cas, selon le résultat de l'auscultation pulmonaire.

Tableau 3
Surveillance des paramètres cliniques en sédation-analgésie
- Clientèle adulte

Paramètre de surveillance clinique	Patient	Niveau de sédation	Médication	Intervention diagnostique ou thérapeutique
TA, RC ⁵ , RR ⁶ et saturation d'O ₂ › Obligatoire	Chez tous les patients			
Niveau de : - sédation/ agitation/ conscience - douleur › Obligatoire	Chez tous les patients			
Niveau de CO ₂	Selon les caractéristiques À titre d'exemple (et sans s'y limiter)	Selon le niveau de sédation	Selon la médication	Selon la durée de l'intervention
› Obligatoire	› Accès indirect ou restreint au patient (p. ex. : IRM)		› Propofol › Dexmédétomidine › Kétamine	
› Recommandé	› ASA ≥ 3 › Apnée obstructive du sommeil › Maladie respiratoire › Obésité morbide	Selon le niveau de sédation (p. ex. : valeur ≥ 4 sur l'échelle de Ramsay modifiée* ou équivalent)		
Monitoring cardiaque	Selon les caractéristiques À titre d'exemple (et sans s'y limiter)	Selon le niveau de sédation	Selon la médication	Selon la durée de l'intervention
› Obligatoire	› ASA ≥ 3 › Maladie cardiaque		› Propofol › Dexmédétomidine › Kétamine	Intervention diagnostique ou thérapeutique prolongée (effet cumulatif de la médication)
› Recommandé		Selon le niveau de sédation (p. ex. : valeur ≥ 4 sur l'échelle de Ramsay modifiée* ou équivalent)		

* Il ne s'agit pas d'une liste limitée des situations cliniques. D'autres situations cliniques peuvent nécessiter le monitoring cardiaque ou du CO₂. Il revient aux professionnels de juger de la situation en fonction de chaque patient.

5 Le pouls doit être évalué en fonction de sa fréquence et de son rythme.

6 La respiration doit être évaluée en fonction de sa fréquence, de son rythme et de son amplitude thoracique et, dans certains cas, selon le résultat de l'auscultation pulmonaire.

IL FAUT SAVOIR QUE...

La Société canadienne des anesthésiologistes (SCA) indique que les directives générales de soins (y compris le monitoring) pour la sédation consciente sont les mêmes que pour les autres formes d'anesthésie [...] (Merchant, et collab., 2014b). De plus, elle indique que le capnographe est requis lors de sédation-analgésie de niveau plus élevé (p. ex. : Ramsay 4-6) (Merchant, et collab., 2014a, *op. cit.*).

Le jugement clinique des professionnels impliqués est primordial, et ce, même si l'appareillage en place est complet et fonctionnel. Une bonne communication entre ces derniers est donc essentielle afin de bien coordonner la sédation et l'analgésie avec l'intervention diagnostique ou thérapeutique. **Les alarmes (audibles et visuelles) de chaque appareil doivent être en fonction et les paramètres ajustés aux caractéristiques du patient et à sa condition clinique.**

Il faut s'assurer de la traçabilité de l'évaluation et de la surveillance clinique effectuées par une tenue de dossiers conforme aux normes en vigueur. Les outils d'évaluation utilisés doivent être simples, standardisés, validés de préférence et adaptés au contexte et aux caractéristiques du patient, notamment pour l'évaluation du niveau de sédation/agitation, de conscience et de douleur (annexes IX et X).

La fréquence de la mesure de ces paramètres et leur enregistrement doivent être déterminés, entre autres, en fonction de la médication et de la condition clinique du patient.

Idéalement, le professionnel doit les documenter :

- avant le début de la procédure de sédation-analgésie;
- après l'administration d'un agent de sédation-analgésie ou d'un antagoniste;
- au pic d'action de chacun des agents administrés;
- à intervalles réguliers (p. ex. : 5 minutes) durant la procédure de sédation-analgésie;
- à intervalles plus rapprochés lorsque la condition clinique du patient l'exige;
- durant la période de récupération et jusqu'au retour du niveau de conscience initiale, selon la condition clinique du patient;
- au moment du congé.

1.6 POSTSÉDATION-ANALGÉSIE

Le patient est à risque de développer des complications à la suite de la procédure de sédation-analgésie, surtout si cette procédure est de courte durée (p. ex. : dépression respiratoire, hypotension). En effet, certains médicaments tels que le midazolam et le fentanyl ne seront pas complètement éliminés si la durée de l'intervention est moins de 30 minutes. D'autres facteurs tels que le manque de stimulation ou l'absorption retardée d'un médicament, peuvent contribuer à une sédation prolongée ou rebond.

Une dépression respiratoire peut survenir jusqu'à élimination complète du médicament.

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

Rappelons que les appareils de monitoring doivent être en fonction, mais en aucun temps ils ne remplacent la surveillance directe du patient par le professionnel.

Le patient doit rester à la salle de récupération ou d'observation pendant 30 minutes au minimum après avoir reçu la dernière dose de sédation ou d'analgésie intraveineuse (Merchant, et collab., 2014b, *op cit.*).

Si une médication antagoniste a été administrée, le patient sera gardé sous observation le temps nécessaire (le temps sera augmenté de ≥ 2 heures [Merchant, et collab., 2014b, *op cit.*] en fonction de l'état clinique du patient) pour s'assurer qu'il n'y a pas de sédation rebond.

Parmi les critères à respecter au moment du congé :

- voies aériennes perméables et ventilation adéquate;
- stabilité cardiovasculaire adéquate;
- niveau de conscience du patient revenu à son état initial;
- douleur résiduelle tolérable, absente ou comme à son état initial;

- › mobilité revenue à son état initial;
- › peu ou pas de vomissements;
- › patient ou personne responsable du patient peut comprendre les directives de départ.

Ces critères doivent être respectés de façon systématique.

Les professionnels doivent s'assurer que, quand le patient quitte l'établissement, il est accompagné d'un adulte responsable et qu'un document relatif au congé comprenant des consignes claires pour la surveillance à domicile (p. ex. : quoi faire en cas d'urgence) leur soit remis et expliqué (annexe XII).

1.7 DOCUMENTATION DES SOINS ET TENUE DE DOSSIERS

Comme pour toute autre intervention, les mêmes normes s'appliquent pour la rédaction des notes en sédation-analgésie.

En plus des éléments généralement versés au dossier, celui-ci doit contenir toutes les informations relatives à la période pré, per et postsédation-analgésie. Ainsi, les éléments suivants doivent être documentés au dossier du patient (liste non limitative) :

1. l'identification des facteurs de risque liés à l'intervention diagnostique ou thérapeutique ou à la sédation-analgésie;
2. l'heure du début et de la fin de la procédure de sédation-analgésie, l'heure d'arrivée à la salle de récupération ou d'observation (si différente) et l'heure du départ;
3. les ordonnances médicales complètes;
4. la médication : dosage, quantité, voie, vitesse et heure d'administration;
5. la concentration ou le débit de l'oxygène (ou du mélange gazeux) administré, le cas échéant;
6. la surveillance effectuée :
 - a. les signes vitaux avec l'heure des lectures,
 - b. le taux de saturation capillaire en oxygène avec l'heure des lectures,
 - c. le niveau de CO₂, le cas échéant, avec l'heure des lectures,
 - d. la description périodique du niveau de sédation/agitation et de conscience; l'utilisation d'une échelle est recommandée (annexe IX),
 - e. la description périodique du niveau de douleur; l'utilisation d'une échelle est recommandée (annexe X),

- f. la description de toute réaction défavorable, le cas échéant,
- g. la description de l'état du patient à la fin de la procédure de sédation-analgésie,
- h. la description de l'état du patient au moment du congé ou la référence à un protocole (critères de congé);
- 7. le monitoring : appareil, alarme, emplacement, le cas échéant;
- 8. le consentement;
- 9. une copie des recommandations écrites remise au patient au moment du congé (annexe XII) ou à défaut, une note attestant la remise de ce document standardisé, dont une copie est conservée;
- 10. le protocole opératoire;
- 11. la note de départ;
- 12. toute autre information jugée pertinente (p. ex. : résultat d'auscultation, complication).

Enfin, tous les professionnels impliqués doivent s'assurer du respect de leur réglementation ou normes respectives en matière de documentation des soins et de tenue de dossiers.

Chapitre 2/ Patient pédiatrique

PRÉAMBULE

Puisque l'enfant possède des caractéristiques qui lui sont propres et qui évoluent en fonction de son stade de développement, il est donc opportun d'établir des lignes directrices particulières à cette clientèle.

Ces lignes directrices visent les enfants âgés de plus de 3 ans.

Une sédation-analgésie réussie améliore la qualité des examens demandés, diminue la nécessité de recourir à des contentions physiques, améliore la collaboration et la confiance de l'enfant et des parents quant aux soins prodigués et aux interventions diagnostiques ou thérapeutiques réalisées.

La sédation-analgésie (tous niveaux) en pédiatrie doit être réservée au milieu hospitalier ou aux établissements ayant les installations requises. Elle devrait être effectuée par une équipe ayant les compétences nécessaires pour assurer une surveillance clinique optimale, une prise en charge ventilatoire et une réanimation cardiorespiratoire pédiatrique avancée et rapidement disponible, et ce, en raison du niveau de sédation plus élevé qui est généralement nécessaire. Elle comporte des risques sérieux, peu importe l'état de santé de l'enfant. Les complications les plus fréquentes sont l'obstruction des voies aériennes, l'apnée, l'aspiration de sécrétions et les vomissements.

