

**TEIXEIRA Anna-Maria**  
**épouse THOMAS**

## **LE DOSSIER D'ANESTHESIE**

**Conseiller mémoire :** Madame PASCUTTINI  
**Guidant :** Madame LEYRIT ESCOUROLLES

**PROMOTION 2003/2005**

**ECOLE D'INFIRMIERS ANESTHESISTES  
DU CHU DE CLERMONT FERRAND**

## REMERCIEMENTS

Je remercie toutes les personnes sans qui la réalisation de ce travail n'aurait été possible.

Je remercie notamment Madame PASCUTTINI, ma directrice de mémoire, pour son engagement, sa disponibilité, son dynamisme et sa bonne humeur.

Je remercie Madame LEYRIT, infirmière anesthésiste guidante, pour ses encouragements et ses précieux conseils.

Merci Dominique de t'être rendue disponible, d'avoir été à l'écoute et d'avoir guidé mes pas dans ce travail.

Je remercie toutes les équipes de l'Hôtel Dieu, qui se sont prêtées au jeu de cette enquête et ont bien voulu que ce travail se fasse.

Grand merci tout particulièrement au professeur J.E. BAZIN, chef de service, et à Madame A. BARRIER, cadre infirmier supérieur.

Je remercie l'équipe IADE du bloc central Gabriel Montpied, qui m'a aidé dans mes recherches et surtout a essayé de me familiariser avec INTERNET !!!

Je remercie ma famille pour son soutien, sa patience et son amour. Merci à vous trois André, Marion, Salomé, pour avoir accepté avec un amour sans faille, mon manque de disponibilité.

Merci, enfin, à tous les gens que j'aime et dont la confiance m'a porté pendant tout ce temps.

# SOMMAIRE

## INTRODUCTION

<b>I – DOSSIER D'ANESTHESIE ET ACCREDITATION</b>	<b>7</b>
<b>II – DOSSIER D'ANESTHESIE ET LEGISLATION</b>	<b>8</b>
II.1 – LE DOSSIER MEDICAL	8
II.2 – LE DOSSIER D'ANESTHESIE	10
II.2.1 – La demande de consultation pré anesthésique	10
II.2.2 – Le questionnaire pré anesthésique	10
II.2.3 – L'information aux patients	11
II.2.4 – La consultation et la visite pré anesthésique	11
II.2.4.1 – Aspects réglementaires / recommandations	12
II.2.4.2 – La feuille d'anesthésie	13
II.2.5 – La période per anesthésique	16
II.2.5.1 – Décret 94-1050 du 5 décembre 1994 relatif aux conditions techniques de fonctionnement des établissements de santé en ce qui concerne la pratique de l'anesthésie et modifiant le Code de la Santé Publique.	16
II.2.5.2 – Recommandations concernant la surveillance des patients en cours d'anesthésie (SFAR – janvier 1994)	17
II.2.5.3 – L'article 4 de l'arrêté du 3 octobre 1995	17
II.2.5.4 – Liste des items à recueillir pendant cette période	18
II.2.6 – La surveillance post interventionnelle	20
II.2.6.1 – Décret 94-1050 du 5 décembre 1994	21
II.2.6.2 – Les principaux items à surveiller en SSPI	21
<b>III – EXPERIENCES PROFESSIONNELLES AU CHU DE CLERMONT-FERRAND</b>	<b>31</b>
III.1 – SERVICE DE CHIRURGIE ET DOSSIER D'ANESTHESIE	31
III.2 – SERVICE DE PEDIATRIE ET DOSSIER D'ANESTHESIE	33
III.3 – BLOC CENTRAL DE L'HOTEL DIEU	34
III.4 – LA H24	35
III.5 – ECOLE IADE	36
<b>IV – ENQUETE</b>	<b>38</b>
IV.1 – LE QUESTIONNAIRE	42
IV.2 – ANALYSE DES QUESTIONS	43
IV.2.1 – Question n° 1	43
IV.2.2 – Question n° 2	44
IV.2.3 – Question n° 3	46
IV.2.4 – Question n° 4	48
IV.2.5 – Question n° 5	49
IV.2.6 – Question n° 6	50
IV.2.7 – Question n° 7	50
IV.2.8 – Question n° 8	51

## CONCLUSION

## BIBLIOGRAPHIE

## ANNEXES

## INTRODUCTION

## INTRODUCTION

Le dossier d'anesthésie est l'élément essentiel assurant la continuité, l'efficacité et la sécurité des soins pendant tout acte d'anesthésie délivré à un patient.

Il doit être inclus dans le dossier médical du patient.

Il doit être individuel, facilement identifiable et confidentiel.

(SFAR 14-12-2001)

Au Centre Hospitalier Universitaire de Clermont-Ferrand et dans beaucoup d'autres établissements, le dossier d'anesthésie se résume à la feuille d'anesthésie.

Chaque secteur d'activité a sa conception sur le sujet et travaille de manière à améliorer les choses. Il est dommage, pourtant, que chacun le fasse de manière « Loco Régionale ».

Ce qui peut très bien s'expliquer par ailleurs :

- éclatement des sites
- deux secteurs d'anesthésie sur le CHU :

    ☞ Hôpital Gabriel Montpied

    ☞ Hôtel Dieu

Chaque secteur est lui-même divisé en sous-secteurs travaillant plus ou moins en autarcie. Cela s'explique aussi par l'implantation pavillonnaire des blocs opératoires.

Le but de ce travail va être d'essayer d'uniformiser les pratiques, en respectant la législation en vigueur, tout en tenant compte des besoins de chaque secteur.

Cette démarche paraît, à ce jour, indispensable en vue de l'accréditation de 2005.

## **I – DOSSIER D'ANESTHESIE ET ACCREDITATION**

*Le dossier d'anesthésie ne fait actuellement l'objet d'aucun référentiel spécifique. Seul le dossier ANAES Juin 2003 (P. 49 à 54) mentionne le dossier d'anesthésie sous la référence **Dossier Patient: (DPA 5d)** (ANNEXE 1)*

« Le dossier du patient comporte, lorsque sa prise en charge l'exige, des éléments d'information spécialisés ».

Les éléments d'information spécialisés sont notamment :

- **le dossier anesthésique**
- le compte rendu opératoire
- le compte rendu d'accouchement
- le dossier transfusionnel
- la fiche de traçabilité des éléments dérivés du sang
- le consentement écrit du patient pour les situations qui l'exigent.

Chaque établissement a élaboré son propre dossier. L'accréditation nous invite à initier dans ce cadre une démarche d'assurance qualité :

- état des lieux et identification des dysfonctionnements
- référentiel et analyse de la conformité
- plan d'actions pour l'amélioration.

## II – DOSSIER D'ANESTHESIE ET LEGISLATION

### II.1 – LE DOSSIER MEDICAL

Le dossier d'anesthésie fait partie du dossier médical du patient. Celui-ci est soumis à une réglementation très précise.

