

ORGANISATION ET GESTION DE LA SSPI

A. Bergaud-Barboteu, CSIA, Département d'Anesthésie-Réanimation Chirurgicale, Hôpital de Bicêtre, 78, rue du Général Leclerc - 94275 Le Kremlin Bicêtre Cedex.

INTRODUCTION

Comme les salles d'induction, l'implantation de la première salle de réveil daterait de 1873 au Massachusetts General Hospital [1]. Elle servait à attendre «l'agitation» du réveil. Cependant, il faudra attendre la deuxième guerre mondiale pour retrouver des structures équivalentes à nos salles de réveil.

En France, l'existence et la mise à niveau des Salles de Surveillance Post Interventionnelle (SSPI) sont effectives depuis décembre 1997 [2]. Cependant, même si nous sommes tous relativement conformes, nous devons franchir le seuil de l'impératif pour envisager la rentabilisation de cette structure dans une perspective d'accréditation et d'évaluation.

Dans ce cadre, l'organisation et la gestion d'une SSPI est complexe, car nous ne maîtrisons pas tous les critères d'activité. Toutefois, si chaque SSPI est différente par sa structure, son ampleur, son activité, il existe des caractères communs conducteurs de son exploitation.

1. LES IMPERATIFS

L'organisation générale d'une SSPI dépend de ces aspects légaux [2], et des possibilités architecturales et géographiques.

L'architecture des locaux d'une salle SSPI doit obéir à quelques principes simples :

- de surface,
- d'agencement,
- d'hygiène.

1.1. LES SURFACES

Le nombre de postes s'estime à raison d'un facteur de 1,5 par rapport au nombre des sites d'interventions. Ce rapport est établi à 3 pour 1 pour des sites de chirurgie ambulatoire ou pour des journées avec interventions de courtes durées (amygdales, végétation, RTUP, etc...). Le temps imparti au réveil étant plus long bien souvent que le temps d'intervention.

La surface pour chaque poste s'établit aux environs de 12 à 15 m² au sol à laquelle s'ajoute les surfaces de circulation des lits. Cette variabilité dépend de l'option du support de couchage (lit, brancard, berceaux pour enfant), l'idéal pour les patients étant le lit. Quelques postes doivent être estimés à environ 20 m² à 25 m² ils sont réservés aux patients demandant une logistique médicale plus importante.

Les surfaces dévolues aux réserves de matériel, salle de repos du personnel, bureaux, vestiaires, unités de nettoyage sont fonction de l'importance de la SSPI. Toutefois, au prix du mètre carré hospitalier, notre réflexion doit tendre à minimiser les surfaces. Certains locaux, vestiaires, réserves de matériels, bureaux, salles de repos, peuvent être commun soit au bloc opératoire, soit à une réanimation chirurgicale adjacente (Figure 1).

1.2. AMENAGEMENT D'UNE SSPI

Selon l'importance de la SSPI, notre choix s'orientera vers des dispositions différentes. La surveillance continue des patients régira l'aménagement géographique de la SSPI. En effet, il est nécessaire que le personnel soignant ait la possibilité d'avoir tous les lits dans son champ de vision. C'est pourquoi nous privilégierons une disposition en demi cercle ou avec un poste central (Figure 1). La SFAR recommande des salles de réveil avec un maximum de 10 postes. Cependant, si la demande de capacité d'accueil est supérieur à 12 postes, la séparation en deux zones communicantes paraît intéressante (Figure 2). Ce qui permet la fermeture d'une partie notamment la nuit et pour le nettoyage. Pour un réveil paisible, il est important de prévoir une insonorisation et des éclairages modulables. L'intensité est réglable et certains postes sont équipés de spots types Scialytique.

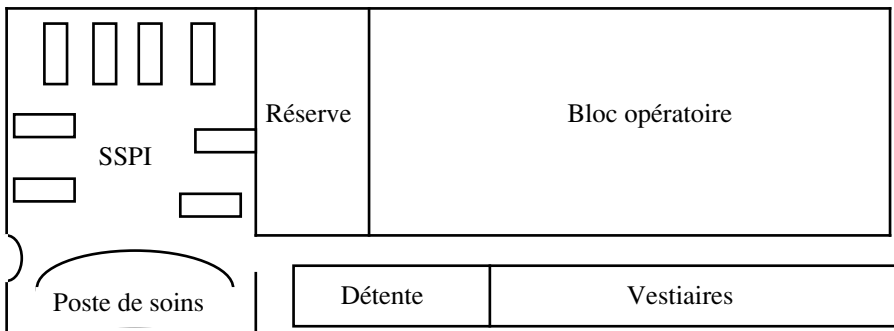


Figure 1 : Exemple de mise en commun des locaux

1.2.1. UNE CONCEPTION MODULABLE

La SSPI n'est pas une structure figée. Elle doit pouvoir s'adapter instantanément à la demande de logistique médicale ou non médicale exigée par les patients.