2.1 OBJECTIFS ET CLIENTÈLE CIBLE

OBJECTIFS

Outre les objectifs de sédation-analgésie définis pour la clientèle adulte (p.8), la sédation-analgésie pour la clientèle pédiatrique vise également à :

- › éviter un traumatisme psychologique;
- › diminuer l'anxiété et la peur de l'enfant et des parents;
- › obtenir la collaboration de l'enfant.

CLIENTÈLE CIBLE

En pédiatrie, le niveau de sédation requis est tributaire de l'âge, du stade de développement, de la capacité cognitive et de la collaboration de l'enfant. Ainsi, chez l'enfant de :

- 3 à 6 ans : une sédation-analgésie de niveau modéré s'avère rarement suffisante. La plupart des interventions diagnostiques ou thérapeutiques nécessitent un niveau profond (voire une anesthésie générale).
- 7 à 13 ans : une sédation-analgésie de niveau modéré s'avère généralement suffisante. Toutefois, certaines interventions diagnostiques ou thérapeutiques peuvent nécessiter un niveau de sédation-analgésie profond.
- ≥ 14 ans : une sédation-analgésie de niveau léger ou modéré s'avère suffisante. Toutefois, certaines interventions diagnostiques ou thérapeutiques peuvent nécessiter un niveau de sédation-analgésie profond.

Chez l'enfant de moins de 3 ans ou dans le cas d'une sédation profonde visée, le médecin doit s'assurer de la collaboration d'un médecin ayant une formation reconnue en anesthésiologie ou en réanimation cardiorespiratoire pédiatrique avancée.

De plus, il est recommandé d'utiliser la classification de l'état physique du patient que l'on trouve dans le tableau de la page suivante.

Tableau 4
Classification de l'état physique du patient selon l'American Society of Anesthesiologists (ASA) (ASA Physical Status Classification System [En ligne]) (Notre traduction)

Classification	État de santé
ASA Physical Status 1	Patient en bonne santé.
ASA Physical Status 2	Patient atteint d'une affection systémique légère.
ASA Physical Status 3	Patient atteint d'une affection systémique grave.
ASA Physical Status 4	Patient atteint d'une affection systémique grave qui représente une menace constante pour sa vie.
ASA Physical Status 5	Patient moribond qui ne survivra pas à moins d'une intervention.
ASA Physical Status 6	Patient déclaré en état de mort cérébrale dont les organes ont été prélevés à des fins de don.

Volet organisationnel

2.2 COMPÉTENCES PROFESSIONNELLES

Outre les compétences professionnelles mentionnées pour le patient adulte (p. 11), tous les professionnels de la santé (médecin, infirmière et inhalothérapeute) qui procèdent à une sédation-analgésie auprès de patients pédiatriques doivent posséder :

- a. les connaissances et les compétences⁷ nécessaires à la réanimation cardiorespiratoire pédiatrique⁸ (de préférence en soins avancés), c'est-à-dire maîtriser en priorité les techniques de la prise en charge de la ventilation, du massage cardiaque et de la médication associée;
- b. une expertise clinique spécifique à l'intervention diagnostique ou thérapeutique à réaliser.

2.3 RESSOURCES MATÉRIELLES

Si les ressources matérielles de base et l'emplacement sont essentiellement les mêmes que chez l'adulte (p. 11), celles-ci doivent toutefois être adaptées au patient pédiatrique (c'est-à-dire taille, poids et particularités).

À titre d'exemple (liste non limitative) :

- › capteur du saturomètre de modèle pédiatrique;
- › réanimateur autogonflant (Ambu bag) et masques de différentes tailles;
- › lames de laryngoscope, sondes endotrachéales (avec ou sans ballonnet) de tailles différentes;
- › canules oro/nasopharyngées de différentes tailles;
- › tubulure à soluté de type microgouttes avec ou sans burette;
- › outils supraglottiques (p. ex. : masque laryngé) de différentes tailles;
- › défibrillateur avec électrodes pédiatriques;
- › stéthoscope de taille pédiatrique (précordial ou prétrachéal pour écoute en continue, s'il y a lieu);
- › appareil à aspiration pouvant générer une pression négative de 40 à 60 mm Hg ou une capacité de flot de 100 litres par minute et le matériel nécessaire de taille adaptée.

7 On entend par connaissances et compétences qu'elles soient mises à jour selon les recommandations en vigueur.

8 On entend par certification en réanimation cardiorespiratoire les formations suivantes :
› Réanimation cardiorespiratoire de base : Soins immédiats en réanimation (SIR) pour professionnels de la santé ou l'équivalent;
› Réanimation cardiorespiratoire avancée : Soins avancés en réanimation pédiatrique (SARP) ou l'équivalent.

Volet professionnel

2.4 PRÉSEDATION-ANALGÉSIE

SÉLECTION DES PATIENTS

Si une sélection rigoureuse des patients doit être faite avec la même attention que chez l'adulte (p. 15), certaines particularités propres à l'enfant doivent toutefois être prises en compte.

Lors de situations particulières ou complexes, après l'évaluation du patient, le médecin devrait consulter un médecin ayant une formation reconnue en anesthésiologie ou en réanimation cardiorespiratoire pédiatrique avancée. Citons, à titre d'exemple, mais sans s'y limiter :

- › présence de certains syndromes dont la trisomie 21;
- › anomalie des voies aériennes;
- › anomalie cranio-faciale;
- › infection respiratoire, asthme;
- › maladie neuromusculaire;
- › maladie cardiaque;
- › trouble respiratoire du sommeil et la thérapie associée;
- › obésité importante;
- › reflux gastro-œsophagien;
- › état de conscience altéré;
- › trouble envahissant du développement (p. ex. : autisme).

De même, tout comme chez l'adulte, les interventions effectuées sous sédation-analgésie doivent être réservées principalement aux patients classés dans la catégorie ASA Physical Status 1 ou aux patients atteints d'une affection systémique légère, classée dans la catégorie ASA Physical Status 2.

Notons que, lorsque c'est justifié au dossier médical, la sédation-analgésie peut être effectuée chez les patients stables classés dans la catégorie ASA Physical Status 3, et exceptionnellement dans la catégorie ASA Physical Status 4. Toutefois, elle doit l'être dans des établissements ayant les installations requises. Elle devrait être effectuée par une équipe ayant les compétences nécessaires pour assurer une surveillance clinique optimale, une prise en charge ventilatoire et une réanimation cardiorespiratoire pédiatrique avancée et rapidement disponible. De plus, ces patients doivent faire l'objet d'une évaluation individualisée et plus approfondie.

ÉVALUATION DES PATIENTS

Si une évaluation rigoureuse des patients doit être faite avec la même attention que chez l'adulte (p. 15), cette évaluation doit aussi inclure, sans s'y limiter, l'âge, la taille, le poids, le stade de développement, la capacité cognitive, les allergies, les problèmes médicaux ou familiaux pertinents, les médicaments (ou autre substance non prescrite) pris régulièrement ou récemment et l'heure du dernier ingesta ainsi que le type et la quantité consommée.

Le recours à une aide mnémotechnique peut être utilisé afin de structurer l'évaluation (anamnèse et examen physique) et de s'assurer que celle-ci soit complète.

CONSENTEMENT (RÉSUMÉ)

Le lecteur doit se référer à l'annexe VIII pour le texte complet.

Tout comme chez l'adulte, il est obligatoire au Québec d'obtenir le consentement libre et éclairé du patient ou d'un tiers habilité avant toute intervention. Cela dit, pour la clientèle pédiatrique, il faut ajouter une précision extraite du *Code civil du Québec* :

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.

- › Une personne mineure de 14 ans et plus (≥ 14 ans) peut consentir seule à moins qu'il s'agisse de soins non requis et comportant des risques.
- › Pour une personne mineure de moins de 14 ans (< 14 ans), le consentement est donné par le titulaire de l'autorité parentale.

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.

- › Le consentement d'une personne mineure (< 18 ans) est donné par le titulaire de l'autorité parentale.
- › Une personne mineure de 14 ans et plus (≥ 14 ans) peut consentir mais ne peut pas refuser seule des soins qui seraient jugés requis.

DIRECTIVES ET CONSEILS

Tout comme pour l'adulte (p. 19), l'enfant et son parent (ou remplaçant) doivent recevoir les directives nécessaires. Cela dit, aux directives relatives au jeûne

pré-intervention diagnostique ou thérapeutique non urgente (élective), il faut ajouter ceci (Merchant, et collab., 2014a, *op. cit.*):

- liquide clair (p. ex. : eau, jus de fruit [sans pulpe]) : jeûne de 2 heures;
- lait maternel* : jeûne de 4 heures;
- formules lactées non humanisées ou préparations commerciales pour nourrissons : jeûne de 6 heures.

* Aucun ajout n'est permis au lait maternel tiré.