[Art. R.710-2-2 du Code de la Santé Publique (Décret n° 2002-637 du 29 avril 2002, art. 9)]  
(ANNEXE 2)

*Un dossier médical est constitué pour chaque patient hospitalisé dans un établissement de santé public ou privé. Ce dossier contient au moins les éléments suivant, ainsi classés :*

*a) Les informations formalisées recueillies lors des consultations externes dispensées dans l'établissement, lors de l'accueil au service des urgences ou au moment de l'admission et au cours du séjour hospitalier, et notamment :*

- 1- La lettre du médecin qui est à l'origine de la consultation ou de l'admission.*
- 2- Les motifs d'hospitalisation.*
- 3- La recherche d'antécédents et de facteurs de risques.*
- 4- Les conclusions de l'évaluation clinique initiale.*
- 5- Le type de prise en charge prévu et les prescriptions effectuées à l'entrée.*
- 6- La nature des soins dispensés et les prescriptions établies lors de la consultation externe ou du passage aux urgences.*
- 7- Les informations relatives à la prise en charge en cours d'hospitalisation : état clinique, soins reçus, examens para-cliniques, notamment d'imagerie.*
- 8- Les informations sur la démarche médicale, adoptée dans les conditions prévues à l'article L. 1111-4. (ANNEXE 3)*
- 9- Le dossier d'anesthésie.*
- 10- Le compte rendu opératoire ou d'accouchement.*
- 11- Le consentement écrit du patient pour les situations où ce consentement est requis sous cette forme par voie légale ou réglementaire.*

12- La mention des actes transfusionnels pratiqués sur le patient et, le cas échéant, copie de la fiche d'incident transfusionnel mentionnée au deuxième alinéa de l'article R. 666-12-24. (ANNEXE 4)

13- Les éléments relatifs à la prescription médicale, à son exécution et aux examens complémentaires.

14- Le dossier de soins infirmiers ou, à défaut, les informations relatives aux soins infirmiers.

15- Les informations relatives aux soins dispensés par les autres professionnels de santé.

16- Les correspondances échangées entre professionnels de santé.

**b) Les informations formalisées établies à la fin du séjour :**

Elles comportent notamment :

- 1 Le compte rendu d'hospitalisation et la lettre rédigée à l'occasion de la sortie.
- 2 La prescription de sortie et les doubles d'ordonnance de sortie.
- 3 Les modalités de sortie (domicile, autres structures).
- 4 La fiche de liaison infirmière.

**c) Informations :**

mentionnant qu'elles ont été recueillies auprès de tiers n'intervenant pas dans la prise en charge thérapeutique ou concernant de tels tiers.

Sont seules communicables les informations énumérées aux a et b.

**d) Identification :**

[Art. R.710-2-3 du Code de la Santé Publique (Décret n° 2002-637 du 29 avril 2002, art. 9)]  
(ANNEXE 2)

Le dossier comporte l'identification du patient ainsi que, le cas échéant, celle de la personne de confiance définie à l'article L. 1111-6 et celle de la personne à prévenir. (ANNEXE 3)

Chaque pièce du dossier est datée et comporte l'identité du patient (nom, prénom, date de naissance ou numéro d'identification) ainsi que l'identité du professionnel de santé qui a



recueilli ou produit les informations. Les prescriptions médicales sont datées avec indication de l'heure et signées ; le nom du médecin signataire est mentionné en caractères lisibles.

## **II.2 - LE DOSSIER D'ANESTHESIE**

Celui-ci est constitué par le médecin anesthésiste lors de la consultation pré anesthésique. La plupart du temps, ce dossier se limite à l'élaboration de la feuille d'anesthésie. Pourtant, on pourrait avant même cette consultation, commencer à constituer le dossier d'anesthésie.

### **II.2.1 - La demande de consultation pré anesthésique**

La plupart du temps, la consultation pré anesthésique se fait à la suite de la consultation chirurgicale.

Actuellement, il n'y a aucune demande écrite et circonstanciée de la part des praticiens demandant un avis médical spécialisé.

Les opérateurs, lorsqu'ils décident d'une intervention nécessitant le concours d'un médecin anesthésiste, ne formulent par leur demande de manière officielle.

Cela pourrait être intéressant pour avoir le type, le motif et la date d'intervention de manière exacte.

Cela éviterait certaines redites au patient (ATCD – thérapeutiques).

### **II.2.2 - Le questionnaire pré anesthésique**

Un certain nombre d'équipes anesthésiques font remettre aux patients lors de la consultation chirurgicale un questionnaire pré anesthésique, précisant en particulier (exemple en annexe) :

- les antécédents médico-chirurgicaux (hospitalisations antérieures)
- les antécédents anesthésiques, s'ils existent, et transfusionnels
- les habitudes de vie
- et les traitements en cours (ordonnance).

Il est demandé au patient ou à son entourage de remplir ce questionnaire, avec l'aide éventuelle du médecin traitant. Le document est remis au médecin anesthésiste réanimateur lors de la consultation pré anesthésique.

### **II.2.3 - L'information aux patients**

L'expérience montre que l'information concernant l'anesthésie, la transfusion, la douleur, la SSPI, etc, est remise au patient lors de la consultation pré anesthésique. Or, il semble évident que si les patients avaient ces documents avant la consultation, ils pourraient les lire attentivement et demander des précisions lors de la consultation. (quelques exemples tirés du site de la SFAR : ANNEXES 5 à 10)

### **II.2.4 - La consultation et la visite pré anesthésique**

Cette étape est incontournable pour une meilleure prise en charge du patient.

Elle a pour but de regrouper toutes les informations pertinentes afin d'assurer la sécurité du patient.

Elle va permettre au médecin anesthésiste d'évaluer le risque anesthésique, de préparer le patient à l'intervention et de proposer la meilleure stratégie per et post anesthésique.

Le médecin anesthésiste qui effectue la consultation pré anesthésique n'est pas forcément le même qui va effectuer la visite pré anesthésique ni celui qui va endormir le patient.

*M. Mariquez d'anesthésie*

Pour cela, le dossier d'anesthésie doit être un véritable outil de communication entre les différents intervenants.

Toutes les informations doivent être retranscrites dans un document officiel ayant une valeur médico légale qui est la feuille d'anesthésie.

#### **II.2.4.1 – Aspects réglementaires / recommandations**

##### **Le dossier médical contient le dossier d'anesthésie.**

*Décret n°2002-637 du 29 avril 2002 relatif à l'accès aux informations personnelles détenues par les professionnels et les établissements de santé en applications des articles L. 1111-7 (ANNEXE 3) et L. 1112-1 (ANNEXE 11) du Code de la Santé Publique.*

*Décret 94-1050 (ANNEXE 12) du 5 décembre 1994 relatif aux conditions techniques de fonctionnement des établissements de santé en ce qui concerne la pratique de l'anesthésie et modifiant le code de la Santé Publique.*

La consultation pré anesthésique pour une intervention programmée <sup>doit avoir</sup> lieu plusieurs jours avant l'intervention.

Elle est réalisée par un médecin anesthésiste réanimateur.

Les résultats sont consignés dans un document écrit incluant les résultats des examens complémentaires et/ou des consultations spécialisées, le tout devant être inséré dans le dossier médical du patient.

Cette consultation est différente de la visite pré anesthésique qui elle aussi doit être réalisée par un médecin anesthésiste réanimateur et être réalisée dans les heures précédant le moment prévu pour l'intervention.

L'anesthésie est réalisée sur la base d'un protocole établi et mis en œuvre sous la responsabilité d'un médecin anesthésiste réanimateur, en tenant compte des résultats de la consultation et de la visite pré anesthésiques.

Recommandations de la SFAR concernant la période pré anesthésique servant à définir les bonnes pratiques (septembre 1994) (ANNEXE 13)

Consultation obligatoire pour les anesthésies générales, anesthésies ou analgésies locorégionales, les sédations.

Cette consultation a également pour objectif de décider de la technique d'anesthésie, d'informer le patient et de le préparer à l'intervention.

Pour les enfants, la présence des parents et la consultation du carnet de santé sont souhaitables.

Le questionnaire écrit ne remplace pas l'examen clinique.

Aucune donnée scientifique ou norme réglementaire n'impose la pratique systématique d'examens complémentaires, ils doivent être motivés par les données de l'interrogatoire, de l'examen, de l'acte, de l'anesthésie envisagée.

La consultation doit être réalisée dans de bonnes conditions.

Pour les actes réalisés en ambulatoire, l'interrogatoire, l'examen clinique et l'information ne doivent pas être réalisés dans l'instant qui précède l'anesthésie. (ANNEXE 14)

Le patient doit être informé que le médecin qui réalisera l'acte ne sera pas nécessairement celui qui l'a vu lors de la consultation.

