



RÉFÉRENTIEL D'AUTO-ÉVALUATION DES PRATIQUES EN ANESTHÉSIE-RÉANIMATION

Tenue du dossier en anesthésie

Novembre 2004

PRÉFACE

L'élaboration d'un référentiel d'Évaluation des Pratiques Professionnelles (EPP) sur la tenue du dossier d'anesthésie est une figure imposée incontournable, préalable et indispensable à l'élaboration d'autres référentiels d'évaluation des pratiques en anesthésie.

Ce premier référentiel ne peut pas couvrir la totalité du champ de prise en charge anesthésique dans tous ses (nombreux) aspects.

Il est centré sur une thématique centrale : optimiser la qualité du dossier pour gérer le plus efficacement possible l'information utile à l'appréciation du risque anesthésique.

L'importance de nombreux thèmes non abordés dans ce référentiel n'a pas échappé au groupe de travail.

Ce premier référentiel, fondateur, devra donc être complété par d'autres référentiels sur des thèmes fondamentaux comme, par exemple :

- information et consentement ;
- évaluation du risque cardio-vasculaire, du risque allergique, des risques autres ;
- prise en charge de la douleur (en cours de rédaction) ;
- intubation à risque ;
- etc.

Il revient aux promoteurs de choisir les thématiques des référentiels à élaborer prioritairement.

De nombreuses questions pratiques concernant la méthode d'utilisation de ce référentiel ont conduit le groupe de travail à demander aux promoteurs de clarifier la méthodologie selon les cas : auto-évaluation individuelle, et évaluation d'équipe.

Un soin particulier a été donné à la rédaction d'un important chapitre « Aide aux réponses » pour illustrer clairement la pensée du groupe de travail et lever toute ambiguïté sur les modalités des réponses.

Notre groupe de travail a été soigneusement constitué de professionnels de terrain, issus d'horizons et de types d'exercice professionnel variés.

Nous ne nous érigeons pas en modèles, et nous savons bien que, sur bien des critères, notre propre dossier anesthésique sera... à revoir et à améliorer !

I. PROMOTEURS

- Collège français d'anesthésie et de réanimation (CFAR).
- Société française d'anesthésie et de réanimation (SFAR).

Encadrement méthodologique :

Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en Santé (Anaes).

II. SOURCES

Sources documentaires

- Base française d'évaluation en santé : <http://bfes.anaes.fr/index.html> ;
- Code de la santé publique ; <http://ordmed.org/csp.html>
- Agency for healthcare research and quality : <http://www.ahcpr.gov/>.

Documents de référence

- Société Française d'Anesthésie et de Réanimation. Le dossier d'anesthésie. Paris : SFAR, décembre 2001 (<http://www.sfar.org/dossierarfr.html>) ;
- Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé. Dossier du patient : amélioration de la qualité de la tenue et du contenu - Réglementation et recommandations. Paris : Anaes, septembre 2003.
- Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en Santé. Étude d'évaluation des pratiques Dossier du patient - Fascicule 2 : réalisation pratique de l'audit clinique. Paris : Anaes, septembre 2003.
- Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en Santé. Étude d'évaluation des pratiques Dossier du patient - Fascicule 3 : méthodes d'amélioration de la qualité. Paris : Anaes, septembre 2003.

Les recherches bibliographiques sur le thème Dossier d'anesthésie ont confirmé que les documents de référence les plus récents étaient le document SFAR et les documents de l'Anaes.

III. CIBLE PROFESSIONNELLE

Tous les médecins anesthésistes-réanimateurs.

IV. PATIENTS CONCERNÉS

Tous les patients pris en charge par un service d'anesthésie.

V. SÉLECTION DES DOSSIERS

Tous les médecins anesthésistes-réanimateurs d'une équipe d'anesthésie participent à cette auto-évaluation.

Une méthode rétrospective est retenue.

Les dossiers des 20 derniers patients ayant bénéficié d'une prise en charge anesthésique complète (processus pré, per et postanesthésique) sont analysés. Le nombre de dossiers évalués par médecin est réparti de façon égale dans l'équipe, idéalement par un coordonnateur désigné en son sein. Le nombre de dossiers à évaluer peut être élargi en fonction de l'effectif de l'équipe.

L'analyse des résultats et la proposition d'actions d'amélioration sont collectives à partir des données « anonymisées ».