2.5 PERSÉDATION-ANALGÉSIE

APPROCHE PHARMACOLOGIQUE

Si la médication généralement utilisée est la même que chez l'adulte (p. 20), la dose doit être adaptée, notamment, en fonction du poids et de la condition clinique de l'enfant. Par ailleurs, il faut retenir que la pharmacocinétique et la pharmacodynamique des agents de sédation-analgésie sont influencées par l'âge du patient. À titre d'exemple, pour un enfant âgé de un à six ans, la clairance des agents de sédation-analgésie est supérieure à celle de l'adulte. Il faudra donc ajuster les doses chez un enfant d'âge préscolaire (Saunder, et collab., 2008).

L'utilisation d'une pommade analgésique (p. ex. : la crème EMLA®) peut être avantageuse pour contrer la douleur associée à la pose d'un cathéter intraveineux, par exemple (le temps d'attente de 60 à 90 minutes doit être pris en considération).

APPROCHE NON PHARMACOLOGIQUE

Pour l'enfant qui ne bénéficie que d'une analgésie (aucune sédation), il faut retenir que la distraction (attirer l'attention vers quelque chose de positif) pendant un soin douloureux (ou qui inquiète) peut s'avérer un moyen efficace pour diminuer son anxiété et la perception de sa douleur (Association Sparadrapp [En ligne]).

À titre d'exemple, et sans s'y limiter :

- discuter avec l'enfant ou l'adolescent de ses préférences;
- utiliser un jouet, chanter une chanson ou raconter une histoire à l'enfant plus jeune;
- la présence et la collaboration d'un parent peuvent être pertinentes.

SURVEILLANCE CLINIQUE

La surveillance clinique comprend plusieurs éléments qui concernent notamment les systèmes respiratoire, cardiaque et neurologique et elle doit tenir compte, entre autres :

- › de la condition du patient avant et pendant l'intervention diagnostique ou thérapeutique;
- › de la complexité de l'intervention diagnostique ou thérapeutique réalisée;
- › de la médication utilisée (dose, durée et pic d'action, voie et vitesse d'administration, combinaison et antagonistes);
- › de l'assistance à apporter au médecin.

Le médecin qui pratique une intervention diagnostique ou thérapeutique chez un enfant sous sédation-analgésie doit compter sur la présence d'au moins un autre professionnel habilité du milieu de la santé (infirmière, inhalothérapeute ou autre médecin) (annexe II). En étroite collaboration avec le médecin réalisant l'intervention, ceux-ci assurent la gestion de la sédation et de l'analgésie, **qui comprend, entre autres, la surveillance clinique de l'enfant**, responsabilité à laquelle ils doivent en tout temps se consacrer **en priorité**.

Dans certains cas, le professionnel qui assure, **en priorité**, la surveillance clinique de l'enfant peut être appelé à assister le médecin dans la réalisation de son intervention. Cette assistance, qui doit s'effectuer dans la même pièce, doit être de très courte durée. De plus, elle doit pouvoir être interrompue à tout moment pour intervenir immédiatement auprès de l'enfant, en cas de complications ou de besoin.

Par ailleurs, lorsque certaines interventions diagnostiques ou thérapeutiques nécessitent une assistance technique continue au médecin, l'ajout d'un troisième professionnel de la santé habilité (médecin, infirmière ou inhalothérapeute), **attitré exclusivement** à la surveillance clinique de l'enfant, est requis.

Tableau 5
Tableau récapitulatif du nombre de professionnels habilités requis en sédation-analgésie - Clientèle pédiatrique

Nombre de professionnels habilités requis	
2	Nombre minimal requis
3	Si utilisation de propofol, kétamine ou de dexmédétomidine
3	Si utilisation concomitante de N ₂ O et d'un agent sédatif ou d'un opioïde ou si concentration de N ₂ O modifiable
3	Si l'assistance technique au médecin est continue

Tout au long de la procédure de sédation-analgésie, la surveillance clinique du patient doit être continue et la communication avec celui-ci maintenue.

Procéder à la surveillance clinique, c'est évaluer, qualitativement et quantitativement, de façon soutenue et en continu l'ensemble des paramètres suivants (liste non limitative) (tableau 6) :

- mesure de la pression artérielle, du pouls⁹ et de la respiration¹⁰;
- lecture de la saturation capillaire en oxygène;
La tonalité de pouls doit être activée en tout temps et son niveau doit être ajusté de façon à être entendu clairement.
- évaluation de l'état, de la coloration et de la température de la peau;
- niveau d'O₂, de CO₂ et monitoring cardiaque, selon le cas.

En plus des paramètres de monitoring clinique (mentionnés précédemment), la surveillance clinique du patient pédiatrique doit comprendre :

- l'évaluation de la perméabilité des voies aériennes (p. ex. : bradycardie hypoxique précoce, si obstruction);
- l'apport liquidien;
- la perte de chaleur (selon la durée de la procédure de sédation-analgésie);

⁹ Le pouls doit être évalué en fonction de sa fréquence et de son rythme.
¹⁰ La respiration doit être évaluée en fonction de sa fréquence, de son rythme et de son amplitude thoracique et, dans certains cas, selon le résultat de l'auscultation pulmonaire.

- › l'évaluation de l'efficacité de l'analgésie et de la sédation à l'aide d'outils adaptés à la condition et à l'âge de l'enfant (annexes IX et X);
- › la position du patient et les points d'appui (compression).

Tableau 6
Surveillance des paramètres cliniques en sédation-analgésie -
Clientèle pédiatrique

Paramètre de surveillance clinique	Patient	Niveau de sédation	Médication	Intervention diagnostique ou thérapeutique
TA, RC ¹¹ , RR ¹² et saturation d'O ₂ › Obligatoire	Chez tous les patients			
Niveau de : - sédation/agitation /conscience - douleur › Obligatoire	Chez tous les patients			
Niveau de CO ₂	Selon les caractéristiques À titre d'exemple (et sans s'y limiter)	Selon le niveau de sédation	Selon la médication	Selon la durée de l'intervention
› Obligatoire	› Accès indirect ou restreint au patient (p. ex. : IRM)		› Propofol › Dexmédétomidine › Kétamine	
› Recommandé	› ASA ≥ 3 › Apnée obstructive du sommeil › Maladie respiratoire › Obésité morbide	Selon le niveau de sédation (p. ex. : valeur ≥ 4 sur l'échelle de Ramsay modifiée* ou équivalent)		
Monitoring cardiaque	Selon les caractéristiques À titre d'exemple (et sans s'y limiter)	Selon le niveau de sédation	Selon la médication	Selon la durée de l'intervention
› Obligatoire	› ASA ≥ 3 › Maladie cardiaque		› Propofol › Dexmédétomidine › Kétamine	Intervention diagnostique ou thérapeutique prolongée (effet cumulatif de la médication)
› Recommandé		Selon le niveau de sédation (p. ex. : valeur ≥ 4 sur l'échelle de Ramsay modifiée* ou équivalent)		

* Il ne s'agit pas d'une liste limitée des situations cliniques. D'autres situations cliniques peuvent nécessiter le monitoring cardiaque ou du CO₂. Il revient aux professionnels de juger de la situation en fonction de chaque patient.

11 Le pouls doit être évalué en fonction de sa fréquence et de son rythme.
12 La respiration doit être évaluée en fonction de sa fréquence, de son rythme et de son amplitude thoracique et, dans certains cas, selon le résultat de l'auscultation pulmonaire.

IL FAUT SAVOIR QUE...

La Société canadienne des anesthésiologistes (SCA) indique que les directives générales de soins (y compris le monitoring) pour la sédation consciente sont les mêmes que pour les autres formes d'anesthésie [...] (Merchant, et collab., 2014b, *op. cit.*). De plus, elle indique que le capnographe est requis lors de sédation-analgésie de niveau plus élevé (p. ex. : Ramsay 4-6) (Merchant, et collab., 2014a, *op. cit.*).

Le jugement clinique des professionnels impliqués est primordial, et ce, même si l'appareillage en place est complet et fonctionnel. Une bonne communication entre ces derniers est donc essentielle afin de bien coordonner la sédation et l'analgésie avec l'intervention diagnostique ou thérapeutique. **Les alarmes (audibles et visuelles) de chaque appareil doivent être en fonction et les paramètres ajustés à l'âge et à la condition clinique de chaque enfant.**

Il faut s'assurer de la traçabilité de l'évaluation et de la surveillance clinique effectuées par une tenue de dossiers conforme aux normes en vigueur. Les outils d'évaluation utilisés doivent être simples, standardisés, validés de préférence et adaptés au contexte et aux caractéristiques du patient, notamment pour l'évaluation du niveau de sédation/agitation, de conscience et de douleur (annexes IX et X).

La fréquence de la mesure de ces paramètres et leur enregistrement doivent être déterminés, entre autres, en fonction de la médication et de la condition clinique du patient.

Idéalement, le professionnel doit les documenter :

- avant le début de la procédure de sédation-analgésie;
- après l'administration d'un agent de sédation-analgésie ou d'un antagoniste;
- au pic d'action de chacun des agents administrés;
- à intervalles réguliers (p. ex. : 5 minutes) durant la procédure de sédation-analgésie;
- à intervalles plus rapprochés lorsque la condition clinique du patient l'exige;
- durant la période de récupération et jusqu'au retour du niveau de conscience initial, selon la condition clinique du patient;
- au moment du congé.