**II.2.4.2 - La feuille d'anesthésie**

Elle doit être la synthèse de toutes les informations recueillies lors de la consultation pré anesthésique.

Elle doit comporter :

- l'identification du patient (son poids, sa taille)
- l'identité du médecin anesthésiste
- la date de la consultation d'anesthésie
- le lieu de la consultation (service, bloc)
- les circonstances (urgence, ...)
- le type d'intervention – côté – technique chirurgicale prévue
- la date de l'intervention
- l'identité du chirurgien
- l'histoire de la maladie
- les antécédents familiaux et obstétricaux
- les antécédents chirurgicaux et anesthésiques
- les antécédents médicaux avec traitements en cours
- les facteurs de risque et le terrain (obésité, tabac, ...)
- l'examen clinique (pouls, T.A., abord vasculaire, classe ASA, état bucco dentaire, ouverture bouche, distance thyro mentonnaire, mallanpati, difficultés d'intubation)
- les examens complémentaires
- le protocole anesthésique (AG, ALR, diazanalgésie)
- l'accord éclairé - autorisation d'opérer pour les mineurs et patient sous tutelle
- les précautions
- la prémédication
- la transfusion sanguine (stratégie proposée)
- la date et signature du médecin anesthésiste ayant fait la consultation pré anesthésique
- la date et signature du médecin anesthésiste ayant fait la visite pré anesthésique

En cas de consultation délocalisée, la visite pré anesthésique doit être particulièrement bien renseignée : mention de la prise de connaissance du dossier de consultation, de la vérification des informations reçues, compléments d'information, confirmation du consentement.

### **Consultation pour anesthésies itératives et rapprochées**

Une trace écrite de la décision prise par l'équipe d'anesthésie doit alors figurer dans le dossier, de même que l'accord du patient et des différents intervenants.

La visite pré anesthésique doit mentionner l'absence de modification pathologique ou thérapeutique depuis la dernière consultation ou à l'inverse les éléments conduisant au report de l'intervention.

### **Interruption volontaire de grossesse et stérilisation à visée contraceptive**

#### Réalisation d'une anesthésie générale chez une mineure sans autorisation parentale.

Le dossier d'anesthésie doit permettre de s'assurer que le médecin anesthésiste réanimateur :

- a procédé à la vérification de la trace écrite dans le dossier médical des entretiens fixés par la loi
- s'est assuré de la présence lors de la consultation de la personne majeure de son choix qui l'accompagne. Le nom de cette personne est noté sur le dossier de consultation ainsi que la mention des informations sur l'anesthésie faite en sa présence et sur son rôle à jouer auprès des parents en cas de complications.

#### Stérilisation à visée contraceptive

La date de la première consultation d'anesthésie doit être retrouvée dans le dossier d'anesthésie. Elle doit correspondre au début de la période de réflexion imposée par la loi (4 mois). Le dossier d'anesthésie doit être complété par une deuxième consultation dans les jours précédents l'intervention.

#### **Référence SFAR à consulter**

- Fiche d'Information Médicale aux patients sur l'anesthésie (SFAR - janvier 98)
- Information pré transfusionnelle : proposition de la SFAR - mars 1999.

Fiches selon circulaire du secrétariat d'état à la santé n° 98/231 du 9 avril 1998

- Information du patient sur l'analgésie périinterventionnelle (Comité Douleur - janvier 1999)
- Information médicale sur l'analgésie péridurale en obstétrique. (Comité Vie Professionnelle, Groupe Obstétrique - décembre 1998) (ANNEXE 8)
- Fiche d'information aux parents avant anesthésie de leur enfant (ANNEXE 7)

## **II.2.5 - La période per anesthésique**

Le dossier d'anesthésie doit faire la preuve que tout a été mis en place pour assurer la sécurité du patient à travers une surveillance rigoureuse et un protocole d'anesthésie adapté et précis.

La réglementation et les recommandations de la SFAR imposent un recueil de données très précis.

### **II.2.5.1 – Décret 94-1050 du 5 décembre 1994 relatif aux conditions techniques de fonctionnement des établissements de santé en ce qui concerne la pratique de l'anesthésie et modifiant le Code de la Santé Publique (ANNEXE 12)**

Les moyens nécessaires à la réalisation de l'anesthésie doivent permettre d'assurer :

- le contrôle continu du rythme cardiaque et du tracé électrocardioscopique
- la surveillance de la pression artérielle
- le contrôle continu du débit de l'oxygène administré et de la teneur en oxygène du mélange gazeux inhalé
- de la saturation du sang en oxygène
- des pressions, des débits ventilatoires, de la concentration en gaz carbonique expiré chez le patient intubé.

Le protocole d'anesthésie ainsi que l'intégralité des informations recueillies lors de l'intervention et lors de la surveillance continue post interventionnelle sont transcrits dans un document classé au dossier médical du patient.



Il en est de même des consignes données au personnel qui accueille le patient en secteur d'hospitalisation. Elles font également l'objet d'une transmission écrite.

### **II.2.5.2 - Recommandations concernant la surveillance des patients en cours d'anesthésie (SFAR – janvier 1994)**

**(ANNEXE 15)**

Tout acte d'anesthésie donne lieu à l'établissement d'une fiche d'anesthésie sur laquelle sont consignés les principaux éléments de l'examen préinterventionnel, la prémédication, les données de la surveillance peranesthésique, les temps opératoires, les médicaments et les produits sanguins administrés, les gestes associés (accès vasculaires, intubation trachéale, réglages du ventilateur).

Pour l'anesthésie locorégionale sont notés la technique utilisée, le site de ponction, le type de matériel, les caractéristiques du bloc.

Les noms des personnes ayant assuré l'examen préinterventionnel, l'anesthésie et la surveillance du réveil sont aussi notés.

En cas d'accident ou d'incident, un rapport écrit est ajouté.

Le recueil des données de la période peranesthésique concerne la surveillance issue du monitoring, et les prescriptions, les diagnostics d'incidents ou d'accidents, la trace de l'analyse des risques réalisée avant la prise d'une décision importante.

### **II.2.5.3 – L'article 4 de l'arrêté du 3 octobre 1995**

relatif aux modalités d'utilisation et de contrôle des matériels et dispositifs médicaux utilisés en anesthésie fait obligation de vérifier leur état et leur fonctionnement avant le début de chaque programme interventionnel et de chaque anesthésie (si une partie du matériel est changé ou si une autre équipe anesthésique prend le relais).



Cette procédure de vérification doit faire l'objet d'une trace écrite, contresignée par le médecin anesthésiste réanimateur. Cette transmission des informations est indispensable pour les utilisateurs suivants et les techniciens assurant l'entretien.