VI. OBJECTIFS DE QUALITÉ

- Assurer la lisibilité et la traçabilité des informations relatives à la totalité du processus anesthésique (*critères 1, 2*). Code de la santé publique.
- Disposer d'une évaluation préanesthésique précisant la stratégie de soins prenant en compte le rapport bénéfice/risque des protocoles de prise en charge pré, per et postanesthésique proposés (*critères 3, 4, 5*). Grade B.
- Témoigner des contrôles sécuritaires de la visite préanesthésique et de la sortie de SSPI (salle de surveillance postinterventionnelle) (*critères 6, 9*). Code de la santé publique.
- Identifier et analyser les actes techniques traçant, et les événements indésirables péri-anesthésiques (*critères 7, 8*). Grade B, Recommandations professionnelles.
- Permettre la continuité des soins par la communication des prescriptions post-anesthésiques (*critères 10*). Code de la santé publique, Recommandations professionnelles.

Critères d'évaluation et

Questions pour déterminer si les critères sont présents.

1. Tous les documents du dossier d'anesthésie comportent les éléments d'identification du patient.
Retrouve-t-on sur tous les documents du dossier d'anesthésie : le nom patronymique du patient et le prénom et la date de naissance et le nom d'épouse (s'il y a lieu) ?
2. À chaque étape du processus anesthésique (consultation préanesthésique, visite pré-anesthésique, période peranesthésique, salle de surveillance postinterventionnelle), le médecin anesthésiste-réanimateur intervenant est clairement identifié.
Retrouve-t-on dans le dossier d'anesthésie le nom du médecin anesthésiste-réanimateur à chaque étape du processus anesthésique ?
3. Les traitements habituels du patient sont mentionnés dans le dossier ainsi que la conduite à tenir avant l'anesthésie (arrêt, relais, maintien, modifications de posologies).
La conduite à tenir par rapport au traitement préopératoire (ou l'absence de traitement) figure-t-elle explicitement dans le dossier ?
4. Les conclusions de la consultation préanesthésique prennent en compte les situations à risque.
Retrouve-t-on dans le dossier une synthèse explicite du risque anesthésique compte tenu de l'intervention envisagée ?

5. Le dossier de consultation préanesthésique aboutit à une conclusion concernant le type d'anesthésie proposé au patient, avec mention des éléments de la discussion du risque/bénéfice.
Retrouve-t-on dans le dossier une proposition argumentée de protocole de prise en charge anesthésique ?
6. Une trace écrite de la visite préanesthésique valide le protocole de prise en charge anesthésique proposé à la consultation préanesthésique.
Retrouve-t-on une trace écrite de la visite pré-anesthésique validant un protocole de prise en charge anesthésique ?
7. Le dossier d'anesthésie précise en pré et en peropératoire les conditions d'abord des voies aériennes.
Trouve-t-on dans le dossier d'anesthésie mention des conditions d'abord des voies aériennes supérieures en pré et en peropératoire ?
8. Le dossier d'anesthésie renseigne sur l'existence ou l'absence d'incidents et accidents péri-anesthésiques.
L'existence ou l'absence d'incidents et accidents péri anesthésiques est-elle mentionnée dans une rubrique spécifique du dossier ?
9. Les éléments cliniques de surveillance en SSPI (salle de surveillance post-interventionnelle) font l'objet d'un recueil spécifique et d'une analyse des critères de sortie.
Trouve-t-on dans le dossier un examen ou des critères cliniques autorisant la sortie du patient de SSPI ?
10. Les prescriptions pour les 24 premières heures postanesthésiques sont explicitement rédigées, horodatées et signées à la sortie de SSPI.
Existe-t-il une feuille signée de prescriptions postanesthésiques horodatées ?

VII. GRILLE DE RECUEIL DES INFORMATIONS (CF. ANNEXE « AIDE AUX RÉPONSES » PAGE 10)

Notez une seule réponse par case :

O si la réponse est OUI

N si la réponse est NON

NA si la question ne s'applique pas à ce patient ou à votre pratique (précisez dans la zone de commentaires). N'hésitez pas à ajouter des informations qualitatives !

N° d'anonymat :

Date :

Temps passé à cette évaluation :

	QUESTION 1	QUESTION 2	QUESTION 3	QUESTION 4	QUESTION 5	QUESTION 6	QUESTION 7	QUESTION 8	QUESTION 9	QUESTION 10
1	Retrouve-t-on sur tous les documents du dossier d'anesthésie : le nom patronymique du patient et le prénom et la date de naissance et le nom d'épouse (s'il y a lieu) ?	Retrouve-t-on dans le dossier d'anesthésie le nom du médecin anesthésiste-réanimateur à chaque étape du processus anesthésique ?	La conduite à tenir par rapport au traitement pré-opératoire (ou l'absence de traitement) figure-t-elle explicitement dans le dossier ?	Retrouve-t-on dans le dossier une synthèse explicite du risque anesthésique compte tenu de l'intervention envisagée ?	Retrouve-t-on dans le dossier une proposition argumentée de protocole de prise en charge anesthésique ?	Retrouve-t-on une trace écrite de la visite pré-anesthésique validant un protocole de prise en charge anesthésique ?	Trouve-t-on dans le dossier d'anesthésie mention des conditions d'abord des voies aériennes supérieures en pré et en per-opératoire ?	L'existence ou l'absence d'incidents et accidents péri-anesthésiques est-elle mentionnée dans une rubrique spécifique du dossier ?	Trouve-t-on dans le dossier un examen ou des critères cliniques autorisant la sortie du patient de SSPI ?	Existe-t-il une feuille signée de prescriptions post-anesthésiques horodatées ?
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										