2.6 POSTSÉDATION-ANALGÉSIE

Comme pour le patient adulte (p. 29), la surveillance clinique doit être constante et rigoureuse tout au long de la période postsédation-analgésie, et ce, jusqu'au retour de l'état initial de l'enfant, en fonction de son stade de développement.

Rappelons que les appareils de monitoring doivent être en fonction, mais en aucun temps ils ne remplacent la surveillance directe du patient par le professionnel.

La période d'observation en établissement doit être suffisamment prolongée pour prévenir les problèmes pendant et au retour à la maison. Compte tenu de son âge et de sa condition, l'enfant doit être capable de s'asseoir, de boire, de parler et de marcher avec une aide minimale.

Selon la distance à parcourir au retour, il peut être judicieux de prolonger la période d'observation.

Un document relatif au congé comprenant des consignes claires pour la surveillance à domicile doit être remis et **expliqué** aux parents (annexe XII).

2.7 DOCUMENTATION DES SOINS ET TENUE DE DOSSIERS

La tenue de dossiers doit être faite avec la même rigueur et la même précision que chez l'adulte (p. 30). Certaines informations propres à l'enfant doivent être ajoutées, notamment :

- si présence d'un parent;
- le poids et l'âge de l'enfant;
- la taille ou l'IMC, s'il y a lieu.

CONCLUSION

La sédation-analgésie vise à altérer le niveau de conscience, ainsi qu'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.

On doit y recourir de façon sécuritaire pour le patient et 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 les professionnels à mener adéquatement cette procédure. Ceux-ci demeurent toutefois responsables de la mise à jour de leurs connaissances et du développement de leurs compétences respectives.

Par ailleurs, les établissements de santé et les cliniques ou cabinets privés devraient s'inspirer de ces lignes directrices pour élaborer des procédures relatives à la sédation-analgésie et en assurer l'évaluation périodique de la qualité.

— Annexe

ANNEXE I - DÉFINITION DE L'ANESTHÉSIE GÉNÉRALE ET DES NIVEAUX DE SÉDATION-ANALGÉSIE SELON L'AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS (ASA) (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS. ASA HOUSE OF DELEGATE, 2014A, *OP. CIT.*) (NOTRE TRADUCTION)

	Sédation minimale anxiolyse	Sédation-analgésie modérée (consciente)	Sédation-analgésie profonde	Anesthésie générale
Réponse	Réponse normale à la stimulation verbale	Réponse volontaire* à la stimulation verbale ou tactile	Réponse volontaire* suivant une stimulation répétée ou douloureuse	Non éveillable, même avec stimulus douloureux
Voies aériennes	Non affectées	Pas d'intervention requise	Intervention peut être requise	Intervention souvent requise
Ventilation spontanée	Non affectée	Adéquate	Peut être inadéquate	Fréquemment inadéquate
Fonction cardio-vasculaire	Non affectée	Généralement maintenue	Généralement maintenue	Peut être compromise

* Le réflexe de retrait à la suite d'une stimulation douloureuse n'est pas considéré comme une réponse volontaire.

Rappelons que la sédation-analgésie profonde chez l'adulte et l'anesthésie générale (adulte et pédiatrique) ne font pas l'objet de cette publication.

— Annexe

ANNEXE II - INFORMATION COMPLÉMENTAIRE - LECTURES D'INTÉRÊT

COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC (CMQ)

- › *Procédures et interventions en milieu extrahospitalier* (2011).
- › *Code de déontologie des médecins* (2015).

ORDRE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU QUÉBEC (OIIQ)

- › Éditeur officiel du Québec, *Code de déontologie des infirmières et infirmiers* (2014).
- › *Le champ d'exercice et les activités réservées des infirmières* (2013), 2e éd.
- › *Mosaïque des compétences cliniques de l'infirmière. Compétences initiales.* (2009), 2e éd.
- › *Les obligations déontologiques de l'infirmière et le consentement aux soins* (2005).

ORDRE PROFESSIONNEL DES INHALOTHÉRAPEUTES DU QUÉBEC (OPIQ)

- › *Profil national des compétences.* L'alliance des organismes de réglementation en thérapie respiratoire (2011).
- › *Les notes au dossier dans le secteur de l'assistance anesthésique et de la sédation analgésie - Guide de pratique* (2008).
- › *Compétences relatives à l'entrée dans la pratique* (2003).
- › *Règlement sur les dossiers, les autres effets, les cabinets et la cessation d'exercice des membres de l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec* (2002).
- › *Code de déontologie des inhalothérapeutes du Québec.*

— Annexe

ANNEXE III – PROCÉDURES, PROTOCOLES OU ALGORITHMES

Dans tous les lieux où se pratique la sédation-analgésie à des fins diagnostiques ou thérapeutiques, le médecin responsable doit élaborer, en collaboration avec les membres de son équipe soignante, les procédures, protocoles ou algorithmes concernant notamment les sujets suivants :

PARMI LES PROCÉDURES OU PROTOCOLES (ADULTE ET PÉDIATRIQUE) :

- › allergie au latex/choc anaphylactique;
- › antagoniste;
- › bradycardie;
- › critères cliniques de congé;
- › hypertension maligne;
- › sédation-analgésie;
- › transfert d'urgence.

PARMI LES ALGORITHMES (ADULTE ET PÉDIATRIQUE) :

- › gestion des voies aériennes difficiles (ventilation/intubation);
- › réanimation cardiorespiratoire.

IL FAUT PENSER À...

- › L'affichage des procédures, protocoles ou algorithmes d'urgence qui permettra d'y avoir accès rapidement en cas d'urgence et de les consulter régulièrement par la même occasion.
- › L'élaboration d'un programme périodique d'exercice (p. ex. : simulation) qui permettra de revoir les différentes procédures en place avec tous les membres de l'équipe soignante et d'initier le nouveau personnel, assurant ainsi une meilleure relève. De même, mettre le plan en pratique permet d'optimiser la rapidité et la précision des gestes posés et d'identifier des problèmes potentiels (avec de l'équipement par exemple) et ce, avant qu'il y ait urgence d'agir.

— Annexe

ANNEXE IV - ÉVALUATION DES VOIES AÉRIENNES SUPÉRIEURES AU MOYEN DU SCORE DE MALLAMPATI (DIEMUNSCH, ET COLLAB., 2008)

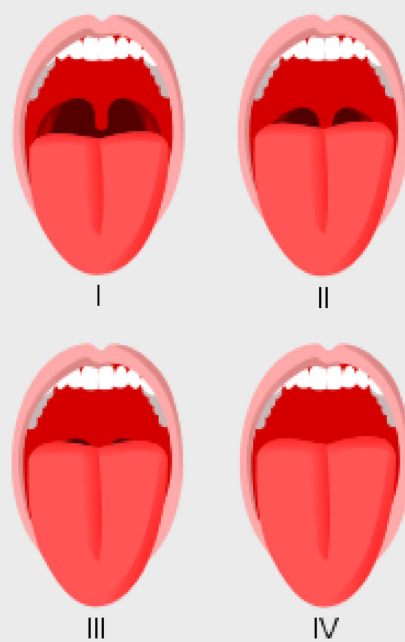
(À titre informatif seulement)

Objectif : Évaluer la visibilité des structures oropharyngées et la taille de la langue.

Les 4 classes de Mallampati modifiées (Samsoon and Young) sont :

- Classe I : luette, piliers du voile du palais, palais mou, palais dur;
- Classe II : piliers du voile du palais, palais mou, palais dur;
- Classe III : palais mou, palais dur;
- Classe IV : palais dur seul.

Les classes I et II présagent d'une intubation a priori facile, les classes III et IV d'une intubation difficile.



Classes de Mallampati modifiées (Jmarchn, [En ligne])

L'insuffisance de la classification de Mallampati a été spécifiquement montrée chez l'obèse. Elle ne peut être considérée comme un prédicteur isolément suffisant de la difficulté de la laryngoscopie ou, a fortiori de l'intubation difficile.

— Annexe

ANNEXE V – OUTIL D’ÉVALUATION DE L’APNÉE OBSTRUCTIVE DU SOMMEIL (AOS) ADAPTÉ À LA CONSULTATION PRÉANESTHÉSIQUE/SÉDATION-ANALGÉSIE (ADAPTÉ DE CHUNG, ET SEET, 2010) (NOTRE TRADUCTION)

(À titre informatif seulement)

Exemple de questionnaire stop-bang		
Question		Réponse
S nore	Présence de ronflement? Vos ronflements sont-ils bruyants (suffisamment pour être entendus à travers une porte fermée)?	Oui ou Non
T ired, fatigue or sleepy	Présence de somnolence ou fatigue? Vous sentez-vous souvent fatigué, épuisé ou somnolent pendant la journée?	Oui ou Non
O bserved apnea	Apnée observée? Quelqu’un a-t-il déjà observé que vous arrêtiez de respirer en dormant?	Oui ou Non
P ressure	Présence d’HTA? Avez-vous ou êtes-vous traité pour une tension artérielle élevée?	Oui ou Non
B MI	IMC > 35 kg/m²?	Oui ou Non
A ge	Âge > 50 ans?	Oui ou Non
N eck	Circonférence du cou > 40 cm	Oui ou Non
G ender	Sexe masculin?	Oui ou Non

INTERPRÉTATION CLINIQUE

< 3 réponses positives = faible risque d’AOS

≥ 3 réponses positives = risque élevé d’AOS

— Annexe

ANNEXE VI – ANAMNÈSE : AIDE MNÉMOTECHNIQUE

(À titre informatif seulement)

Objectif : Cet outil d'aide mnémotechnique sert à structurer la façon dont on procède à la collecte sommaire des données dans le cadre de l'évaluation clinique.