Les recommandations de la SFAR « concernant l'appareil d'anesthésie et sa vérification avant utilisation » proposent une procédure type de vérification « pour les appareils ne disposant pas de checklist ou quand celle-ci ne porte pas sur des systèmes anesthésiques particuliers ». (ANNEXE 16)

#### **II.2.5.4 – Liste des items à recueillir pendant cette période**

- Monitoring exigé par le décret 94-1050 du 05 décembre 1994 (ANNEXE 12)

ECG

PNI

SpO<sub>2</sub>

Pet O<sub>2</sub>

Débit d' O<sub>2</sub>

FI O<sub>2</sub>

Pression ventilatoire

Débit ventilatoire

- Autres monitorages

Curamètre

Sonde thermique

BIS

- Equipements

Sonde d'intubation

Masque laryngé

Fibroscope

Intubation sélective

VVP

KTC

Artère

SNG

SAD

Lutte contre l'hypothermie

- Position
- Date de l'intervention / Nature de l'intervention
- Nom du chirurgien / Salle d'intervention
- Nom de l'anesthésiste
- Nom de l'IADE
- Circonstances : urgence, programmée, garde, ...
- Technique / Protocole d'anesthésie :  
AG, ALR, Rachi, PDL, ...  
Matériel utilisé, site de ponction
- Surveillance :  
heure d'installation en salle  
heure induction  
heure IOT  
heure incision  
heure fin d'intervention  
heure d'extubation  
heure de sortie de salle  
heure d'accouchement

- noter les principaux temps opératoires
  - clampage début/fin
  - garrot début/fin
  - changement de position
  
- protocole d'anesthésie
  - drogues d'anesthésie :      dose d'induction
  - dose d'entretien
  - agents intraveineux :      antibiotiques
  - remplissage :                solutés d'expansion volémique
  - perfusions
  - transfusions
  - récupération per opératoire
  - paramètres de ventilation
  - orientation post interventionnelle
  - SSPI
  - réanimation
  - incidents / accidents

### **II.2.6 - La surveillance post interventionnelle**

Cette période fait partie intégrante de tout acte d'anesthésie.

La surveillance post interventionnelle doit être effectuée dans une structure dédiée à cette période et par un personnel qualifié.

La sécurité post anesthésique dépend de cette surveillance rigoureuse.

Cette période est également soumise à une réglementation précise.

### **II.2.6.1 – Décret 94-1050 du 5 décembre 1994**

(ANNEXE 12)

décrit avec précision l'organisation et le fonctionnement de la surveillance continue post interventionnelle.

L'article D712-50 de ce décret précise que l'intégralité des informations recueillies lors de la surveillance continue post interventionnelle est transcrite **dans un document classé dans le dossier médical du patient.**

Il en est de même « des consignes données au personnel qui accueille le patient dans le secteur d'hospitalisation » qui font également l'objet d'une transmission écrite.

### **II.2.6.2 – Les principaux items à surveiller en SSPI**

(Recommandations SFAR de Septembre 1994 : ANNEXE 17)

- nom de l'IADE/IDE prenant en charge le patient

- nom du médecin anesthésiste

- monitoring et surveillance

FC

PNI / PAI

conscience

Sp O<sub>2</sub>

Pet CO<sub>2</sub>

température

diurèse

douleur, EVA, EVS

ventilation FIO<sub>2</sub>

pression ventilatoire

débit ventilatoire

drainages

- heure d'arrivée
- heure de départ
- technique analgésique
- prescriptions médicales
- ALDRETE, autorisation de sortie

D'après la législation et les recommandations de la SFAR, nous pouvons constater que le dossier d'anesthésie fait partie intégrale du dossier médical du patient.

Il doit être facilement identifiable à l'intérieur de ce dernier pour un accès rapide.

La constitution de ce dossier est une obligation et ne se limite pas à la seule feuille d'anesthésie ; même si celle-ci regroupe tous les temps impartis à un acte anesthésique (période pré, per et post anesthésie), elle doit être accompagnée d'autres documents médico légaux comme le consentement éclairé par exemple.

Tous ces documents font partie du dossier médical et doivent rester dans celui-ci. Il est évident que seuls des documents originaux sont tolérables.

Toutes les recommandations nous engagent sur la voie du dossier unique qui suivrait le patient de service en service et d'anesthésie en anesthésie.

Mais qu'en est-il dans la réalité ?

Pour le savoir, je me suis basée sur mon expérience d'infirmière en chirurgie, en SSPI et après comme étudiante à l'école d'IADE.

Je suis partie à la rencontre des professionnels sur le terrain pour connaître leurs besoins et leurs attentes et surtout connaître leur avis sur les pratiques actuelles.

J'ai limité mon champ d'action au site de l'Hôtel Dieu.

J'ai pensé que l'implantation pavillonnaire des blocs opératoires sur ce site se prêterait bien à ce genre d'enquête.

Et puis, il faut aussi avouer un petit penchant affectif pour l'hôpital où j'ai commencé ma carrière d'infirmière.

Je vais donc commencer par vous présenter ce site.

## **PRESENTATION DES BLOCS OPERATOIRES DE L'HOTEL DIEU**

C'est un hôpital pavillonnaire.

On y retrouve :

### **LE BLOC CENTRAL**

Il est situé dans le bâtiment central où l'on peut également trouver les urgences pédiatriques, les services de médecine pédiatrique, le service de chirurgie pédiatrique, toute l'oncologie pédiatrique et quelques autres services de médecine et de chirurgie.

Il y a en plus les deux réanimations (adultes et pédiatriques).

Il est composé de deux étages.


- 1<sup>er</sup> étage :                    bloc maxillo facial avec 3 salles d'opérations  
                                      SSPI maxillo facial avec 3 postes de réveil
  
- 2<sup>ème</sup> étage :                    bloc pédiatrique avec 3 salles d'opérations  
                                      SSPI pédiatrique avec 3 postes de réveil

Les deux étages constituent une seule unité qui est le bloc central de l'Hôtel Dieu.

La SSPI H24 est quant à elle située au niveau de la SSPI maxillo facial. C'est-à-dire qu'elle devient H24 à partir de 18 heures et ceci jusqu'à 8 heures du matin.

## LE CHGE

C'est un pavillon indépendant de l'Hôtel Dieu. On y retrouve toute la gastro entérologie sur trois étages.

- Rez de chaussée bas :      bloc opératoire avec 3 salles d'opérations  
   SSPI avec 5 postes de réveil
  
- Rez de chaussée haut :      endoscopie digestive  
   SSPI avec 1 poste de réveil  
   consultations 
  
- 1<sup>er</sup> étage :                      service de chirurgie digestive  
   consultations
  
- 2<sup>ème</sup> étage :                    service de chirurgie digestive  
   consultations
  
- 3<sup>ème</sup> étage :                    service de médecine gastro entérologie  
   consultations



## LA POLYCLINIQUE

C'est un pavillon indépendant de l'Hôtel Dieu. On y trouve les services de gynécologie et d'obstétrique sur quatre étages.

- Sous-sol : consultations gynécologiques et obstétriques  
échographies
- Rez de chaussée : bureau des entrées  
service de gynécologie
- 1<sup>er</sup> étage : bloc opératoire avec 1 salle d'opération  
SSPI avec 1 poste de réveil  
consultations  
service de Fécondation In Vitro (FIV)  
échographies
- 2<sup>ème</sup> étage : laser  
hôpital de jour
- 3<sup>ème</sup> étage : service d'obstétrique  
bloc opératoire avec 2 salles d'opérations  
SSPI avec 3 postes de réveil
- 4<sup>ème</sup> étage : 3 box d'accouchement  
1 box pré parturiente  
1 salle de bloc opératoire réservée aux césariennes

## LA MATERNITE

C'est un pavillon indépendant de l'Hôtel Dieu. On y retrouve des services de gynécologie et d'obstétrique sur deux étages.

- Sous-sol :
  - consultations pré parturiente
  - salle de conférence
  
- Rez de chaussée :
  - bureau des entrées
  - salles d'accouchements : 4 boxes
  - salle pré parturiente
  - bloc opératoire avec 3 salles d'opérations
  - SSPI avec 2 postes de réveil
  
- 1<sup>er</sup> étage :
  - service d'obstétrique
  - échographies
  - consultations
  
- 2<sup>ème</sup> étage :
  - service de gynécologie
  - service de grossesse à haut risque (GHR)
  - médecine fœtale – diagnostic anté natal

# EFFECTIFS DE L'HOTEL DIEU

	MAR	IADE
BLOC CENTRAL	5	10
	Maxillo : 2   Pédiatrie : 3	
POLYCLINIQUE	3	5
CHGE	5	10
MATERNITE	4	5
ROULEMENT JOUR ET NUIT	0	5
TOTAL	17	35

Il est facile de voir que, d'après la description des blocs opératoires de l'Hôtel Dieu, les secteurs sont totalement indépendants.

