



**HAL**  
open science

## Pourquoi le bypass ou le court-circuit de la SSPI ?

C Ecoffey

► **To cite this version:**

C Ecoffey. Pourquoi le bypass ou le court-circuit de la SSPI ?. Praticien en Anesthésie Réanimation, 2022, 26 (3), pp.125-126. 10.1016/j.pratan.2022.04.007 . hal-03719362

**HAL Id: hal-03719362**

**<https://hal.science/hal-03719362>**

Submitted on 21 Jul 2022

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

1 **Éditorial : Pourquoi le *bypass* ou le court-circuit de la SSPI ?**  
2 **Why bypassing the post-anesthesia recovery room ?**  
3

4  
5 Claude Ecoffey

6  
7 Hôpital Pontchaillou, Université de Rennes 1  
8

9  
10 Déclaration d'intérêt : L'auteur déclare n'avoir aucun conflit d'intérêt.  
11

12  
13 Auteur correspondant : Prof. Claude Ecoffey

14 Département d'Anesthésie-Réanimation et Médecine Péri-Opératoire

15 Hôpital Pontchaillou, Université de Rennes 1, 35033 Rennes Cedex 9

16 E.mail : [claud.ecoffey@chu-rennes.fr](mailto:claud.ecoffey@chu-rennes.fr)  
17  
18

19 Depuis le décret sécurité anesthésique de 1994, le passage en salle de surveillance  
20 post-interventionnelle (SSPI) est obligatoire et, de fait, constitue une obligation  
21 réglementaire en France [1] qui a amélioré de manière très significative la sécurité des  
22 patients au décours d'une anesthésie [2]. La littérature a montré qu'il était possible sous  
23 certaines conditions de supprimer ce passage en SSPI, permettant d'améliorer le circuit  
24 patient sans obérer la qualité des soins [3-6]. Les recommandations ANAP-HAS de 2013  
25 l'avaient également proposé [7], et l'enquête OPERA de la SFAR portant sur l'organisation de  
26 la chirurgie ambulatoire en France, avait montré que 75% des anesthésistes-réanimateurs  
27 ayant répondu au questionnaire, mettraient en œuvre un court-circuit de la SSPI pour  
28 certains patients, si la législation changeait [8].  
29

30 L'évolution récente du décret de 1994 a permis « d'officialiser » ce concept de *bypass*  
31 ou de court-circuit de la SSPI pour l'anesthésie locorégionale [9, 10]. La suppression d'une  
32 étape du parcours anesthésique du patient, celle du passage en SSPI est par contre  
33 différente d'un circuit court qui n'implique pas de suppression d'une étape du parcours  
34 anesthésique. Pour lever toute ambiguïté, il faut rappeler que cette disposition ne concerne  
35 que les actes d'anesthésie, réalisés par des anesthésistes-réanimateurs. Les anesthésies  
36 locales faites par les chirurgiens n'entrent pas dans le champ d'application des modifications  
37 réglementaires récentes.  
38

39 Le texte sécurité anesthésique de 1994 indique que la « *surveillance commence*  
40 *en salle d'opération, dès la fin de l'intervention et de l'anesthésie [...], ne s'interrompt pas*  
41 *pendant le transfert du patient [, et ...] se poursuit jusqu'au retour et au maintien de*  
42 *l'autonomie respiratoire du patient, de son équilibre circulatoire et de sa récupération*  
43 *neurologique*. Il est clair que, publié en 1994, le décret porte dans sa rédaction la trace  
44 de toutes les préoccupations relatives aux complications de l'anesthésie générale, des  
45 anesthésies péri-médullaires ou des interventions à risque, à une époque où les blocs  
46 périphériques (1% des actes d'anesthésie) et la chirurgie ambulatoire (5% de l'activité  
47 chirurgicale) n'avaient pas connu l'essor qui est désormais le leur. A titre d'exemple, lors  
48 de la réalisation d'un bloc nerveux périphérique pour la cure chirurgicale d'un canal  
49 carpien en ambulatoire, il est évident que les conditions requises par le décret,  
50 d'autonomie respiratoire et d'équilibre circulatoire, sont remplies à tout moment,  
51 puisque, sauf complication rapidement détectable, elles n'ont jamais été mises en péril.  
52 Il en est de même de l'autonomie neurologique centrale (conscience, etc.), tandis que  
53  
54  
55  
56  
57  
58  
59  
60  
61  
62  
63  
64  
65

1 l'autonomie neurologique périphérique (la récupération du bloc nerveux), si elle  
2 demande une attention particulière, ne justifie pas le maintien en SSPI. Il apparaît donc  
3 tout à fait possible de court-circuiter le passage en SSPI de certains opérés. Les  
4 interventions chirurgicales pratiquées en ophtalmologie et les interventions  
5 périphériques effectuées en orthopédie sous anesthésie locorégionale sont ainsi éligibles  
6 à cette procédure [11] répondant ainsi aux attentes des anesthésistes interrogés dans  
7 l'enquête OPERA qui pour 38% souhaitaient proposer ce modus operandi en  
8 ophtalmologie et pour 73% en orthopédie périphérique sous anesthésie locorégionale  
9 [8].