Le recours à une aide mnémotechnique facilite la compréhension et la réalisation de l'anamnèse chez l'adulte et l'enfant.

SAMPLE (Adapté de Alton, et collab., 2007 [Notre traduction]) (ou variante)

S : Signes et symptômes

A : Allergies et réaction

M : Médicaments et autres substances (prescrits ou non) et traitement

P : Passé médical/familial

L : Last meal/lunch (dernier repas)

E : Environnement/événement

— Annexe

ANNEXE VII - EXAMEN PHYSIQUE : AIDE MNÉMOTECHNIQUE

(À titre informatif seulement)

Objectif : L'examen physique des voies aériennes supérieures cherche à mettre en évidence certains critères reconnus pour être associés à une assistance ventilatoire difficile, qui peut survenir dans le cas d'un niveau de sédation plus élevé que celui visé, par exemple.

Le recours à une aide mnémotechnique facilite la compréhension et la réalisation de l'examen physique relativement aux voies aériennes de l'adulte.

1. Indicateurs d'une possible ventilation difficile* (**MOANS** [Adapté de Walls, et Murphy, 2012] [Notre traduction] ou variante)

M : *mask seal* (étanchéité du masque) : étanchéité compromise en raison d'une barrière mécanique (barbe fournie, traumatisme facial, etc.).

O : obésité/obstruction : patient dont l'IMC est > 25 (kg/m²), femme enceinte > 6 mois (2e trimestre), angio-œdème, abcès, etc.

A : âge : patient ≥ 55 ans (variable selon les auteurs) en raison notamment de la perte d'élasticité des tissus.

N : *no teeth* (édenté) : difficulté lors de l'assistance ventilatoire.

S : *stiff* (rigidité) : pathologies à conséquences sur la compliance et la résistance pulmonaire (asthme, MPOC, pneumonie de stade avancé, etc.).

* Ventilation difficile (masque ou outil extraglottique tel que masque laryngé) (Adapté de l'American Society of Anesthesiologists, 2013 [Notre traduction]). Impossible d'effectuer une ventilation de façon adéquate en raison de l'une et/ou de l'autre des situations suivantes :

- a. Mauvaise étanchéité du masque ou de l'outil extraglottique;
- b. Fuite de gaz excessive;
- c. Résistance excessive à l'inspiration ou à l'expiration.

— Annexe

2. Indicateurs d'une possible laryngoscopie** ou intubation difficile*** (LEMON [Walls, et Murphy, 2012, op. cit.] [Notre traduction] ou variante).

L : *look externally* (apparence physique) : micrognathie, macroglossie, dentition irrégulière, circonférence du cou ↑, grossesse, etc.

E : évaluation : règle du 3-3-2 (variante possible selon les auteurs) - considérations géométriques (à l'aide des doigts du patient)
 3 : ouverture de bouche : insertion de 3 de ses doigts.
 3 : taille du larynx (longueur mandibulaire) : 3 doigts sous le menton (bout de son menton jusqu'à la jonction du cou, au niveau de l'os hyoïde).
 2 : position du larynx : 2 de ses doigts entre la jonction cou-menton (os hyoïde) et le cartilage thyroïde.

M : Mallampati (annexe IV)

O : obésité/obstruction : IMC ↑, œdème du larynx, néoplasie de la sphère ORL, compression extrinsèque par hématome cervical, difficulté à avaler, dyspnée.

N : *neck mobility* (mobilité cervicale) : immobilisation au moyen d'un collier cervical, présence d'une pathologie ou d'une situation clinique à conséquence sur l'assistance ventilatoire ou de l'intubation (p. ex. : arthrose ou arthrite importante, trisomie 21, etc.).

** Laryngoscopie difficile : impossibilité de visualiser n'importe quelle partie des cordes vocales après de multiples tentatives avec un laryngoscope conventionnel (Adapté de l'American Society of Anesthesiologists, 2013, op. cit. [Notre traduction]).

*** Intubation endotrachéale difficile : intubation qui requiert de multiples tentatives, en présence ou en l'absence d'une pathologie trachéale (Adapté de l'American Society of Anesthesiologists, 2013, op. cit. [Notre traduction]).

Il faut noter que l'insuffisance de la classification de Mallampati a été spécifiquement montrée chez l'obèse; elle ne peut être considérée comme un prédicteur isolément suffisant de la difficulté de la laryngoscopie ou, a fortiori de l'intubation difficile.

— Annexe

ANNEXE VIII - LE CONSENTEMENT

Selon le droit en vigueur, il est obligatoire au Québec d'obtenir le consentement libre et éclairé du patient ou d'un tiers habilité 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 et selon que le patient est apte à consentir ou non.

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 14 ans et plus, par le mandataire, le tuteur ou le curateur d'une personne inapte ou par le titulaire de l'autorité parentale d'une personne 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 14 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 ou une personne qui démontre un intérêt particulier pour la personne inapte. Il n'y a pas d'obligation à ce que ce consentement soit donné par écrit. Le consentement aux soins requis par l'état de santé d'une personne mineure est donné par le titulaire de l'autorité parentale ou le tuteur. Une personne mineure de 14 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 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* (LSSS) établit, quant à elle, certaines règles en matière de consentement aux interventions chirurgicales et à l'anesthésie.

— Annexe

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 et ce document doit faire état 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 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).

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 toutefois 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.

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.

— Annexe

Dans ses guides d'exercice portant sur la tenue des dossiers, le Collège estime d'ailleurs que le dossier d'un patient doit 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 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 générale.

Dans le *Code de déontologie des infirmières et infirmiers*, on prévoit que :

Article 40

L'infirmière ou l'infirmier doit fournir à son client toutes les explications nécessaires à la compréhension des soins et des services qu'il lui prodigue.

Article 41

Lorsque l'obligation d'obtenir un consentement libre et éclairé incombe à l'infirmière ou à l'infirmier, ce dernier doit fournir au client toutes les informations requises

Le *Code de déontologie des inhalothérapeutes du Québec* ne contient pas de disposition touchant précisément le consentement. On précise cependant que :

Article 13

En plus des avis et des conseils, l'inhalothérapeute doit fournir à son client les explications nécessaires à la compréhension et à l'appréciation des services qu'il lui rend.

En complément, dans ses normes de pratique portant sur la tenue des dossiers, l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec demande que le dossier d'un patient comporte une mention des soins et des services prodigués à son égard. À cet effet, toute activité exercée par l'inhalothérapeute, telle que l'information transmise au patient eu égard à la sédation-analgésie, doit être inscrite au dossier du patient, et ce, au fur et à mesure que les activités sont exercées.

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. Dans ses guides portant sur les procédures et interventions en milieu extrahospitalier notamment, le Collège recommande toutefois que le médecin verse une note explicative au dossier et obtienne un consentement écrit pour toute intervention médicale ou

— Annexe

chirurgicale effractive, qu'elle soit effectuée dans un but diagnostic, thérapeutique ou esthétique. Lorsque le consentement porte à la fois sur la sédation-analgésie et sur l'intervention diagnostique ou thérapeutique, 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.

L'obtention d'un consentement libre et éclairé demeure une obligation inhérente à l'intervention médicale elle-même. Il relève donc de la responsabilité du médecin de s'assurer de la transmission de l'information pertinente au patient et de sa compréhension de la nature, du but et des risques relatifs à l'intervention. Toutefois, la tâche de transmettre de l'information complémentaire ou de faire l'enseignement aux patients peut être confiée à d'autres professionnels et celle de recueillir la signature d'un formulaire de consentement à d'autres membres de l'équipe de soins.

— Annexe

ANNEXE IX - ÉVALUATION DE L’EFFICACITÉ DE LA SÉDATION* (EXEMPLES)

(Liste non limitative)

1. Échelle de sédation de Ramsay modifiée (Adapté de Merchant, et collab., 2014b, *op. cit.*)

Instruction	Description/définition	Valeur
Observer le patient.	Éveillé : le patient est anxieux et agité ou nerveux, ou les deux.	1
Observer le patient. Le patient établit-il un contact visuel et répond-il aux ordres?	Éveillé : le patient est coopératif, orienté et calme	2
Parler au patient. Le patient établit-il un contact visuel et répond-t-il aux ordres?	Éveillé : le patient répond seulement aux ordres.	3
Stimuler physiquement le patient en agitant son épaule tout en parlant fort. Le patient réagit-il dans les 10 secondes?	Endormi : le patient réagit par une réponse vive à la stimulation de la glabella ou à un stimulus auditif intense.	4
Stimuler physiquement le patient en agitant son épaule tout en parlant fort. Le patient réagit-il après 10 secondes?	Endormi : le patient réagit par une réponse faible à la stimulation de la glabella ou à un stimulus auditif intense	5
Utiliser des stimuli douloureux. Aucune réaction.	Endormi : le patient ne réagit pas à la douleur.	6

* Peu importe l’échelle utilisée, celle-ci doit être choisie selon la clientèle et le contexte donné. De même, son utilisation doit être uniforme et standardisée au sein d’une même équipe.