Deux d'entre eux, d'ailleurs, possèdent leur propre bureau des entrées.

Les professionnels de santé travaillent également de manière indépendante.

Les interventions programmées se font dans tous les secteurs entre 8 heures et 17 heures.

Les SSPI sont fermées à partir de 18 heures.

Pour les urgences obstétricales ou gynécologiques en dehors des heures d'ouverture des blocs opératoires il y a une seule équipe de chirurgiens pour les deux sites (maternité et polyclinique).

Les professionnels travaillant en anesthésie (MAR et IADE) sont les seuls à intervenir sur tous les secteurs et sont donc les seuls à devoir s'adapter à la géographie des lieux et aux habitudes de service.

Pour les urgences en chirurgie pédiatrique, en chirurgie maxillo faciale, en chirurgie digestive, en gynécologie, ou en obstétrique, il y a un médecin anesthésiste réanimateur, une infirmière anesthésiste pour le bloc et une infirmière anesthésiste pour le réveil et la H24.

L'organisation ressemble à celle qui se pratique sur le secteur de Gabriel Montpied. Toutefois, la difficulté n'est pas la même en cas de deux interventions simultanées car si cela reste gérable sur Gabriel Montpied, l'éclatement des sites de l'Hôtel Dieu complique bien le travail des professionnels.

C'est pour cela, qu'il me semble utile de réduire les difficultés induites par un hôpital pavillonnaire, en proposant le même outil de travail aux différents intervenants du secteur anesthésie.

Je pense que les risques d'erreur s'en trouveraient diminuer et assurerait une meilleure qualité de soins et une sécurité optimale à ces patients.

Un dossier d'anesthésie unique, est-ce une nécessité ? Une utopie ?

Pour le savoir, il m'a semblé nécessaire de consulter les personnes concernées.

J'ai donc interrogé l'équipe d'anesthésie de l'Hôtel Dieu pour savoir qu'elles sont leurs attentes, leurs besoins et leurs envies.

### **III - EXPERIENCES PROFESSIONNELLES AU CHU DE CLERMONT-FERRAND**

#### **III.1 – SERVICE DE CHIRURGIE ET DOSSIER D'ANESTHESIE**

En arrivant au premier CHGE (centre hépato gastro entérologie) en septembre 1992, j'avais une vague notion de ce que pouvait être un dossier d'anesthésie.

J'avais d'ailleurs une vague notion de l'anesthésie tout court.

Diplômée depuis juin 1992, les cours d'anesthésie proposés au programme des écoles de soins infirmiers n'avaient pas été assurés jusqu'au bout par manque d'intervenants.

En intégrant un service de chirurgie, j'ai vite été confrontée à la réalité et à la préparation de ce fameux dossier d'anesthésie.

Le service de chirurgie digestive était assez bien organisé. En effet, lors du staff du vendredi, notre surveillante récupérait toutes les feuilles d'anesthésie des patients prévus pour la semaine suivante.

En même temps, elle récupérait la feuille d'hospitalisation avec l'indication chirurgicale, remplie par le chirurgien.

A cela s'ajoutait le compte rendu par écrit du staff où était passé en revue tous les patients hospitalisés, ainsi que les futurs opérés.

Les internes préparaient leurs résumés la veille et le donnaient à la secrétaire du service qui le dactylographiait pour le staff.

Tous ces documents étaient très précieux pour les infirmières et permettaient de faire un accueil personnalisé des patients. Tous les antécédents et traitements étaient notés, ce recueil de données était assez complet et précis. On y trouvait :

- le motif d'hospitalisation
- le type de chirurgie
- les différents protocoles alimentaires
- etc...

Toutes ces données nous permettaient de préparer le dossier d'anesthésie en ayant une idée du terrain et de la chirurgie.

La prise en charge était optimale et des liens de confiance pouvaient ainsi s'établir facilement.

Le dossier d'anesthésie, quant à lui, consistait en une pochette cartonnée où l'on rangeait :

- les résultats de bilans sanguins
- la feuille d'anesthésie
- les étiquettes
- la carte de groupe  $\oplus$  RAI
- l'ECG si demandé
- la RP si demandée

Le tout était associé au dossier médical.

Au retour du bloc, on reclassait tous les documents dans les pochettes d'origine, à l'intérieur du dossier médical. Le dossier d'anesthésie se trouvait ainsi complètement éclaté. La feuille d'anesthésie quant à elle, restait archivée au niveau de la salle de réveil.

De nos jours, cette pratique existe toujours.

La seule différence, c'est qu'il est fait une photocopie qui va être ajoutée au dossier médical.

9  
Le patient remonte dans les étages avec une prescription post opératoire commune aux chirurgiens et aux anesthésistes.

On peut y trouver un schéma de l'incision ainsi que l'emplacement des drainages et la conduite à tenir concernant ces derniers. Apparaît également l'heure des dernières injections d'antalgiques ainsi que les dernières constantes de salle de réveil.

C'était mon premier poste d'infirmière et je pensais que dans tous les services de chirurgie, la prise en charge et la constitution du dossier d'anesthésie étaient les mêmes.

### **III.2 – SERVICE DE PEDIATRIE ET DOSSIER D'ANESTHESIE**

En 1998, quand je suis arrivée en salle de soins post interventionnelles (SSPI) du bloc pédiatrique, j'ai constaté que les pratiques étaient bien différentes.

Le fameux compte rendu de staff médico chirurgical, dactylographié par la secrétaire, n'existait pas.

Ce document, si précieux pour nous les infirmières, n'était pas rédigé.

Il a donc fallu que j'apprenne à accueillir mes petits patients, sans aucune anticipation possible, puisque j'avais leur dossier en main en même temps qu'eux.

Après les avoir installé, je pouvais découvrir leur dossier d'anesthésie. Celui-ci était une vraie mine de renseignements.

En premier lieu, il était individuel et nominatif et surtout il était facilement identifiable (couleur verte) toutes les feuilles d'anesthésie remplies pour différentes chirurgies s'y regroupaient et l'on pouvait avoir un itinéraire précis du parcours chirurgical et anesthésique de ces enfants.



La feuille d'anesthésie était très différente de celle utilisée au CHGE, mais, en général, on y retrouvait les mêmes items.

Là également, on fait une photocopie de la feuille d'anesthésie qui va être archivée en SSPI.

L'original repart, avec le dossier d'anesthésie, dans le dossier médical.

On peut constater qu'ici c'est le contraire de ce qui se passe au CHGE.

L'original reste dans le dossier médical et la photocopie en SSPI.

### **III.3 – BLOC CENTRAL DE L'HÔTEL DIEU**

En novembre 2000, le bloc pédiatrique déménage du pavillon indépendant où il était.

Il rejoint le bloc maxillo facial pour former une unité qui va porter le nom de bloc central de l'Hôtel Dieu. C'est à ce niveau que la SSPI dénommée H24 accueille les patients sept jours sur sept, 24 heures sur 24, depuis avril 1998.

L'unité bloc central va se trouver sur deux niveaux :

- 1er étage :            bloc maxillo facial  
                              SSPI
- 2<sup>ème</sup> étage :            bloc pédiatrique  
                              SSPI

De part ma fonction d'infirmière de salle de réveil, je suis amenée à être polyvalente sur les deux étages.

Je peux alors constater que l'organisation du bloc maxillo est encore différente.

Le dossier d'anesthésie est solidaire du dossier médical.

Il s'agit d'une pochette transparente collée sur le devant du dossier médical. Dedans, on place tous les documents nécessaires à la constitution du dossier d'anesthésie.