Des séparations mobiles, comme des rideaux ou des paravents, est un principe souhaitable pour respecter l'intimité des patients lors de certains gestes techniques.

Lorsqu'aucun patient n'est présent, la SSPI est un espace vide dégagé de tout matériel. Seuls, sont pré-équipés, les postes définis par la structure avec le matériel minimum obligatoire, notamment : Scope - SpO₂ - PNI, aspiration, petit matériel d'apport d'O₂ voir de ventilation au masque.

Le matériel non systématique est rangé à proximité immédiate ou dans le poste de soins : système de réchauffement, respirateur, chariot d'urgence, curarimètre, thermomètre tympanique, bouteilles d'O₂.

Le poste infirmier doit permettre une visualisation permanente des patients présents. Outre sa position stratégique, ce poste est soit en partie fermé et vitré soit totalement ouvert et limité grâce à un système paillasse-banque.

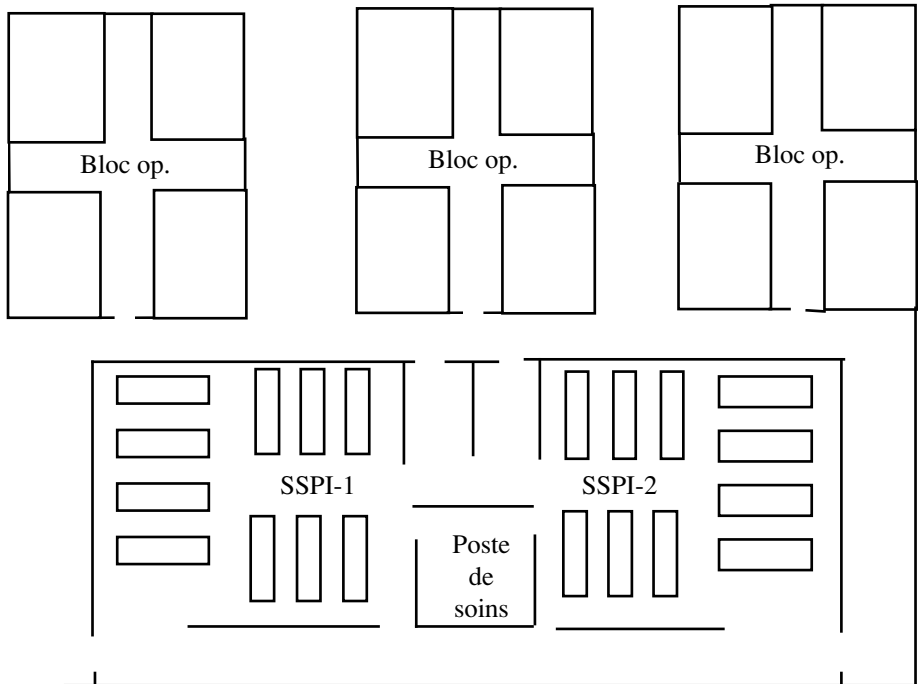


Figure 2 : Exemple de plan

1.4. L'HYGIENE

Les règles d'hygiène en salle de réveil sont identiques à celles des lieux d'intervention. C'est pourquoi elle doit être d'entretien facile et les revêtements sols et murs adaptés. Les matériaux de couvertures de surface sont lisses et sans aspérité.

L'équipement en point de lavages des mains est fonction du nombre de postes, mais aussi de la disposition de la SSPI. Il faut compter environ un point de lavage pour trois postes afin d'être au plus près des patients. Ces lave-mains sont équipés de commande infrarouge ou fémorale avec distributeur de savon et essuie-mains. Les circuits d'évacuation des déchets sont les plus courts possible et leur stockage se situe à l'extérieur de la SSPI.

2. GESTION

Chaque gestionnaire de SSPI doit élaborer une gestion spécifique qui tient compte de deux critères essentiels : d'une part l'activité programmée, d'autre part la rentabilisation de la structure qui se compose de :

- la gestion de la logistique médicale,
- l'activité spécifique,
- la gestion des ressources humaines,
- les gains de productivité,
- l'évaluation, l'accréditation.