Cette échelle peut être utilisée chez l’enfant. Toutefois, elle sera davantage utile dans le cadre d’une évaluation postsédation (soins postprocédures), car il peut être cliniquement inapproprié de stimuler physiquement un enfant sous sédation profonde.

— Annexe

2. Échelle de vigilance-agitation de Richmond (Richmond Agitation Sedation Scale - RASS) (Tiré et adapté de Chanques, et collab., 2006)

La traduction française de cette échelle a fait l’objet d’une validation de sa reproductibilité interobservateur.

Instruction	Description/Définition	Niveau
Observer le patient sans faire de bruit		
S’il manifeste une activité motrice spontanée, quantifier le niveau d’agitation :	Combatif : danger immédiat envers l’équipe	+ 4
	Très agité : tire, arrache tuyaux ou cathéters et/ou agressif envers l’équipe	+ 3
	Agité : mouvements fréquents sans but précis et/ou désadaptation au respirateur	+ 2
	Ne tient pas en place : anxieux ou craintif, mais mouvements orientés, peu fréquents, non vigoureux, non agressifs	+ 1
S’il est calme, et répond ou non aux ordres simples :	Éveillé et calme : calme et les yeux ouverts Conscient : RASS 0 + répond aux ordres simples	0
S’il est calme, les yeux fermés : quantifier le niveau d’hypovigilance (ou d’endormissement) en s’adressant au patient par son nom sans le toucher, en utilisant une voix de plus en plus forte et d’autant plus forte que le patient est susceptible d’être sourd (sujet âgé, séjour prolongé en réanimation : bouchon de cérumen, toxicité des antibiotiques et du furosémide) :	Somnolent : pas complètement éveillé, mais reste éveillé au contact visuel à l’appel (> 10 s)	- 1
	Diminution légère de la vigilance : reste éveillé brièvement avec contact visuel à l’appel (< 10 s)	- 2
	Diminution modérée de la vigilance : n’importe quel mouvement à l’appel (ouverture des yeux), mais pas de contact visuel	- 3
Si le patient ne fait aucun mouvement, y compris en l’appelant d’une voix forte : frictionner d’abord l’épaule puis le sternum sans être nociceptif :	Diminution profonde de la vigilance : aucun mouvement à l’appel, n’importe quel mouvement à la stimulation physique (friction non nociceptive de l’épaule ou du sternum)	- 4
	Non réveillable : aucune mouvement, ni à l’appel, ni à la stimulation physique (friction non nociceptive de l’épaule ou du sternum)	- 5

— Annexe

ANNEXE X - ÉVALUATION DE L'EFFICACITÉ DE L'ANALGÉSIE* (EXEMPLES)

(Liste non limitative)

Selon l'âge du patient, sa condition et le contexte clinique, deux stratégies d'évaluation peuvent être utilisées, soit l'auto-évaluation (par des mots, des chiffres ou des dessins) ou l'hétéro-évaluation comportementale. Cela dit, si l'auto-évaluation est à privilégier, c'est toutefois l'âge du patient (patient pédiatrique) et sa capacité cognitive qui guideront le choix du clinicien dans la sélection du meilleur outil.

Pour le patient n'ayant pas la capacité (p. ex. : habilité verbale ou cognitive limitée) d'évaluer lui-même l'intensité de la douleur, une réponse verbale (oui/non) ou gestuelle, signifiant la présence ou l'absence de douleur, constitue une forme d'auto-évaluation acceptable en pratique clinique auprès de certaines populations telles que le jeune enfant, le patient dément ou celui vivant avec une déficience intellectuelle (McCaffery, cité dans Herr, et collab., 2011 [Notre traduction]).

* Peu importe l'échelle utilisée, celle-ci doit être choisie selon la clientèle et le contexte donné. De même, son utilisation doit être uniforme et standardisée au sein d'une même équipe soignante.

ADULTE-AÎNÉ

AUTO-ÉVALUATION (DOULEUR AIGUË)

- › Échelle numérique (0 à 10) (EN)
- › Échelle verbale simple (EVS)
- › Échelle visuelle analogique (EVA)

HÉTÉRO-ÉVALUATION COMPORTEMENTALE (DOULEUR AIGUË)

- › ALGOPLUS : personne âgée présentant des troubles de la communication verbale)
- › PACSLAC ou PACSLAC-F : personne âgée présentant une capacité limitée à communiquer
- › PAINAD (anglais) : personne âgée présentant une démence ou autre trouble cognitif et qui ne peut communiquer de manière fiable

Les hyperliens concernant ces échelles sont fournis à titre informatif seulement.

— Annexe

CLIENTÈLE PÉDIATRIQUE

AUTO-ÉVALUATION (DOULEUR AIGUË)

- › [Échelle visuelle analogique](#) (avec curseur) (EVA) : à partir de 4 à 6 ans
- › [Échelle numérique](#) (0 à 10) (EN) : à partir de 8 à 10 ans
- › [Échelle verbale simple](#) (EVS) : à partir de 4 ans
- › [Échelle des visages révisée](#) (Wong-Baker) : à partir de 4 ans

HÉTÉRO-ÉVALUATION COMPORTEMENTALE :

- › [FLACC](#) (douleur provoquée par un soin ou douleur postop) : de 0 à 18 ans, mais validée auprès des 2 mois à 7 ans
Une version modifiée est également disponible pour l'enfant handicapé.
- › [Échelle CHEOPS](#) (douleur liée à un soin post-op) : de 1 à 7 ans
- › [EVENDOL](#) : (service des urgences) : de 0 à 7 ans

Les hyperliens concernant ces échelles sont fournis à titre informatif seulement.

POUR PLUS D'INFORMATION :

- › [Institut UPSA de la douleur](#)
- › [Pédiadol - La douleur de l'enfant](#)

— Annexe

ANNEXE XI - FICHE INFORMATIVE SUR L'UTILISATION DE LA NALOXONE ET DU FLUMAZÉNIL

NALOXONE (ANTAGONISTE DES OPIACÉS)

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 provoquer 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. L'utilisation d'une perfusion continue peut s'avérer nécessaire.

FICHE TECHNIQUE DE LA NALOXONE (NARCAN®)

Présentation* :	hydrochlorure de naloxone, solution aqueuse 0,4 mg ou 1 mg/ml
Dose initiale chez l'adulte* :	0,1-0,2 mg Répéter toutes les 2 à 3 minutes jusqu'à l'effet désiré.
Dose initiale 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 IV

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. On doit procéder à une surveillance soutenue et le patient sera gardé sous observation le temps nécessaire (le temps sera augmenté de ≥ 2 heures, en fonction de l'état clinique du patient [Merchant, et collab., 2014b, *op. cit.*]) pour s'assurer qu'il n'y a pas d'effet rebond.

* Ces données sont variables selon les auteurs.

— Annexe

FLUMAZÉNIL (ANEXATE®) (ANTAGONISTE DES BENZODIAZÉPINES)

Ce médicament s’administre par voie intraveineuse.

À fort dosage ou chez les utilisateurs réguliers de benzodiazépines, ce médicament peut provoquer de l’agitation, de la dysphorie aiguë et des convulsions.

FICHE TECHNIQUE DU FLUMAZÉNIL

Présentation*	solution de flumazénil, 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.
Dose initiale 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). On doit procéder à une surveillance soutenue et le patient sera gardé sous observation le temps nécessaire (le temps sera augmenté de ≥ 2 heures, en fonction de l’état clinique du patient [Merchant, et collab., 2014b, *op. cit.*]) pour s’assurer qu’il n’y a pas d’effet rebond.

* Ces données sont variables selon les auteurs.

— Annexe

ANNEXE XII - CONSIGNES POUR LA SURVEILLANCE À DOMICILE AU MOMENT DU DÉPART

(À titre informatif seulement)

RECOMMANDATIONS POUR L'ADULTE (TIRÉ ET ADAPTÉ DE L'HMR SERVICE DES BÉNÉVOLES, 2012) :

- › Puisque le risque de chute est présent, on vous demande idéalement d'être accompagné.
- › Pendant 24 heures, vos facultés seront affaiblies par la médication. Durant cette période, n'effectuez pas de travaux manuels risqués. Afin d'assurer votre sécurité et celle de votre entourage, n'utilisez pas d'outils dangereux. Ne signez aucun document important.

RETOURNER À LA MAISON EN TOUTE SÉCURITÉ

- › Ne conduisez pas. Ne vous déplacez pas seul même si vous voyagez à pied ou en autobus.

ÉVITER LES SUBSTANCES CAUSANT LA SOMNOLENCE

- › L'alcool, le cannabis et certains produits comme les antihistaminiques, les antinauséeux et les produits pour le rhume doivent être évités ainsi que tout autre produit causant de la somnolence. Ils augmentent le risque de chute. Même si vous prenez habituellement des somnifères, il est préférable de ne pas en prendre la nuit qui suit votre examen ou traitement.

SURVEILLER LE RALENTISSEMENT DE LA RESPIRATION

- › Pendant les 24 premières heures, soyez en présence d'un adulte.

