



RECOMMANDATIONS CONCERNANT LA SURVEILLANCE ET LES SOINS POSTANESTHÉSIIQUES

2ème édition - Septembre 1990 - 1994

Membres du groupe de travail ad hoc

Pr. J.C. Otteni (Strasbourg) Directeur du groupe

Dr. B. du Grès (Lyon), Président de la SFAR

Dr. A. Benichou (Angoulême)

Pr. H. Bricard (Caen)

Dr. J.P. Caramella (Vittel)

Pr. F. Clergue (Paris)

Pr. J.M. Desmots (Paris)

Pr. R. Dorne (Lyon)

Pr. P. Feiss (Limoges)

Dr. R. Hascoet (Le Mans)

Dr. J.M. Mascaro (Gières)

Dr. C. Rouet (Olivet)

Pr. P. Stieglitz (Grenoble)

Pendant les premières heures suivant un acte thérapeutique et/ ou diagnostique effectué sous anesthésie générale, locorégionale ou sédation, le patient est exposé au risque de complications liées aux effets résiduels des médicaments administrés et aux conséquences de l'acte pratiqué. La Société Française d'Anesthésie et de Réanimation (SFAR) recommande de ce fait une surveillance et des soins fondés sur les dispositions de base détaillées ci-après. Le cas échéant il convient d'y ajouter des éléments complémentaires en fonction de l'état du patient et du type d'acte et d'anesthésie effectués.

Ces recommandations ont pour but de contribuer à une qualité de soins optimale. Elles ont été établies dans le respect de la réglementation française et tiennent compte des normes formulées par des sociétés d'anesthésie d'autres pays. Elles seront soumises à une révision périodique.

1 - ADMISSION DES PATIENTS EN SALLE DE REVEIL

1.1. A l'issue d'une anesthésie générale, locorégionale et/ou d'une sédation,

susceptibles d'avoir des répercussions respiratoires, circulatoires, neuropsychiques, tout patient est soumis à une surveillance spécifique par un personnel compétent dans une salle de réveil adaptée à cet usage. Il y séjourne jusqu'à la récupération de fonctions vitales stables.

1.2. Pour des raisons d'ordre médical,

certain patients sont immédiatement ou secondairement transférés dans une unité de réanimation. Ils doivent pouvoir y bénéficier d'une surveillance et de soins adaptés à l'état d'un sujet en phase de réveil, tels qu'ils sont précisés dans ce document.

1.3. Pendant son transfert

de la salle d'intervention vers la salle de réveil ou l'unité de réanimation, le patient est accompagné du médecin qui a pratiqué l'anesthésie ou d'un(e) infirmier(e) spécialisé(e) en anesthésie. En cours de transport, une surveillance constante et des soins appropriés sont assurés. Un dispositif d'oxygénothérapie mobile, un oxymètre de pouls et un moniteur ECG doivent être disponibles si l'état du patient, le type d'acte effectué et/ou la longueur du trajet l'imposent. Quand un transport par ambulance s'avère nécessaire, celle-ci doit être médicalisée.

2 - SURVEILLANCE DES PATIENTS EN SALLE DE REVEIL

2.1. A l'arrivée en salle de réveil,

une transmission verbale et écrite est effectuée entre la personne accompagnante, l'infirmier(e) d'accueil et/ou le médecin anesthésiste responsable de la salle de réveil. Elle porte sur l'anesthésie et l'acte effectués ainsi que sur la surveillance et les soins particuliers à assurer. La personne accompagnante reste avec le patient jusqu'au moment où celui-ci est pris en charge.

2.2. En salle de réveil,

le patient est soumis à une surveillance constante et adaptée à son état. Elle concerne en particulier l'oxygénation et la ventilation, la circulation, l'état de conscience, la température, les effets résiduels de l'anesthésie générale, de l'anesthésie locorégionale ou de la sédation. La fréquence respiratoire, l'amplitude et la symétrie des mouvements thoraciques, la fréquence cardiaque et la pression artérielle ainsi que l'état neurologique sont surveillés et notés régulièrement. La surveillance est renforcée lors du sevrage du ventilateur et dans les suites de l'extubation trachéale.

2.3. La surveillance porte aussi

sur les accès vasculaires, la zone opératoire (pansements, drains, installation particulière), les pertes sanguines et la diurèse, le ventilateur et les autres appareils utilisés.

2.4. La surveillance clinique de base

est complétée par un monitoring instrumental, en particulier un moniteur ECG et un oxymètre de pouls si l'état du patient le requiert.

2.5. La durée du séjour en salle de réveil

dépend de l'état du patient, de l'anesthésie, de l'intervention et de ses suites. La sortie est décidée par un médecin anesthésiste quand le patient a récupéré ses réflexes de protection, un niveau de coopération proche de celui qu'il avait avant l'acte et quand la survenue à brève échéance de complications respiratoires et circulatoires est devenue improbable. La sortie de salle et le retour à domicile des patients ambulatoires obéissent à des critères particuliers.

2.6. Les principales informations,

en particulier l'heure d'entrée et de sortie de la salle de réveil, l'état du patient et son évolution, le nom de l'infirmier(e) ayant assuré la surveillance et celui du médecin qui a décidé de la sortie ainsi que les prescriptions, sont inscrites sur une feuille de réveil ou sur la feuille d'anesthésie. Ces documents doivent être conservés.

3 - LE PERSONNEL DE LA SALLE DE RÉVEIL

3.1. En salle de réveil le patient est surveillé

par un personnel infirmier qualifié, sous la direction d'un médecin anesthésiste-réanimateur. Celui-ci est soit spécialement chargé de la salle de réveil, soit présent au bloc opératoire ou dans l'établissement et en mesure d'intervenir rapidement.