2.1. L'ACTIVITE PROGRAMMEE

Cette activité s'analyse d'après la nature des interventions et les anesthésies pratiquées. Toutefois la majorité des SSPI voit leur activité suivre une même courbe de tendance. (Figure 3).

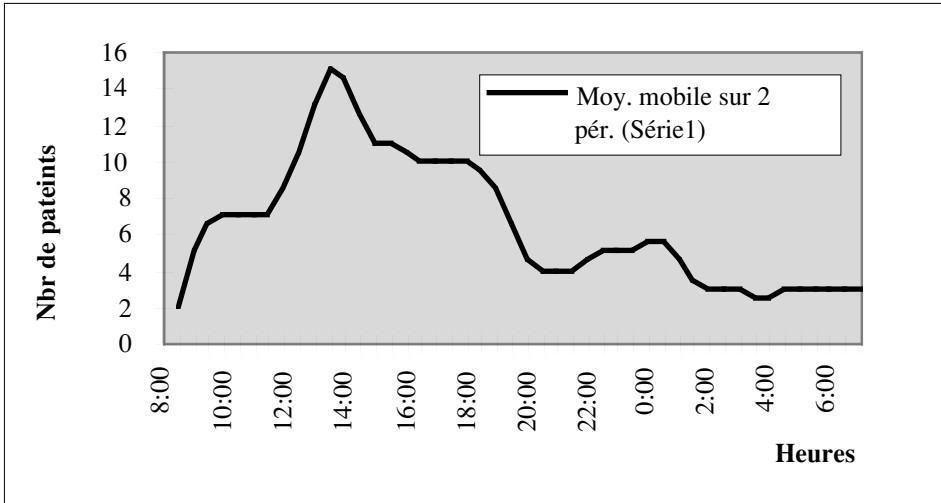


Figure 3 : Courbe de tendance : occupation des postes/heures

La montée en puissance se fait vers 10 heure, avec une occupation maximale entre 11 heures et 16 heures, puis le nombre des patients présents décroît régulièrement. Nous pouvons remarquer sur ce graphique, un regain d'activité vers 21 h , ce qui correspond aux urgences faites après le dîner !

Cependant, certains facteurs peuvent entraîner une modification de ces plages horaires :

- la pratique d'actes courts ou chirurgie ambulatoire,
- l'allongement des temps d'intervention dû notamment aux techniques chirurgicales récentes et/ou à l'enseignement des «juniors»,
- l'augmentation des patients restant la nuit pour surveillance.

L'appréciation de ces facteurs permettra une optimisation de la gestion d'une SSPI.

2.2. RENTABILISATION DE LA STRUCTURE

La SSPI est une structure légale, mais peu rentable en regard de ses coûts de fonctionnement et d'immobilisation [3]. Une étude relative à «l'évaluation du coût théorique d'un passage en SSPI» [3] montre que plus le nombre de passages augmente, moins la structure est coûteuse (Figure 4).

Cela est essentiellement dû à l'amortissement des matériels et à la rentabilité des personnels (poids budgétaire important). Les objectifs développés doivent donc tendre à une utilisation maximale des moyens à notre disposition.

2.2.1. GESTION DE LA LOGISTIQUE MEDICALE

Elle concerne tous les matériels médicaux utilisés en SSPI. Dès le choix d'achat des matériels lourds, nous privilégierons les matériels dits modulables. Car le remplacement d'un module en cas de casse ou de réparation est moins onéreux que le remplacement de l'appareil dans sa totalité; de plus si un seul des paramètres de mesure est défectueux cela

n'immobilise pas les autres paramètres. L'idéal est de programmer les achats avec l'unité d'anesthésie et/ ou de réanimation et d'opter pour le même industriel.

Certains matériels, comme notamment les réchauffeurs à air pulsé, peuvent être communs aux unités.

La gestion du petit matériel est établie sur un même principe en instaurant une gestion de stock commune afin d'éviter des réserves trop importantes.