Référentiel d'évaluation des pratiques en anesthésie-réanimation

QUESTION 1	QUESTION 2	QUESTION 3	QUESTION 4	QUESTION 5	QUESTION 6	QUESTION 7	QUESTION 8	QUESTION 9	QUESTION 10
Retrouve-t-on sur tous les documents du dossier d'anesthésie : le nom patronymique du patient et le prénom et la date de naissance et le nom d'épouse (s'il y a lieu) ?	Retrouve-t-on dans le dossier d'anesthésie le nom du médecin anesthésiste-réanimateur à chaque étape du processus anesthésique ?	La conduite à tenir par rapport au traitement pré-opératoire (ou l'absence de traitement) figure-t-elle explicitement dans le dossier ?	Retrouve-t-on dans le dossier une synthèse explicite du risque anesthésique compte tenu de l'intervention envisagée ?	Retrouve-t-on dans le dossier une proposition argumentée de protocole de prise en charge anesthésique ?	Retrouve-t-on une trace écrite de la visite pré-anesthésique validant un protocole de prise en charge anesthésique ?	Trouve-t-on dans le dossier d'anesthésie mention des conditions d'abord des voies aériennes supérieures en pré et en per-opératoire ?	L'existence ou l'absence d'incidents et accidents péri-anesthésiques est-elle mentionnée dans une rubrique spécifique du dossier ?	Trouve-t-on dans le dossier un examen ou des critères cliniques autorisant la sortie du patient de SSPI ?	Existe-t-il une feuille signée de prescriptions post-anesthésiques horodatées ?
11									
12									
13									
14									
15									
16									
17									
18									
19									
20									
Total des O									
Total des N									
Total des NA									

VOS OBSERVATIONS ET COMMENTAIRES POUR CETTE AUTO-ÉVALUATION :

	Observations par patient
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	
13	
14	
15	
16	
17	
18	
19	
20	

ANNEXE : AIDE AUX REPONSES

Critère 1

Retrouve-t-on sur tous les documents du dossier d'anesthésie : le nom patronymique du patient et le prénom et la date de naissance et le nom d'épouse (s'il y a lieu) ?

Répondre OUI si tous les items mentionnés sont renseignés sur tous les documents : dossier de la consultation et dossier peranesthésique et dossier de surveillance en SSPI et transmission à la sortie de SSPI.

Répondre NON s'il manque un item sur un ou plusieurs des documents.

Critère 2

Retrouve-t-on dans le dossier d'anesthésie le nom du médecin anesthésiste-réanimateur à chaque étape du processus anesthésique ?

Répondre OUI si l'on retrouve l'identité du médecin pour la consultation et la visite et le per-anesthésique et la SSPI.

Répondre NON si un médecin n'est pas identifié pour une ou plusieurs étapes du processus péri-anesthésique.

Critère 3

La conduite à tenir par rapport au traitement préopératoire (ou l'absence de traitement) figure-t-elle explicitement dans le dossier ?

- Répondre OUI si le dossier mentionne « pas de traitement » ou « traitement : néant » (s'il n'y a pas de traitement la mention de l'absence doit être clairement écrite sinon il n'est pas possible de faire la différence entre l'absence de traitement ou l'absence d'information concernant le traitement).
- Répondre NON si aucune précision n'est retrouvée.
- Lorsque le traitement habituel est mentionné dans le dossier (liste des médicaments par exemple), mais qu'il n'y a aucune autre annotation, distinguer 2 cas :
 - cas 1) aucun médicament n'interfère avec l'anesthésie ; l'absence de mention spécifique de consigne n'est pas péjorative : répondre OUI,
 - cas 2) certains médicaments interfèrent avec l'anesthésie (anticoagulants, antagonistes de l'angiotensine, hypotenseurs majeurs, morphinomimétiques, hypoglycémiant, etc.) : répondre OUI si on retrouve une mention claire de la conduite à tenir pour ces médicaments (arrêt, relais, poursuite, modification de dose, etc.). Si des consignes claires sont mentionnées dans les notes de la visite préanesthésique répondre OUI.
- Répondre NON dans les autres cas.

Critère 4

Retrouve-t-on dans le dossier une synthèse explicite du risque anesthésique compte tenu de l'intervention envisagée ?