3.2. Le personnel infirmier

est entraîné à reconnaître l'atteinte d'une fonction vitale et de pallier sa défaillance en attendant l'arrivée du médecin. En salle de réveil la présence d'au moins un(e) infirmier(e) spécialisé(e) en anesthésie-réanimation est recommandée. La présence d'au moins un(e) infirmier(e) pour trois patients est requise pour assurer la surveillance adéquate de trois patients simultanément. En tout état de cause le nombre de personnes effectivement présentes en salle de réveil ne doit jamais être inférieur à deux.

3.3. Un médecin anesthésiste-réanimateur

dirige la surveillance, prescrit le traitement, en particulier l'analgésie postopératoire, assure la liaison avec le(s) chirurgien(s) ou spécialiste(s), et décide du moment de sortie des patients. Hormis les cas d'urgence, une prescription médicamenteuse, faite pendant le séjour du patient en salle de réveil par un autre médecin, n'est exécutée qu'après accord du médecin anesthésiste-réanimateur responsable.

4 - LA SALLE DE RÉVEIL

4.1. La salle de réveil est située,

dans la mesure du possible, à proximité du bloc opératoire pour limiter la durée de transport du patient et permettre l'intervention rapide d'un médecin anesthésiste. Elle dispose d'un moyen de communication rapide avec le bloc opératoire (interphone par exemple) et le(s) médecin(s) anesthésiste(s). Elle est correctement ventilée et facile à désinfecter.

4.2. La salle de réveil est en mesure

d'accueillir l'ensemble des patients relevant d'une surveillance postanesthésique. Elle dispose d'au moins 1,5 lits ou emplacements de lit par site anesthésique. Un nombre plus grand est requis dans les établissements où sont pratiqués de façon régulière beaucoup d'actes courts en succession rapide. Les horaires de fonctionnement sont adaptés au type d'activité de l'établissement. Dans ceux admettant jour et nuit des urgences, une structure et son personnel sont en mesure d'accueillir de façon permanente des patients en phase de réveil. Une surface de 10 à 12 m² par emplacement est recommandée. La possibilité

d'isolement des cas septiques doit exister.

4.3. La salle de réveil dispose de l'équipement

nécessaire à la surveillance de l'opéré ainsi qu'au rétablissement et au maintien des fonctions vitales. En cas d'utilisation de chariots au lieu de lits, ceux-ci doivent offrir les conditions de sécurité et de confort indispensables. Tout patient doit pouvoir bénéficier d'une surveillance par moniteur ECG et oxymètre de pouls si son état le requiert. Le matériel nécessaire au traitement de l'arrêt circulatoire (défibrillateur), à la ventilation manuelle et instrumentale (ventilateur), est disponible. Tout ventilateur doit comporter une alarme de surpression, de débranchement et d'arrêt de fonctionnement. La salle de réveil dispose de moyens nécessaires au diagnostic et au traitement de l'hypothermie. Ce matériel de base est complété en fonction du type de patients et d'actes effectués. Le matériel d'usage occasionnel (moniteur de curarisation par exemple) peut être commun à la salle de réveil et au bloc opératoire si celui-ci lui est contigu.

4.4. Chaque emplacement de lit

doit être équipé d'un nombre suffisant de prises électriques, de prises d'oxygène, d'air médical et de vide

4.5. Dans les établissements qui ne disposent pas de salle de réveil

conforme à ces recommandations, la SFAR conseille au médecin responsable de l'unité d'anesthésie-réanimation de réaliser, avec le service administratif concerné, un plan permettant leur mise à disposition ou en conformité à terme, au plus tard le 01.01.1993.

Bibliographie

France

Circulaire n° 394 du 30 avril 1974 relative à la sécurité des malades anesthésiés. Ministère de la Santé publique et de la Sécurité Sociale

Circulaire n° 340 DGS/POS 3 A du 23 mars 1982 relative à la sécurité des malades Anesthésiés
Ministère de la Santé

Circulaire n° 43] /4B DGS/3A du 27 juin 1985 relative à la sécurité des malades anesthésiés dans les établissements sanitaires hospitaliers publics et privés. Ministère des Affaires Sociales et de la Solidarité Nationale. Direction Générale de la Santé

Recommandations de la SFAR concernant la surveillance des patients en cours d'anesthésie - juin 1989 (disponibles au siège de la SFAR - 74, rue Raynouard 75016 - Paris)

Allemagne

Grundsätze für Organisation und Einrichtung von Aufwacheinheiten in Krankenhäusern.

Arzt und Krankenhaus 55: 443-444. 1982

Qualitätssicherung in der Anästhesiologie. Richtlinien der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin und des Berufsverbandes Deutscher Anästhesisten

Belgique

Belgian standards for patient safety in anaesthesiology, Acta Anaesthesiologica Belgica 40: 231-238, 1989

Grande-Bretagne

Post-anaesthetic recovery facilities - October 1985. The Association of Anaesthetists of Great Britain and Ireland Ed., 9 Bedford Square, London WC1B 3RA

Recommendations for standards of monitoring during anaesthesia and recovery. July 1988. The Association of Anaesthetists of Great Britain and Ireland Ed., 9 Bedford Square, London WC1B 3RA

Etats-Unis d'Amérique

Standards for postanesthesia care. American Society of Anesthesiologists 21.10.1988. ASA Newsletter December 1988, page 7.



Retour à la page d'accueil de la *SFAR*