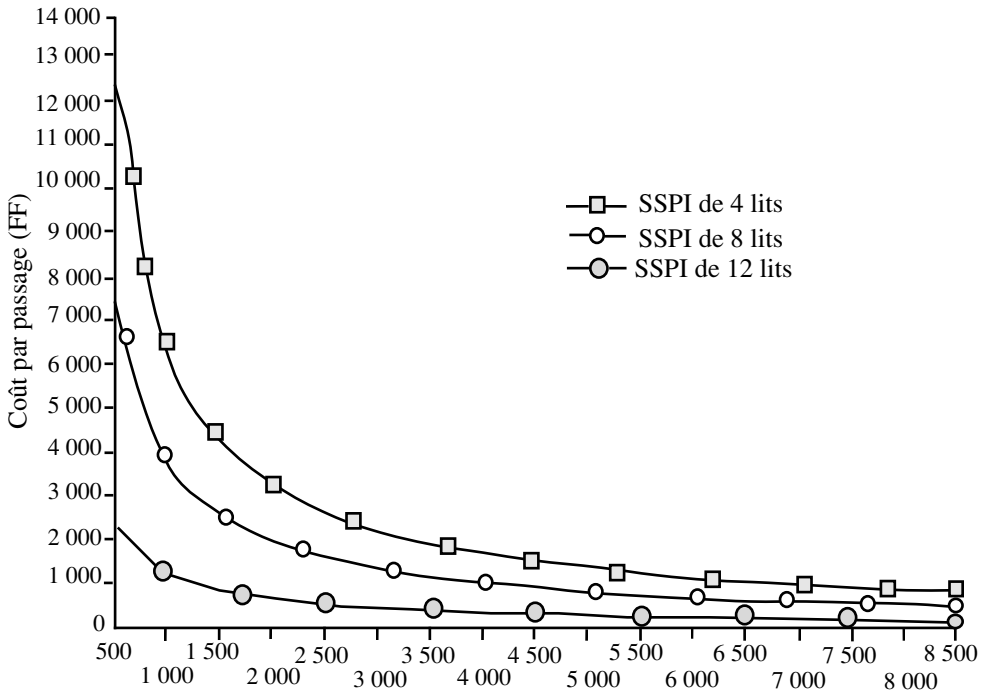


Figure 4 : Evaluation du coût théorique d'un passage en SSPI

2.2.2. ACTIVITE SPECIFIQUE

L'augmentation de l'activité de la SSPI ne peut se faire que grâce à une activité spécifique des anesthésistes. Cette activité peut revêtir plusieurs formes :

- Actes à but analgésiques : ce sont tous les actes pratiqués pour la prise en charge de la douleur aiguë ou chronique (pose de PCA, ALR à but analgésique...), mais aussi, les actes douloureux exécutés par d'autres intervenants comme certaines biopsies.
- Actes à buts thérapeutiques : ce sont des actes courts qui demandent une anesthésie (sismothérapies, cardioversions).
- Actes invasifs : ce sont notamment les poses de cathéters.
- Actes diagnostiques : ce sont des actes invasifs ou non invasifs, pratiqués par les médecins anesthésistes, comme les échocardiographies transpariétales, trans-œsophagiennes, doppler, les fibroscopies bronchiques etc.

La pratique de ces actes en SSPI présente plusieurs avantages :

- Occupation des postes sur des plages horaires vacantes (le matin avant 10 h).
- Sécurité renforcée de la surveillance des patients pendant et après l'acte.
- Utilisation maximale des matériels.

- Utilisation de personnel performant disponible.
- Regroupement en un seul lieu de ces activités, d'autant que la présence médicale est déjà effective.

D'autres possibilités de développement de la SSPI peuvent être étudiées, notamment l'élaboration d'une fonction tampon de la SSPI avec une unité de réanimation, les unités d'hospitalisation, voire une unité d'urgence [4, 5].

Les avantages que présente cette structure pour l'accueil des urgences chirurgicales lourdes sont indéniables :

- elle est située à proximité des blocs opératoires et en relation avec les laboratoires,
- la structure modulable assure l'espace suffisant pour une prise en charge optimale,
- les équipements médicaux nécessaires sont présents et opérationnels,
- le personnel est formé et performant.

Cette activité d'urgence est variée : urgences dites internes (patients s'aggravant en services d'hospitalisation), urgences externes (polytraumatismes et pathologies chirurgicales), activité d'accueil de patients en état de mort encéphalique.

Cependant, l'organisation d'une telle structure doit être très rigoureuse. Elle est entièrement régulée par les responsables médicaux et paramédicaux de la SSPI afin d'éviter tout débordement intempestif.

Hormis les urgences, la SSPI doit pouvoir garder des patients instables en postopératoire toute la nuit si besoin, voire même recevoir les patients en préopératoire si besoin.

2.2.3. GESTION DES RESSOURCES HUMAINES

Les textes législatifs nous laissent le choix ; infirmières anesthésistes DE ou infirmières DE. La qualification choisie s'effectue selon la structure de la SSPI.

Pour une SSPI de petite taille (4 postes) non ouverte 24h/24 incluse au sein du bloc opératoire, nous privilégierons un personnel IADE tournant sur le bloc et la SSPI.