La feuille d'anesthésie repart avec le patient dans son dossier médical. Aucune photocopie n'est faite, pas d'archives.

### **III.4 – LA H24**

Comme nous l'avons vu précédemment, chaque bloc opératoire de l'Hôtel Dieu possède sa SSPI.

En règle général, les SSPI fonctionnent de 9 heures à 18 heures avec le personnel du secteur concerné.

Seul exception : la H24 ; Comme son nom l'indique elle fonctionne 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24.

Elle occupe les locaux de la SSPI du bloc maxillo facial.

Cette salle de réveil est donc SSPI maxillo de 9 heures à 18 heures et H24 entre 18 heures et 8 heures.

Le personnel travaillant sur ce secteur est amené à avoir deux activités :

- réveil SSPI maxillo facial avec un accueil de patients bien ciblés entre 8 heures et 18 heures
- H24 avec un accueil de patients aux pathologies diverses au-delà de ces horaires.

Participant au fonctionnement de la H24, je suis obligée de me déplacer sur les différents sites opératoires de l'Hôtel Dieu. En effet, il est facile de comprendre qu'il est plus simple de déplacer l'infirmière de salle de réveil que les patients.

Ces déplacements sont donc fréquents quand il n'y a pas de malades sur le site de la H24.

C'est ainsi que je constate que tous les blocs opératoires fonctionnent de manière autonome, et tous ont des dossiers et des feuilles d'anesthésie différents.

### **III.5 – ECOLE IADE**

En octobre 2003, j'intègre l'école d'IADE du CHU de Clermont Ferrand.

J'agrandis mon territoire puisque je découvre le bloc central de l'hôpital Gabriel Montpied.

Il est situé au 3<sup>ème</sup> étage de l'extension et il regroupe 6 spécialités.

Chacune d'elle se partage un nombre de salles d'opérations :

- |                |          |
|----------------|----------|
| - NEUROLOGIE : | 3 salles |
| - ORL :        | 3 salles |
| - VASCULAIRE : | 3 salles |
| - UROLOGIE :   | 2 salles |
| - ORTHOPEDIE : | 2 salles |
| - THORACIQUE : | 1 salle  |

à cela on ajoute : 2 salles pour les urgences

et : 2 salles pour les interventions septiques

soit 18 salles en totalités.

On trouve également une grande SSPI centrale.

Elles est composée de deux salles communiquant entre elles avec 10 postes de réveil chacune.

Il y a trois autres secteurs où il se pratique des anesthésies en dehors du bloc central :

- la radio interventionnelle : 3 salles : 2 pour la radio vasculaire  
1 pour la radio neuro  
1 SSPI - 4 postes
- le bloc OPH : 3 salles  
3 postes de réveil sans SSPI
- le bloc CCV 3 salles  
pas de SSPI (les patients vont directement en réanimation)

Tous ces secteurs ont des activités bien différentes et pourtant leur feuille d'anesthésie est la même.

Le dossier quant à lui est secteur dépendant et plusieurs modèles sont utilisés.

La feuille d'anesthésie va être photocopiée et classée dans le dossier médical. L'originale va être archivée au niveau de la SSPI.

On retrouve la même pratique qu'au CHGE.

Les autres secteurs de l'Hôtel Dieu (maternité, polyclinique) ont la même organisation que la pédiatrie. L'original de la feuille d'anesthésie repart avec le dossier médical.

#### IV - ENQUETE

Dans le but d'uniformiser les pratiques, quels sont pour vous les documents importants devant apparaître dans un dossier d'anesthésie ?

	<i>Oui</i>	<i>Non</i>	<i>Sans avis</i>
- Consentement éclairé du patient ou autorisation pour un patient mineur ou sous tutelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Informations médicales sur la chirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Informations médicales sur les différents protocoles d'anesthésie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Informations sur la transfusion et les risques transfusionnels	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Informations sur les infections nosocomiales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Bilans sanguins			
NFS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
BC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IONO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Carte de groupe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RAI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Protocole RAI étendues	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- E C G	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- R P	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Consultations spécialisées			
Compte rendu consultation cardiologique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EFR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Feuille d'anesthésie avec			
Consultation pré-anesthésie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Visite pré-anesthésie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Protocole choisi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Fiche de liaison inter service  
Service de chirurgie / bloc / SSPI / service chirurgie ☐ ☐ ☐
- Traçabilité du matériel utilisé
 

Kit de KTC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Artériocath.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cell SAVER	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
T.G.V.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SAD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SNG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IOT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VVP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Suggestions

---

---

---

---

---

Sur l'Hôtel Dieu, il n'existe pas de feuille d'anesthésie « standard » commune à tous les blocs.

Pourquoi ?

---

---

---

---

---

Pensez-vous qu'une uniformisation soit :

*Oui*

*Non*

*Sans avis*

Utile

☐☐☐

Nécessaire

☐☐☐

Si oui, pourquoi ?

Si non, pourquoi ?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

La S.F.A.R. recommande un dossier d'anesthésie individuel, facilement identifiable, confidentiel et inclus dans le dossier du patient. (SFAR du 14 décembre 2001)

Actuellement, seul le secteur pédiatrique accède à cette recommandation.

Peut-on envisager d'étendre cette pratique à l'ensemble de l'Hôtel Dieu ?

*Oui*

*Non*

*Sans avis*

☐☐☐

Pourquoi ?

---

---

---

---

---

Pour que le dossier d'anesthésie soit facilement identifiable par tous les intervenants :

Pensez-vous qu'il serait bon d'avoir une présentation unique pour l'Hôtel Dieu ?

*Oui*

*Non*

*Sans avis*

☐☐☐

Pensez-vous qu'un code couleur « flash » comme le recommande les publicistes soit indispensable ?

<i>Oui</i>	<i>Non</i>	<i>Sans avis</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si oui, quelle est selon vous la couleur la plus appropriée ?

Orange	<input type="checkbox"/>
Vert	<input type="checkbox"/>
Jaune	<input type="checkbox"/>
Violet	<input type="checkbox"/>
Sans avis	<input type="checkbox"/>

Un dossier d'anesthésie unique est-il pour vous la garantie d'une meilleure qualité de travail ?

<i>Oui</i>	<i>Non</i>	<i>Sans avis</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

L'ANAES, dans son manuel d'accréditation, recommande une bonne tenue du dossier du patient afin de contribuer à la continuité, la sécurité et l'efficacité des soins.  
(ANAES – Juin 2003 ; p. 49)

Pensez-vous que le dossier d'anesthésie unique et commun à tous soit un bon compromis ?

<i>Oui</i>	<i>Non</i>	<i>Sans avis</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pourquoi ?

---

---

---

---

---



#### IV.1 – LE QUESTIONNAIRE

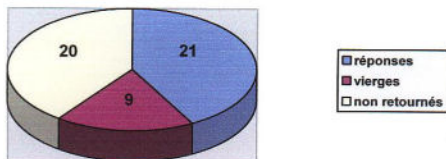
50 questionnaires ont été distribués sur l'ensemble de l'Hôtel Dieu.

Les cinq sites ont été sollicités.

20 questionnaires n'ont pas été retournés.

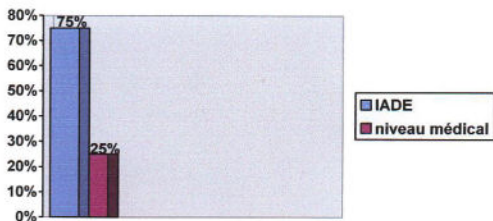
30 questionnaires ont été récupérés parmi lesquels :

- 21 réponses
- 9 revenus vierges



42 % de questionnaires seulement sont revenus remplis.

J'ai constaté une forte participation d'IADE (75%) et une participation un peu moindre au niveau médicale (25%).