10  
11 D'un point de vue technique le décret d'octobre 2018 a proposé que l'anesthésiste-  
12 réanimateur puisse prendre une décision de sortie directe du bloc opératoire vers l'unité  
13 ambulatoire pour les patients ayant eu une chirurgie sans risque postopératoire immédiat,  
14 vital ou fonctionnel (accord chirurgical), sous anesthésie locorégionale, périphérique, sans  
15 complication per-anesthésique, sans sédation intraveineuse associée autre qu'une  
16 prémédication éventuelle. Sur un plan anesthésique il faut respecter un délai depuis  
17 l'injection de l'anesthésique local supérieur à 45 min pour un bloc plexique du membre  
18 supérieur, à 60 min pour un bloc plexique du membre inférieur, ceci pour être certain  
19 d'avoir dépassé le pic de résorption de l'anesthésique local utilisé. Les critères de sortie de  
20 SSPI doivent bien sûr être remplis et notés dans le dossier médical avec le nom et la  
21 signature du médecin. Les patients bénéficient dans l'unité ambulatoire d'une surveillance  
22 identique à celle qu'ils auraient eue après un passage en SSPI ; un anesthésiste-réanimateur  
23 doit être joignable pour l'unité ambulatoire. Dans aucun cas il ne s'agit d'une obligation,  
24 l'anesthésiste-réanimateur pouvant rétablir un passage en SSPI s'il pense que l'état du  
25 patient le justifie.

26  
27 Cette disposition de court-circuit améliore également la sécurité des patients en SSPI.  
28 En effet Le *by-pass* réduit l'activité et le « turn-over » des patients admis en SSPI. De ce fait,  
29 tout acte inutile étant dangereux et coûteux, il apparaît illogique de multiplier les actes de  
30 brancardage, les transmissions et les périodes de surveillance inutile dans une zone à haute  
31 densité de soins dont les ressources doivent être employées à des besoins cliniques réels  
32 [11]. En effet, il faut privilégier la place du personnel de SSPI auprès des patients « lourds »  
33 afin d'améliorer leur sécurité et supprimer les séjours des patients « légers » afin  
34 d'améliorer leur confort (ambiance souvent bruyante des SSPI, vision de l'extubation du  
35 voisin...). De plus la durée de séjour en unité ambulatoire plus courte constitue un avantage  
36 supplémentaire. En effet la sortie au domicile (« aptitude à la rue ») est plus rapide dans ces  
37 cas, gain chiffré à plus d'une heure dans une étude américaine [12].

### 38 **Bibliographie**

- 39 1. Décret n° 94-1050 du 5 décembre 1994 relatif aux conditions techniques de fonctionnement  
40 des établissements de santé en ce qui concerne la pratique de l'anesthésie et modifiant le  
41 code de la santé publique. Journal Officiel du 08 décembre 1994.
- 42 2. Lienhart A, Auroy Y, Péquignot F, Benhamou D, Warszawski J, Bovet M, Jouglu E. Survey of  
43 anesthesia-related mortality in France. *Anesthesiology* 2006;105:1087-97.
- 44 3. White P.F., Song D. New criteria for fast-tracking after outpatient anesthesia: a comparison  
45 with modified Aldrete scoring system. *Anesth. Analg* 1999;88:1069-72.
- 46 4. Song D, Chung F. Fast-tracking in ambulatory anesthesia, *Can J Anesth* 2001;48:622-5.

- 1 5. Williams BA, Kentor ML, Williams JP, Vogt MT, DaPos SV, Harner CD. PACU bypass after  
2 outpatient knee surgery is associated with fewer unplanned hospital admissions but more  
3 phase II nursing interventions. *Anesthesiology* 2002;9:981-8.
- 4 6. Bloc S, Mercadal L, Cuny P, Renault F, Dessieux T, Garnier T et al. Fast-tracking en  
5 anesthésie locorégionale périphérique : étude préliminaire de faisabilité. *Ann Fr Anesth*  
6 *Réanim* 2010;29:716-9.
- 7 7. ANAP, HAS. Ensemble pour le développement de la chirurgie ambulatoire.  
8 Recommandations organisationnelles ; 2013, <http://www.anap.fr>.
- 9 8. Beaussier M, Albaladejo P, Sciard D, Jouffroy L, Benhamou D, Ecoffey C et al ; SFAR  
10 committee of ambulatory anaesthesia. Operation and organisation of ambulatory surgery in  
11 France. Results of a nationwide survey; The OPERA study. *Anaesth Crit Care Pain Med*  
12 2017;36:353-7.
- 13 9. Décret n° 2018-934 du 29 octobre 2018 relatif à la surveillance post-interventionnelle et à la  
14 visite pré-anesthésique. *Journal Officiel* du 31 octobre 2018.
- 15 10. Décret n° 2018-934 du 29 octobre 2018 relatif à la surveillance post-interventionnelle et à la  
16 visite pré-anesthésique (rectificatif). *Journal Officiel* du 10 novembre 2018.
- 17 11. Tessler MJ, Mitmaker L, Wahba RM, Covert CR. Patient flow in the Post Anesthesia Care Unit:  
18 an observational study. *Can J Anaesth* 1999;46:348-51.
- 19 12. Twersky RS, Sapozhnikova S, Toure B. Risk factors associated with fast-track ineligibility after  
20 monitored anesthesia care in ambulatory surgery patients. *Anesth Analg* 2008;106:1421-6.
- 21
- 22
- 23
- 24
- 25
- 26
- 27
- 28
- 29
- 30
- 31
- 32
- 33
- 34
- 35
- 36
- 37
- 38
- 39
- 40
- 41
- 42
- 43
- 44
- 45
- 46
- 47
- 48
- 49
- 50
- 51
- 52
- 53
- 54
- 55
- 56
- 57
- 58
- 59
- 60
- 61
- 62
- 63
- 64
- 65