En revanche pour une SSPI de 10 postes ouverte 24h/24 et médicalisée, il est possible d'envisager un personnel IDE. Afin de minimiser les coûts en personnel, il est intéressant de regrouper la gestion de ces personnels avec d'autres unités de réveil ou avec une unité de réanimation. De plus, cette gestion favorise les échanges, évite l'immobilisme, limite la routine et encourage la polyvalence.

Le décret relatif à la sécurité en anesthésie [2] reste très ambigu sur le nombre de personnels à prévoir. En résumé, ce décret prévoit :

- 1 IDE ou IADE pour une salle < 6 postes.
- 1 IDE ou IADE et 1 AS ou 2 IDE ou IADE pour une salle \geq 6 postes.

Cependant, selon les types de patients que nous accueillons, il semble raisonnable de prévoir une infirmière pour 3 patients et une aide-soignante pour 4 patients, et une infirmière pour 2 patients présentant des pathologies complexes associées à une charge en soins importante. Une analyse de l'activité nous permettra de calquer les besoins en personnels à la demande.

2.2.4. GAINS DE PRODUCTIVITE

Comme nous l'avons vu, la SSPI est une structure à forte immobilisation et peu productive. Cependant, bien organisée et bien gérée, la SSPI peut dégager des gains de productivité. Le regroupement des moyens et de l'activité offre une souplesse d'action et

de gestion appréciable. De plus, la restructuration engagée peut entraîner une dynamique et permettre l'émergence de nouvelles organisations.

2.2.5. EVALUATION, ACCREDITATION

La mise en place de démarches à l'évaluation et à l'accréditation obéit à des stratégies relativement proches.

Actuellement basée sur le principe du volontariat l'accréditation deviendra obligatoire en 2001. Elle s'entend comme «une procédure externe d'évaluation des établissements de santé» [6]. L'objectif est double :

- 1- assurer la qualité et la sécurité des soins,
- 2- promouvoir une politique d'amélioration continue de la qualité, en la centrant sur le patient et son parcours à l'hôpital.

Pour ce qui concerne la SSPI, elle s'appuie sur la conformité aux textes légaux en vigueur [2], mais aussi sur l'instauration de procédures d'organisation et de gestion de la structure et des soins :

- Charte de fonctionnement.
- Procédures d'ouverture et fermeture de sites [7].
- Procédures d'hygiène validées par le CLIN.
- Procédure d'hémovigilance.
- Procédure de matériovigilance [8].
- Procédure de protection des personnels [9, 10].
- Développement d'indicateurs de qualité [11].
- Projet médical.
- Projet de soins.

La procédure d'accréditation est un passage obligé et elle concerne tous les établissements de santé qu'ils soient publics ou privés.

CONCLUSION

Penser ou repenser une organisation et une gestion de la SSPI est indispensable pour tendre vers une démarche de qualité et de rentabilité.

La diversité de structure des SSPI, par leur activité et leur architecture notamment, ne nous permet pas d'instaurer un modèle unique. Ce n'est qu'après une analyse d'activité et d'éventuelles particularités, qu'un modèle de fonctionnement peut être établi et réajusté si besoin.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Zuck D. Anaesthetic and postoperative recovery room. *Anaesthesia*, 1995;vol 50:435-438
- [2] Décret n° 94-1050 du 4 décembre 1994
- [3] Tibi-Lévy Y, de Pourville G, Goursot G, Clergue F, Délémontey B, Feiss P, Laxenaire MC, Marty J, Béresniak A. Evaluation du coût théorique d'un passage en salle de surveillance postinterventionnelle. *Annales Françaises d'Anesthésie réanimation* 1996;15:1113-1120
- [4] Johannes MS. A new dimension of PACU: The dilemma of ICU over flow patient. *Journal of post anesthesia nursing*, oct. 1994
- [5] Allen A. Extension of the role of postanesthesia care unit, specialist: problem or plus. *Journal of post anesthesia nursing*, oct. 1991

- [6] Ordonnance n° 96-345 du 24 avril 1996
 - [7] Arrêté du 3 octobre 1995
 - [8] Raspaud S, Wagnies Ch. - Matériovigilance et anesthésie. AFISAR 1997
 - [9] Allen A, Badgwell JM. The post anesthesia care unit: unique contribution, unique risk. *Journal of perianesthesia nursing*, aug 1996
 - [10] Huffman LM. Regulations, standards, and guidelines protecting PACU healthcare workers. *Journal of perianesthesia nursing*, aug 1996
 - [11] Zeller Jill - Developing a quality indicator logbook for the postanesthesia care unit setting
- .
- .