## **IV.2 – ANALYSE DES QUESTIONS**

### **IV.2.1 – Question n° 1**

*DANS LE BUT D'UNIFORMISER LES PRATIQUES, QUELS SONT POUR VOUS LES DOCUMENTS IMPORTANTS DEVANT APPARAÎTRE DANS UN DOSSIER D'ANESTHÉSIE ?*

D'après les réponses obtenues, les documents arrivant en tête sont :

- la feuille d'anesthésie avec :
  - la consultation pré anesthésique 100 % des réponses
  - le protocole d'anesthésie 100 % des réponses
- le consentement éclairé ou autorisation pour un patient mineur ou sous tutelle 100 % des réponses

Ensuite par ordre décroissant :

- la carte de groupe 90 % des réponses
- RAI 90 % des réponses
- la visite pré anesthésie 90 % des réponses
- les bilans sanguins 80 % des réponses

Toutefois les réponses concernant ces derniers précisent bien qu'ils doivent être réalisés sur prescription médicale, selon les recommandations d'experts, l'âge, le type d'intervention et les antécédents du patient. Le systématique doit être oublié pour participer activement aux économies de santé.

- la fiche de liaison inter service 80 % des réponses
- l'information sur la transfusion 75 % des réponses
- E C G 70 % des réponses
- compte-rendu de consultations spécialisées 65 % des réponses
- R P 60 % des réponses
- informations sur les différents protocoles d'anesthésie 60 % des réponses
- informations sur la chirurgie 55 % des réponses
- protocoles RAI étendus 55 % des réponses

En ce qui concerne la traçabilité du matériel utilisé, le sujet est très controversé :

50 % des personnes interrogées pensent qu'il faudrait y venir.

Pourtant personne ne veut remplir les formulaires ni garder les emballages.

Les professionnels souhaiteraient que les fabricants et les laboratoires leur facilitent le travail avec des étiquettes détachables et autocollantes ou bien alors la lecture des codes barres avec un crayon optique qui permettrait en même temps de gérer les stocks et les commandes.

Certains s'accordent à dire que la traçabilité du matériel est l'avenir de la profession d'IADE et le matériel utilisé doit pouvoir être tracé au niveau informatique.

Mais comme nous l'avons vu 50 % des personnes interrogées ne s'intéressent pas du tout à la traçabilité.

Elles voient cela comme une surcharge de travail qui ne sert à rien.

Le débat reste ouvert.

Il me semble pourtant que cette démarche assurerait à notre profession plus de crédibilité.

En ce qui concerne les infections nosocomiales, la profession dans son ensemble pense que c'est plutôt au chirurgien d'informer les patients.

Plus de 25 % des personnes interrogées n'ont pas d'avis sur ce sujet.

L'information aux malades suscite beaucoup d'intérêt.

Au niveau médical, l'information est délivrée au moment de la consultation d'anesthésie. Cette dernière peut être limitée dans le temps et oblige nos praticiens à parer au plus urgent. Seuls les risques très spécifiques de la chirurgie et le protocole d'anesthésie sont évoqués.

Au niveau infirmier, on aimerait savoir quelle information a été délivrée surtout au niveau prise en charge de la douleur et sur les effets des A.L.R.

#### **IV.2.2 – Question n° 2**

*POURQUOI N'EXISTE-T-IL PAS DE FEUILLE D'ANESTHESIE COMMUNE A TOUS LES SECTEURS DE L'HOTEL DIEU ?*

La réponse semble être liée à l'histoire de cet hôpital pavillonnaire.

Il y a une dizaine d'années, les effectifs étaient très réduits. Le manque de M.A.R. et d'IADE se faisait cruellement sentir.

Certains secteurs comme la polyclinique ou la maternité fonctionnaient avec un seul IADE. Idem pour la pédiatrie qui a fonctionné avec deux IADE jusqu'en 2000.

Le secteur maxillo fascial étaient associé avec la neurochirurgie et fonctionnait avec trois IADE.

Il n'y a pas eu de cadre sur le site pendant très longtemps ou alors de manière épisodique.

Du fait de la configuration des locaux et des faibles effectifs, les gens communiquaient peu.

Depuis 1998, les équipes se sont un peu étoffées et alors, chacun à essayer d'améliorer les choses sur son secteur.

L'absence de cadre à répétitions et les différents occasionnés par le fonctionnement de la salle de réveil H24, n'encourage pas les équipes à communiquer entre elles.

Chacun travaille individuellement.

Pourtant, le besoin d'unité se fait sentir et les IADE aimeraient avoir un document de travail commun qui leur permettrait d'avoir des repères stables surtout pendant l'activité de garde.

Là-dessus, leurs idées se rejoignent et la spécificité chirurgicale devient un faux problème.

La majorité des personnes interrogées, toutes catégories confondues, aimerait avoir des projets en commun ainsi que des réflexions autour de l'organisation du travail.

Elles espèrent pouvoir concrétiser le projet d'une feuille d'anesthésie commune avec l'ouverture du nouvel hôpital Estaing (N.H.E.).

Beaucoup souhaiterait anticiper avec l'aide du chef de service, le professeur J.E. BAZIN.

Toutefois, les personnes interrogées sont conscientes que les besoins de chacun sont différents et qu'il sera difficile de mettre tout le monde d'accord.

Et puis, une unité pour l'anesthésie, quelque soit le secteur de chirurgie, va créer d'autres besoins qui pour l'instant, ne sont pas gérables sur l'Hôtel Dieu.

On pourrait envisager un grand service de consultations avec un secrétariat et des archives adaptées.

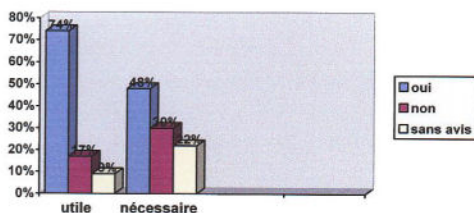
La solution pourrait nous venir de l'informatique avec un programme bien complet ou chacun pourrait trouver son compte. Les feuilles d'anesthésie avec les consultations d'anesthésie pourraient être ainsi retranscrites et sauvegardées et surtout accessibles en cas d'urgence quelque soit le secteur concerné.

Un programme est en train de voir le jour mais pour l'instant il n'en est qu'au balbutiement.

#### **IV.2.3 – Question n° 3**

*PENSEZ-VOUS QU'UNE UNIFORMISATION SOIT UTILE OU NECESSAIRE ?*

	OUI	NON	SANS AVIS
UTILE	17 74 %	4 17 %	2 9 %
NECESSAIRE	11 48 %	7 30 %	5 22 %



2 personnes ont répondu oui et non, ce qui explique que l'on trouve un total de 23 réponses alors que seulement 21 questionnaires ont été dépouillés.

Comme on peut le constater la majorité des personnes pensent qu'une uniformisation serait utile.

Du fait de la mobilité des M.A.R. et des IADE pendant l'activité de garde, l'uniformisation permettrait à tout le monde de trouver facilement les renseignements nécessaires à toute anesthésie et serait bénéfique au patient. Moins de risques d'erreur, moins d'oublis, plus de facilité et de simplicité sont les principaux arguments.

Cela permettrait un meilleur traitement des informations et des données pour un personnel de plus en plus polyvalent.

Cela réduirait les frais de reproduction.

Toutefois, il est possible de travailler avec des feuilles d'anesthésie différentes et la nécessité d'avoir une feuille commune est plus controversée.

Certains pensent qu'un document commun peut engendrer des habitudes et réduire la vigilance.

La faculté d'adaptation est aussi une qualité nécessaire à la pratique de l'anesthésie.

Le fait d'avoir des feuilles d'anesthésie différentes peut au contraire améliorer et augmenter la vigilance. Cela permet de mettre en exergue, ce dont on a vraiment besoin suivant la chirurgie et le patient.

