

# Modification du décret relatif à la surveillance en SSPI. Le 29 octobre 2018

Vous n'avez peut-être pas vu passé le nouveau Décret n° 2018-934 du 29 octobre 2018 relatif à la surveillance post-interventionnelle et à la visite pré-anesthésique <sup>1</sup>, (et un rectificatif du 10 novembre 2018 <sup>2</sup>) qui vient d'être publié. La SFAR nous propose une explication qui clarifie les termes du décret.

## Pourquoi le by-pass ou le court-circuit de la SSPI ?

**Art. D. 6124-98-1.**-Lorsque l'état de santé du patient le permet, la surveillance post-interventionnelle prévue à l'article D. 6124-97 peut être réalisée en chambre ou dans l'espace spécifique adapté prévu à l'article D. 6124-302, sous réserve que les conditions suivantes soient cumulativement réunies :

« 1° Les patients bénéficient d'une surveillance réalisée par un infirmier ou une infirmière dont les qualifications sont adaptées à ce type de surveillance ;

« 2° L'intervention a été réalisée sans incident peropératoire sous anesthésie topique seule ou sous anesthésie locorégionale périphérique sans anesthésie ni sédation intraveineuses associées ;

« 3° La décision de transfert direct du patient de la salle d'intervention vers la chambre ou l'espace spécifique adaptés mentionnés au premier alinéa, est prise par le médecin anesthésiste réanimateur ayant réalisé l'anesthésie de l'intervention, en accord avec le médecin ayant pratiqué l'intervention, conformément à une procédure écrite sous la responsabilité d'un médecin anesthésiste-réanimateur ;

« 4° Dans les chambres où les espaces spécifiques adaptés mentionnés au premier alinéa, les moyens nécessaires à la prise en charge immédiate d'une complication qui succède à l'anesthésie ou à l'acte ayant nécessité l'anesthésie, sont disponibles et utilisables sans délai, le cas échéant par la mise à disposition d'un chariot d'urgence accessible en permanence.

« 5° Un médecin anesthésiste-réanimateur peut être joint sans délai et selon une procédure écrite sous la responsabilité d'un médecin anesthésiste-réanimateur, pour intervenir auprès du patient. »

La possibilité de court-circuiter la SSPI était une recommandation ANAP-HAS 2013 <sup>3</sup>. La question qui se pose est celle de patients ayant eu une intervention chirurgicale sous anesthésie locorégionale périphérique, et **qui remplissent, dès la fin de l'intervention, les critères de sortie de SSPI**. Pour lever toute ambiguïté, il faut rappeler que cette situation ne concerne que les actes d'anesthésie réalisés par des anesthésistes-réanimateurs. Les anesthésies locales faites par les chirurgiens ne sont pas concernées par cette réglementation.

D'un point de vue pratique, il est proposé que le médecin anesthésiste-réanimateur puisse prendre une décision de **sortie directe du bloc opératoire** vers la salle d'hospitalisation ambulatoire ou d'hospitalisation classique, **si toutes les conditions suivantes sont remplies** :

- Patient de classe ASA 1, 2 ou 3 équilibré ;
- Chirurgie sans risque vital ou fonctionnel postopératoire. L'idéal est de le préciser dans une charte de fonctionnement avec les chirurgiens ;

- Utilisation d'une anesthésie locorégionale, périphérique, sans complication per-anesthésique, ni sédation intraveineuse peropératoire ;
- Respect d'un délai depuis l'injection d'anesthésique local supérieur à 45 min pour un bloc plexique du membre supérieur, à 60 min pour un bloc plexique du membre inférieur, ceci pour être certain d'avoir dépassé le pic de résorption de l'anesthésique local utilisé et d'avoir écarté le risque de toxicité ;
- Critères de sortie de SSPI remplis ;
- Notation de ces critères dans le dossier médical (feuille d'anesthésie) ;
- Décision de sortie directe portée dans ce dossier, avec le nom et la signature du médecin.
- **Dans tous les cas ce n'est pas une obligation, le médecin anesthésiste-réanimateur peut ne pas l'autoriser et demander un passage en SSPI.**

Les patients bénéficient d'une surveillance identique à celle qu'ils auraient eue après un passage en SSPI. Idéalement, pour l'ambulatoire, cela se passe dans un espace dédié, de type salle de repos, avec des fauteuils, et une présence paramédicale.

### **Visite pré-anesthésique**

***Au sixième alinéa de l'article D.6124-92, les mots : « dans les heures précédant le moment prévu pour l'intervention » sont remplacés par les mots « dans les vingt-quatre heures précédant l'acte nécessitant une anesthésie. Cette visite a notamment pour but de vérifier l'absence d'éléments médicaux nouveaux depuis la consultation pré-anesthésique »***

Le Décret sécurité anesthésique de 1994 avait institué une visite pré-anesthésique quelques heures avant l'acte anesthésique. Le Comité Vie Professionnelle l'avait explicité comme devant avoir lieu au moins 2h avant l'intervention ; De fait il existait une incompatibilité avec la prise en charge ambulatoire et l'arrivée des patients le jour de l'intervention (J0). C'est pourquoi il a été demandé une modification de l'intitulé, qui stipule que la visite doit avoir lieu dans les 24h qui précède l'anesthésie ; c'est à dire la veille ou le matin avant l'acte anesthésique en fonction du mode de prise en charge.

D'un point de vue pratique, il est proposé que le personnel infirmier d'accueil des patients à l'unité ambulatoire ou à J0, utilise une check-list. Le modèle de check-list peut être le suivant :

	oui	non
Non respect du jeûne pré opératoire – liquides clairs 2h : allaitement 4h / solides 6h		
Gestion du traitement – arrêt / modification / introduction		
Nouvel événement médical depuis la consultation pré anesthésique		
Absence d'accompagnant		
Absence de deux accompagnants si retour en voiture (enfant < 10 ans)		
Absence d'autorisation de soin (enfant < 18 ans)		
Découverte récente d'une allergie		
Fièvre > 38°5 dans les 5 derniers jours		
Toux productive dans les 5 derniers jours		
...		
Souhaite rencontrer ou poser une question au MAR		

S'il existe un ou plusieurs **oui**, prévenir l'**anesthésiste** au numéro de téléphone ...

Au bloc opératoire le médecin anesthésiste-réanimateur s'assure par discussion avec le patient qu'il n'y a pas d'éléments médicaux nouveaux depuis la consultation pré-anesthésique et le trace dans le dossier médical du patient dans le cadre de la visite pré-anesthésique.

#### Références

1. Décret n° 2018-934 du 29 octobre 2018 relatif à la surveillance post-interventionnelle et à la visite pré-anesthésique. *Journal Officiel du 31 octobre 2018*
2. Décret n° 2018-934 du 29 octobre 2018 relatif à la surveillance post-interventionnelle et à la visite pré-anesthésique (rectificatif). *Journal Officiel du 10 novembre 2018*
3. ANAP, HAS. Ensemble pour le développement de la chirurgie ambulatoire. Recommandations organisationnelles; 2013, <http://www.anap.fr>.

Pour la SFAR  
Pr Claude Ecoffey  
Ancien Président de la SFAR