CONSEILS À L'ACCOMPAGNATEUR

- › Il est fort possible que votre proche s'endorme au retour à la maison. S'il dort, et ce, pour les 4 premières heures, vous devez surveiller sa respiration. Après 1 ou 2 heures de sommeil, stimulez votre proche en l'appelant par son nom. S'il répond ou ouvre les yeux, tout est bien. Par contre, si vous avez du mal à le réveiller, vous devez insister. Réveillez-le alors complètement. S'il ronfle très fort, dites-lui de se coucher sur le côté, aidez-le à le faire.

— Annexe

QUAND DEMANDER DE L'AIDE? PAR MESURE DE SÉCURITÉ, NOUS VOUS DEMANDONS DE RECONNAÎTRE LES SIGNES D'URGENCE SUIVANTS :

- › respiration très lente (8 respirations ou moins par minute);
- › incapacité à réveiller la personne;
- › peau bleuâtre ou grisâtre.

QUE FAIRE ?

- › Appelez le 911 sans attendre.

RECOMMANDATIONS POUR LES PARENTS DE L'ENFANT (TIRÉ ET ADAPTÉ DU CHU SAINTE-JUSTICE, SOUMIS PAR LA DRE MARGARET JEAN HAIG, 2010)

INSTALLATION ET TRANSPORT DE L'ENFANT

- › Au moment d'installer votre enfant dans la voiture, inclinez légèrement le dossier du siège vers l'arrière. La tête de votre enfant doit être maintenue vers le haut et légèrement vers l'arrière. Si sa tête tombe vers l'avant, il pourrait avoir de la difficulté à respirer. Assurez-vous que la ceinture de sécurité de votre enfant soit bien attachée pendant toute la durée du trajet de l'hôpital à la maison.
- › Pour la sécurité de l'enfant, un autre adulte que le conducteur doit prendre place près de l'enfant pour le surveiller pendant le trajet.

LE SOMMEIL DE L'ENFANT APRÈS LA SÉDATION

- › Une fois que vous avez quitté l'hôpital, vous devez vérifier l'état de votre enfant pendant les trois ou quatre premières heures de son sommeil. L'enfant devrait ouvrir les yeux si vous le dérangez. Toutefois, il arrive qu'il soit endormi et qu'il soit un peu difficile de le réveiller.
- › Assurez-vous que votre enfant respire normalement et que sa peau a la couleur habituelle.
- › Il est possible que le sommeil de votre enfant soit perturbé, parce qu'il a déjà dormi à l'hôpital. À la maison, il peut s'endormir facilement ou, au contraire, s'éveiller à plusieurs reprises.

— Annexe

CE QUE L'ENFANT PEUT FAIRE APRÈS UNE SÉDATION

- › Pendant les 24 premières heures, un adulte doit demeurer en compagnie de votre enfant en tout temps, particulièrement pendant les activités nécessitant plus d'attention, comme les travaux scolaires ou ce qui demande plus d'équilibre, comme la course et les jeux de ballon.
- › S'il s'agit d'un adolescent, ne le laissez pas conduire ou manœuvrer des appareils pendant au moins une journée complète.

CE QUE L'ENFANT PEUT MANGER OU BOIRE

- › N'offrez pas de nourriture à votre enfant avant d'être certain qu'il soit bien réveillé. Ne lui offrez pas de trop grandes quantités de nourriture, cela pourrait le faire vomir. Dès que votre enfant parvient à boire de l'eau sans vomir, commencez à lui offrir des liquides clairs, par exemple de l'eau sucrée, du jus de pomme, du soda au gingembre (Ginger Ale^{MC}), une sucette glacée (Popsicle^{MC}), de la gelée à saveur de fruit (Jell-O^{MC}), du bouillon ou du thé. Si ces liquides clairs sont bien tolérés, vous pouvez, par la suite, commencer à lui offrir les aliments qu'il consomme habituellement en augmentant graduellement les quantités.
- › S'il s'agit d'un bébé nourri au lait maternel, vous pouvez commencer à allaiter votre bébé dès son réveil.
- › S'il s'agit d'un bébé nourri aux préparations de lait maternisé (formules de lait), offrez-lui un ou deux biberons de liquide clair avant de passer au lait maternisé.

QUAND FAUT-IL APPELER LE MÉDECIN OU L'INFIRMIÈRE ?

- › Si votre enfant vomit à plus de deux reprises, appelez votre médecin de famille ou conduisez votre enfant au service d'urgence le plus proche.

QUAND FAUT-IL DEMANDER DE L'AIDE ?

- › Composez immédiatement le 911, si :
 - › votre enfant éprouve de la difficulté à respirer;
 - › la respiration de votre enfant est superficielle, lente et n'a pas le même rythme que d'habitude;
 - › la peau de votre enfant semble bleuâtre ou grisâtre;
 - › vous n'arrivez pas à réveiller votre enfant.

— Références

AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. « Parce que la vie continue... Aider les enfants et les adolescents à vivre la séparation et le divorce. Section 4. », Des réactions différentes, selon l'âge et le stade de développement. [En ligne : www.phac-aspc.gc.ca/publicat/mh-sm/divorce/toc-fra.php] (Consulté le 15 août 2013)

ALTON, L., ET COLLAB. (2007). Hudson, MA, Jones & Bartlett Learning, *First Aid, CPR, and AED*, 421 p.

AMERICAN COLLEGE OF EMERGENCY PHYSICIANS (2014). « Clinical policy: procedural sedation and analgesia in the emergency department », *Annals of Emergency Medicine*, vol. 63, n° 2, p. 247-258. [En ligne : [http://www.annemergmed.com/article/S0196-0644\(13\)01489-3/pdf](http://www.annemergmed.com/article/S0196-0644(13)01489-3/pdf)] (Consulté le 3 avril 2015)

AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS (2013). « Practice guidelines for management of the difficult airway. An updated report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Management of Difficult Airway », *Anesthesiology*, vol. 118, n° 2, février, p. 251-270. [En ligne : <http://anesthesiology.pubs.asahq.org/Article.aspx?articleid=1918684>] (Consulté le 3 avril 2015)

AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS. ASA House of Delegate (2004a, mis à jour le 15 octobre

2014). *Continuum of depth of sedation: definition of general anesthesia and levels of sedation/analgesia*, 2 p. [En ligne : <http://www.asahq.org/~media/sites/asahq/files/public/resources/standards-guidelines/continuum-of-depth-of-sedation-definition-of-general-anesthesia-and-levels-of-sedation-analgesia.pdf#search=%22Continuum%22>] (Consulté le 3 avril 2015)

AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS. ASA House of Delegates (2004b, amendé le 15 octobre 2014). Committee of Origin: Ambulatory Surgical Care. Statement on safe use of propofol, 2 p. [En ligne : <http://www.asahq.org/~media/sites/asahq/files/public/resources/standards-guidelines/statement-on-safe-use-of-propofol.pdf#search=%22propofol%22>] (Consulté le 3 avril 2015)

AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS. ASA Physical Status Classification System. [En ligne : <http://www.asahq.org/resources/clinical-information/asa-physical-status-classification-system>] (Consulté le 4 février 2015)

AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS. *Sedation and Analgesia by Non-Anesthesiologists*, Course online, [En ligne : <http://education.asahq.org/sedation2012>] (Consulté le 21 octobre 2014)

— Références

AMERICAN SOCIETY FOR GASTROINTESTINAL ENDOSCOPY

(2008). « Sedation and anesthesia in GI endoscopy », *Gastrointestinal Endoscopy*, vol. 68, n° 5, p. 815-826. [En ligne : http://www.asge.org/uploadedFiles/Publications_and_Products/Practice_Guidelines/Sedation%20and%20Anesthesia%20in%20GI%20Endoscopy%202008.pdf] (Consulté le 3 avril 2015)

L'ASSOCIATION CANADIENNE DE PROTECTION MÉDICALE

Publié initialement en décembre 2010. *Questions de prise en charge des voies aériennes en anesthésie pédiatrique*. [En ligne : <https://www.cmpa-acpm.ca/fr/-/airway-management-issues-in-pediatric-anesthesia>] (Consulté le 3 avril 2015)

L'ASSOCIATION CANADIENNE DE PROTECTION MÉDICALE

(Rév. en mai 2008). *Prise en charge des voies aériennes lors d'une anesthésie*. [En ligne : <https://www.cmpa-acpm.ca/fr/-/anesthesia-airway-management>] (Consulté le 3 avril 2015)

L'ASSOCIATION DES MÉDECINS

D'URGENCE DU QUÉBEC (AMUQ) (1999). *Lignes directrices du consensus canadien. Sédation et analgésie procédurales au département d'urgence*. Traduction française de *Procedural Sedation and Analgesia in the Emergency Department* de L'Association canadienne des médecins d'urgence, 16 p. [En ligne : <https://www.amuq.qc.ca/assets/memoires-et-positions/>

[Sedation et Analgesie au departement d'urgence.pdf?phpMyAdmin=i%2CheTT%2CBhLKb96mm75DwfLeUjab](#)] (Consulté le 3 avril 2015)

ASSOCIATION SPARADRAP

Distraire les enfants lors des soins, L'Association. [En ligne : <http://www.sparadrap.org/Professionnels/Nos-conseils-pratiques/Diminuer-la-peur-et-la-douleur/Distraire-les-enfants-lors-des-soins>] (Consulté le 3 avril 2015)

CHANQUES, G., ET COLLAB.