Par contre, un dossier commun, et surtout un dossier informatisé, semble recueillir l'unanimité.

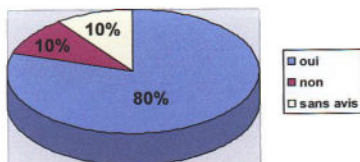
#### **IV.2.4 – Question n° 4**

La S.F.A.R. recommande un dossier d'anesthésie individuel facilement identifiable, confidentiel et inclus dans le dossier du patient (S.F.A.R. du 14 décembre 2001).

Actuellement, seul le secteur pédiatrique accède à cette recommandation.

PEUT-ON ENVISAGER D'ETENDRE CETTE PRATIQUE A L'ENSEMBLE DE L'HOTEL DIEU ?

OUI	NON	SANS AVIS
17	2	2
80 %	10 %	10 %



On constate également que la majorité des personnes interrogées accède à cette démarche.

Cela permettrait de trouver les éléments concernant l'anesthésie rapidement et non pas dilués dans l'ensemble du dossier médical.

Cela permettrait de trouver les informations nécessaires sans retourner tout le dossier médical au risque de perdre des éléments.

Le regroupement des feuilles d'anesthésie (qui pourront être différentes selon les secteurs) dans un dossier unique serait un gage de plus de rigueur et donc d'efficacité.

Cela amènerait un gain de temps considérable et améliorerait la qualité du travail des différents intervenants.

Cela permettrait de pérenniser ce dossier et d'avoir un meilleur suivi des patients.

Pour cela, il faudra régler le problème de l'archivage et de l'accès en urgence (surtout nocturne).

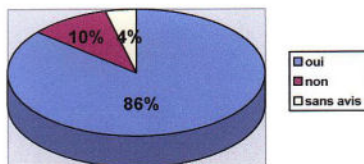
La encore, le dossier informatisé semble être la solution.

#### **IV.2.5 – Question n° 5**

Pour que le dossier d'anesthésie soit facilement identifiable par tous les intervenants :

PENSEZ-VOUS QU'IL SERAIT BON D'AVOIR UNE PRESENTATION UNIQUE POUR L'HOTEL DIEU ?

OUI	NON	SANS AVIS
18	2	1
86 %	10 %	4 %



Une majorité a répondu oui mais en précisant bien qu'il serait bon d'avoir une présentation unique pour le dossier d'anesthésie, pas pour la feuille d'anesthésie.



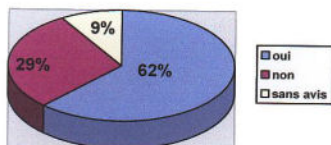
#### IV.2.6 – Question n° 6

En ce qui concerne la couleur du dossier d'anesthésie :

13 personnes pensent qu'il faudrait une couleur flash (62 %)

6 personnes pensent le contraire (29 %)

2 personnes sont sans avis (9 %)

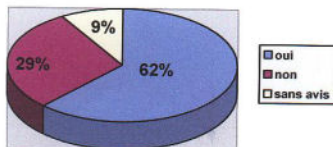


La couleur ayant eu le plus de voix est le vert (7 voix : 34 %), en sachant que sur les 21 personnes interrogées 8 ont répondu que la couleur leur était indifférente (38 %), 3 préfèrent le orange (14 %) et 3 le jaune (14 %).

#### IV.2.7 – Question n° 7

*UN DOSSIER D'ANESTHESIE UNIQUE EST-IL POUR VOUS LA GARANTIE D'UNE MEILLEURE QUALITE DE TRAVAIL ?*

OUI	NON	SANS AVIS
13	6	2
62 %	29 %	9 %



Si globalement la majorité a répondu oui, il y a quand même des bémols dans les réponses.

Le personnel travaillant dans un secteur d'anesthésie se doit d'avoir une qualité de travail irréprochable et ceci quelque soit la forme ou la couleur du dossier d'anesthésie.

Par contre, cela pourrait amener une meilleure qualité de travail dans le sens où il y aurait un meilleur suivi.

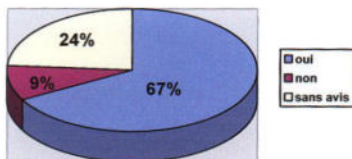
Mais il faudra que tous les intervenants jouent le jeu et le remplissent rigoureusement.

Il devra être tenu correctement et actualisé.

#### **IV.2.8 – Question n° 8**

*PENSEZ-VOUS QUE LE DOSSIER D'ANESTHESIE UNIQUE ET CUMMUN A TOUS SOIT UN BON COMPROMIS ?*

OUI	NON	SANS AVIS
14	2	5
67 %	9 %	24 %



Deux tiers des personnes interrogées pensent qu'un dossier unique et commun à tous est un bon compromis. Cela permettrait aux différents personnels étant amenés à intervenir sur tous les sites existants, de gagner du temps pour prendre en charge leurs patients et trouver les informations nécessaires.

Il faut qu'il soit facilement identifiable, regroupant toutes les feuilles d'anesthésie pour un même patient. Il doit être complet, rigoureux et inclus dans le dossier médico chirurgical.

Il doit permettre aux soignants de se consacrer à leur principale fonction, centrée initialement autour du patient et non pas aux documents qui s'y rapportent.

Il doit permettre de centraliser les informations pour un seul patient, assurant un meilleur suivi dans la prise en charge.

Il doit faciliter la mise en place de protocole et améliorer la traçabilité.

Il doit être tenu correctement, actualisé sinon personne ne s'en servira.

Il faut qu'il soit accessible à tout moment ce qui amène à nous poser la question de sa gestion.

Que va-t-il devenir dans les services ?

Qui va le classer ? La secrétaire, l'externe, l'interne, l'IDE du service, l'IADE de S.S.P.I. ?

Où va-t-il être archivé ?

La encore, l'informatique pourrait être la solution.

## **CONCLUSION**

## CONCLUSION

Si l'ensemble de la profession s'accorde à dire qu'un dossier d'anesthésie unique serait bénéfique pour la prise en charge des patients, il faut rester prudent quant à sa conception.

Il semble difficile dans l'état actuel des choses avec des blocs pavillonnaires et des spécialités très différentes de concrétiser le projet.

Mais il y a une vraie volonté d'équipe pour améliorer les choses.

La construction du N.H.E. semble être le lien et l'opportunité qui permettra une uniformisation des pratiques.

Les progrès informatiques vont permettre la concrétisation des projets les plus fous et bientôt le dossier d'anesthésie ne sera plus ni vert ni orange mais ressemblera à une petite clé USB ou à un CD ROM.

## **BIBLIOGRAPHIE**

# BIBLIOGRAPHIE

## LIVRES

ANAES – Manuel d'accréditation des établissements de santé – Actualisation Juin 2003

Dossier Anesthésique – Formation/information des A.F.A.R. – Décembre 2001

## TEXTES OFFICIELS

Dossier patient (DPASd) – ANAES – Juin 2003

Décret n° 2002-637 du 29 avril 2002 du Code de la Santé Publique

Art. L 1111.4

Art. L 1111.6

Art. L 1111.7

Art. L 1112.2

Art. R 710.2.2

Art. R 710.2.3

Art. R 666.12.24

Décret n° 94-1050 du 5 décembre 1994 du Code de la Santé Publique

Recommandation de la SFAR

Janvier 1994

Septembre 1994

Janvier 1998

Décembre 1998

Mars 1999

Secrétariat d'état à la santé n° 98/231 du 9 avril 1998

## INTERNET

[WWW.Légifrance.gouv.fr](http://WWW.Légifrance.gouv.fr)

<http://ordmed.org>

[WWW.Sfar.org](http://WWW.Sfar.org)