Répondre OUI si dans le dossier préanesthésique existe :

- soit au moins un commentaire attirant l'attention sur un risque particulier quand il en existe un, par exemple : « risque respiratoire », « risque instabilité hémodynamique », « risque thromboembolique élevé », « risque hémorragique », « péridurale non souhaitable en raison antécédents » ;
- soit, en l'absence de risque supposé, la mention « risque standard » ou « pas de facteurs de risque anesthésique particuliers » ;
- soit le seul score ASA pour les cas ASA 1 [sous réserve que l'intitulé et les circonstances (intervention programmée, urgence, estomac plein, etc.) de l'intervention sont retrouvés].

Répondre NON si aucune autre mention n'est faite en dehors de l'ASA pour les cas ayant un score ASA supérieur à 1.

Critère 5

Retrouve-t-on dans le dossier une proposition argumentée de protocole de prise en charge anesthésique ?

Répondre OUI si le type d'anesthésie proposé est clairement renseigné (anesthésie générale/anesthésie locorégionale) avec mention des éléments du bénéfice/risque quand des risques particuliers sont signalés.

Répondre OUI si la stratégie anesthésique proposée fait référence à un protocole rédigé interne ou externe (en particulier lorsqu'il existe un risque particulier mentionné au critère 4) et validé par l'équipe.

Répondre NON si l'on retrouve seulement l'énumération des agents de l'anesthésie choisis ou l'absence de mention du choix de la technique anesthésique ou l'absence d'éléments de la discussion du bénéfice/risque quand des risques particuliers sont signalés.

Critère 6

Retrouve-t-on une trace écrite de la visite préanesthésique validant un protocole de prise en charge anesthésique ?

Répondre OUI si l'on retrouve une trace écrite de la VPA mentionnant le contenu de cette VPA, par exemple :

- informations cliniques, paracliniques ou thérapeutiques importantes témoignant de l'évolution de l'état de santé depuis la consultation ;
- adaptation des traitements chroniques si nécessaire ;
- prise de connaissance des examens complémentaires prescrits ;
- consentement éclairé des techniques proposées ;
- confirmation ou changement du protocole de prise en charge anesthésique ;
- absence d'éléments modificateurs du protocole de prise en charge anesthésique prévu à la consultation (mention « RAS depuis la CPA » par exemple).

Répondre NON si l'on ne retrouve que la prescription de prémédication sans commentaire.

Répondre NON si l'on ne retrouve aucune trace écrite de la visite.

Critère 7

Trouve-t-on dans le dossier d'anesthésie mention des conditions d'abord des voies aériennes supérieures en pré et en peropératoire ?

Répondre OUI s'il existe une évaluation préanesthésique et une annotation en peranesthésique quel que soit le type de ventilation utilisé.

Par évaluation préanesthésique il est sous-entendu au moins le Mallampati, la DTM et l'ouverture de bouche ou une conclusion du type « difficultés prévisibles d'intubation », ou « absence de difficultés prévisible d'intubation ».

La mention concernant l'abord des voies aériennes a pour objectif de valider cette évaluation préanesthésique en cas d'intubation. S'il n'y a pas d'intubation, l'abord des voies aériennes doit de toute façon être mentionné sur la feuille d'anesthésie (guedel, coppa, ML, ventilation manuelle au masque, etc.).

Répondre NON en l'absence de renseignement en préanesthésique ou sur la feuille d'anesthésie.

Critère 8

L'existence ou l'absence d'incidents et accidents périanesthésiques est-elle mentionnée dans une rubrique spécifique du dossier ?

Répondre OUI si dans le dossier existe un cadre spécifique prévu et renseigné pour le recueil de l'existence ou de l'absence d'incidents ou accidents périanesthésiques. Par exemple :

- liste d'incidents/accidents selon un thésarus défini en équipe ;
- cadre libre pour recueil manuscrit

Répondre NON si aucun élément ne permet d'être renseigné sur l'existence ou l'absence d'incidents ou accidents périanesthésiques.

Répondre NON s'il est nécessaire de revoir l'intégralité du dossier pour être renseigné sur l'existence ou l'absence d'incidents et accidents périanesthésiques (feuilles de surveillance per et postanesthésiques, etc.).

Critère 9

Trouve-t-on dans le dossier un examen ou des critères cliniques autorisant la sortie de SSPI ?

Répondre OUI si l'on retrouve les résultats de l'examen pratiqué avant la sortie de SSPI (dernière fréquence cardiaque, respiratoire, pression artérielle, SpO2, état de conscience, température) ou les résultats de score de réveil.

Critère 10

Existe-t-il une feuille signée de prescriptions postanesthésiques horodatées ?

Répondre OUI si l'on retrouve la prescription (quel que soit son support et son emplacement) avec la date et la signature lisible du médecin et les heures d'administration des différents traitements.