(2006). « Validation de l'échelle de vigilance-agitation de Richmond » traduite en langue française. *Annales françaises d'anesthésie et de réanimation*, n° 25, p. 696-701. © 2006 Elsevier SAS. Tous droits réservés (Résumé disponible en ligne). [En ligne : <http://www.em-consulte.com/article/52306/article/validation-de-l-echelle-de-vigilance-agitation-de->] (Consulté le 3 avril 2015)

CHU SAINTE-JUSTINE

document soumis par la Dre Margaret Jean Haig, anesthésiologue, *Le retour à la maison après la sédation*. Information à l'intention des parents. F-830 GRM 30004589 (Rév. en juin 2010). [En ligne : http://www.chusj.org/getmedia/a4eca2ae-102e-497a-9de7-1e7493c7cc44/depliant_F-830_retour-maison-apres-sedation_FR.pdf.aspx?ext=.pdf] (Consulté le 21 octobre 2014)

— Références

CHUNG, F., ET SEET, E. (2010). « Management of sleep apnea in adults – functional algorithms for the perioperative period: Continuing Professional Development », *Canadian Journal of Anesthesia/Journal canadien d'anesthésie*, vol. 57, n° 9, p. 849-864. [En ligne : <http://www.springerlink.com/content/16174013q6404537/fulltext.pdf>] (Consulté le 2 juillet 2011)

COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC (2011). Guide d'exercice : *Procédures et interventions en milieu extrahospitalier*, 44 p. [En ligne : <http://www.cmq.org/fr/MedecinsMembres/Profil/Commun/AProposOrdre/Publications/EnoncesGuidesLignes.aspx?page=2&sort=year>] (Consulté le 3 avril 2015)

COTÉ, C. J., ET WILSON, S. (2006). (Modifié en mars 2011), American Academy of Pediatrics. « Guidelines for monitoring and management of pediatric patients during and after sedation for diagnostic and therapeutic procedures: an update », *Pediatrics*, vol. 118, n° 6, p. 2587-2602. [En ligne : <http://pediatrics.aappublications.org/content/118/6/2587.full.pdf>] (Consulté le 3 avril 2015)

DIEMUNSCH, P., ET COLLAB. (2008). « Conférence d'experts. Prédiction et définition de la ventilation au masque difficile et de l'intubation difficile Question 1 », *Annales françaises d'anesthésie et de réanimation*, vol. 27, p. 3-14, p. 6. [En ligne : <http://sofia.medicalistes.org/spip/IMG/pdf/intub1.pdf>] (Consulté le 3 avril 2015)

ÉDITEUR OFFICIEL DU QUÉBEC (à jour le 1^{er} février 2014). *Code civil du Québec*. [En ligne : http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/CCQ_1991/CCQ1991.html] (Consulté le 3 avril 2015)

ÉDITEUR OFFICIEL DU QUÉBEC (2014). *Code de déontologie des infirmières et infirmiers*. [En ligne : http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=3&file=/I_8/I8R9.HTM] (Consulté le 3 avril 2015)

ÉDITEUR OFFICIEL DU QUÉBEC (2012). *Code de déontologie des inhalothérapeutes du Québec*. [En ligne : http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/documents/lr/C_26/C26R167.htm] (Consulté le 3 avril 2015)

ÉDITEUR OFFICIEL DU QUÉBEC (à jour le 1^{er} avril 2015). *Code de déontologie des médecins*. [En ligne : http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=3&file=/M_9/M9R17.HTM] (Consulté le 3 avril 2015)

ÉDITEUR OFFICIEL DU QUÉBEC (à jour le 1^{er} février 2014). *Code des professions du Québec*. [En ligne : http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/C_26/C26.htm] (Consulté le 3 avril 2015)

— Références

ÉDITEUR OFFICIEL DU QUÉBEC (à jour le 1^{er} février 2014). *Loi sur les services de santé et les services sociaux*. [En ligne : http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearvch/telecharge.php?type=2&file=/S_4_2/S4_2.html] (Consulté le 3 avril 2015)

HERR, K., ET COLLAB. (2011). « Pain assessment in the patient unable to self-report: position statement with clinical practice recommendations », *American Society for Pain Management Nursing*, vol. 12, n° 4, p. 230-250. [En ligne : <http://www.aspmn.org/documents/PainAssessmentinthePatientUnabletoSelfReport.pdf>] (Consulté le 3 avril 2015)

© HMR SERVICE DES BÉNÉVOLES (2012). *Conseils de sécurité après une sédation-analgésie – Renseignements destinés à l'usager et à son accompagnateur* CP-MED-095. [En ligne : http://biblio.hmr.qc.ca/ciup/Publications_pdf/C/conseils_med095.pdf] (Consulté le 21 octobre 2014).

INSTITUT UPSA DE LA DOULEUR. [En ligne : <http://www.institut-upsa-douleur.org/>] (Consulté le 3 avril 2015)

JMARCHN. Classes de Mallampati. Illustrations tirées et adaptées de Wikipédia. Libre de droits (sous conditions). [En ligne : <http://fr.wikipedia.org/wiki/Fichier:Mallampati.svg>] (Consulté le 3 avril 2015)

LINGAPPAN, ARUL M. (2014). « Sedation », *Medscape*. [En ligne : <http://emedicine.medscape.com/article/809993-overview>] (Consulté le 13 avril 2015)

MERCHANT, R., ET COLLAB. (2014a). « Guide d'exercice de l'anesthésie » (Rév. en 2014), *Canadian Journal of Anesthesia/Journal canadien d'anesthésie*, vol. 61, p. 46-71. [En ligne : http://www.cas.ca/Francais/Page/Files/218_Guide-d-exercice_2014.pdf] (Consulté le 3 avril 2015)

MERCHANT, R., ET COLLAB. (2014b). « Annexe 6. Exposé de principe sur la sédation consciente : Exposé de principe officiel de la Société canadienne des anesthésiologistes », Guide d'exercice de l'anesthésie (Rév. en 2014), *Canadian Journal of Anesthesia/Journal canadien d'anesthésie*, vol. 61, p. 46-71. [En ligne : http://www.cas.ca/Francais/Page/Files/218_Annexe%206.pdf] (Consulté le 3 avril 2015)

ORDRE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU QUÉBEC (2005). « Les obligations déontologiques de l'infirmière et le consentement aux soins », *Le Journal*, vol. 2, n° 3. [En ligne : <https://www.oiiq.org/pratique-infirmiere/deontologie/chroniques/les-obligations-deontologiques-de-linfirmiere-et-le-conse>] (Consulté le 3 avril 2015)

ORDRE PROFESSIONNEL DES INHALOTHÉRAPEUTES DU QUÉBEC (2009). *La sédation-analgésie, guide pratique clinique à l'intention des inhalothérapeutes*, 43 p. (Consulté le 3 avril 2015)

— Références

ORDRE PROFESSIONNEL DES INHALOTHÉRAPEUTES DU QUÉBEC (2003). *Les notes au dossier dans le secteur de l'assistance anesthésique et de la sédation analgésie - Guide de pratique*, 23 p. [En ligne : http://www.opiq.qc.ca/wp-content/uploads/2014/01/OPIQ_Guide_TenueDossierAnesthesie_VF.pdf] (Consulté le 3 avril 2015)

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. *Nourrisson, nouveau-né*. [En ligne : http://www.who.int/topics/infant_new-born/fr/] (Consulté le 3 avril 2015)

PÉDIADOL. *La douleur de l'enfant*. [En ligne : <http://pediadol.org/>] (Consulté le 3 avril 2015)

SAUNDER, P., ET COLLAB. (2008). « Conférence de consensus commune en réanimation. Sédation-analgésie en réanimation (nouveau-né exclu) », *Annales françaises d'anesthésie et de réanimation*, vol. 27, n^{os} 7-8, p. 541-555. [En ligne : http://www.srlf.org/Data/upload/Files/2007_conference_de_consensus_sedation_et_analgésie_en_reanimation_nouveau_ne_exclu.pdf] (Consulté le 3 avril 2015)

WALLS, R.M., ET MURPHY, M.F. (2012). Lippincott Williams & Wilkins. *Manuel of Emergency Airway Management*, 447 p. [En ligne : [http://books.google.ca/books?id=kh52Gg6tWygC&printsec=front-cover&dq=Manual+of+Emergency+Airway+Management&hl=fr&sa=X&ei=qyM-VUpzHMI3a8wS_qoGYAw&ved=OC-](http://books.google.ca/books?id=kh52Gg6tWygC&printsec=front-cover&dq=Manual+of+Emergency+Airway+Management&hl=fr&sa=X&ei=qyM-VUpzHMI3a8wS_qoGYAw&ved=OC-DIQ6AEwAA#v=onepage&q=Manual%20of%20Emergency%20Airway%20Management&f=false)

[DIQ6AEwAA#v=onepage&q=Manual%20of%20Emergency%20Airway%20Management&f=false](http://books.google.ca/books?id=kh52Gg6tWygC&printsec=front-cover&dq=Manual+of+Emergency+Airway+Management&hl=fr&sa=X&ei=qyM-VUpzHMI3a8wS_qoGYAw&ved=OC-DIQ6AEwAA#v=onepage&q=Manual%20of%20Emergency%20Airway%20Management&f=false)] (Consulté le 3 avril 2015)