



REFERENTIEL DE PRATIQUES PROFESSIONNELLES

Tenue du dossier d'anesthésie

Juin 2005

L'utilisation partielle ou totale de ce référentiel nécessite l'accord préalable des promoteurs (CFAR et SFAR).

REMERCIEMENTS

Membres du groupe de travail

- Dr Marc Dahlet, président du groupe de travail, clinique de l'Orangerie, Strasbourg, marc.dahlet@free.fr, marc.dahlet@clinique-orangerie.com ;
- Dr Béatrice Eon, chargée de projet, CHU hôpitaux Sud, Marseille, beatrice.eon@ap-hm.fr ;
- Dr Bruno Bally, chef de projet Anaes, service évaluation des pratiques, b.bally@has-sante.fr ;
- Dr Marina Martinowsky, chef de projet Anaes, service évaluation des pratiques, m.martinowsky@has-sante.fr ;
- Dr Sylvain Ausset, hôpital Percy, Clamart, sylvain.ausset@netcourrier.fr ;
- Dr Jean-Louis Blache, CLCC - Institut Paoli Calmettes, Marseille, blachejl@marseille.fnclcc.fr ;
- Dr Christian Bléry, clinique Saint-Roth, Cavaillon, christian.blery@wanadoo.fr ;
- Pr François Clergue, HUG, Genève, francois.clergue@hcuge.ch ;
- Dr Marie-Laure Fornecker, CHG, Haguenau, marie-laure.fornecker@ch-haguenau.fr ;
- Pr Jean-Claude Granry, CHU, Angers, JCGranry@chu-angers.fr ;
- Dr Olivier Guyonnaud, CHG, Saintes, guyonnol@ch-saintes.fr ;
- Dr Alain Landais, CHG, Argenteuil, a-landais@wanadoo.fr ;
- Pr Pierre Maurette, CHU, Bordeaux, pierre.maurette@chu-bordeaux.fr.

Membres du groupe de lecture

- **Experts du thème :**
 - D^f Marie-Paule Chariot, anesthésiste-réanimateur, Cornebarrieu
 - P^f Bertrand Debaene, anesthésiste-réanimateur, Poitiers ;
 - D^f Jean-Marc Dumeix, anesthésiste-réanimateur, Saint-Rémy ;
 - D^f Claude Jacquot, anesthésiste-réanimateur, Grenoble ;
 - D^f Didier Réa, anesthésiste-réanimateur, Orléans.
- **Experts de la méthode :**
 - D^f Gérard Andreotti, généraliste, PACA ;
 - D^f Éric Bodiguel, neurologue, Centre ;
 - D^f Yann-Yves Bonnet, anesthésiste, Auvergne ;
 - D^f Philippe Bouche, généraliste, Nord-Pas-de-Calais ;
 - D^f Gérard Bourrel, généraliste, Languedoc-Roussillon ;
 - D^f Monique Lathelize, anesthésiste-réanimateur, Limousin ;
 - D^f Alain Lepape, anesthésiste-réanimateur, Rhône-Alpes ;
 - D^f Jean-François Perrocheau, généraliste, Basse-Normandie ;
 - D^f Annette Salczinski, cadre de santé, Nord-Pas-de-Calais ;
 - D^f Pierre Squara, cardiologue, Île-de-France.

Membres du groupe test

- D^r Julien Abdeh, Le Mans (privé) ;
- P^r Olivier Bastien, Lyon (public) ;
- D^r Hubert Bermudes, Toulouse (privé) ;
- D^r Jean Pierre Bernier, Bordeaux (privé) ;
- D^r Pierre Blanquart, Vire (privé) ;
- D^r Stéphane Donnadiou, Paris (public) ;
- D^r Hélène Dreux Boucard, Aulnay-sous-Bois (public) ;
- D^r Jacques Bruna, Trélazé (privé) ;
- D^r Michel Cobo, Saint-Chamond (public) ;
- D^r Francis Didelot, Briey (public) ;
- D^r Patrick Dumas, Bordeaux (privé) ;
- D^r Jean Marie Friedrich, Troyes (privé) ;
- D^r Yves Galloux, Beaune (public) ;
- D^r Patrice Guedj, Montauban (public) ;
- D^r Thierry Hentz, Annonay (privé) ;
- D^r Edith Horvilleur, La Tronche (public) ;
- D^r Jean-Claude Hummel, Ambert (public) ;
- D^r Pierre Marie Le Goff, Courbevoie (privé) ;
- D^r Fabrice Loridon, Nice (privé) ;
- D^r Jean-Yves Mandorla, Bastia (public) ;
- D^r Jean-Louis Mathiot, Paris (public) ;
- D^r Marthe Montibus, Toulouse (public) ;
- D^r François Mordon, Le Mans (privé).
- D^r Jean Perrin, Talant (Privé) ;
- D^r Véronique Portal, Lille (privé) ;
- D^r Delphine Provost, Rouen (public) ;
- D^r Christian Puig, Saint Laurent-du-Var (privé) ;
- D^r Jean-Pierre Sevin, Dijon (privé) ;
- P^r Annick Steib, Strasbourg (public) ;
- D^r Jean Tourrès, Saint-Herblain (privé) ;
- D^r François Venutolo, Gonesse (public).

PREFACE

L'élaboration d'un référentiel d'EPP sur la tenue du dossier d'anesthésie est une figure imposée incontournable, préalable 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 :

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

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'équipes.

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 des anesthésistes-réanimateurs ;
- Société française d'anesthésie et de réanimation.

Encadrement méthodologique :
Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé.

II. SOURCES

- Le dossier d'anesthésie, SFAR décembre 2001 : <http://www.sfar.org/dossierarfr.html> ;
- Dossier du patient : amélioration de la qualité de la tenue et du contenu – Réglementation et recommandations. Anaes Septembre 2003, <http://www.anaes.fr> ;
- Étude d'évaluation des pratiques Dossier du patient – Fascicule 2 : réalisation pratique de l'audit clinique. Anaes Septembre 2003 ;
- Étude d'évaluation des pratiques Dossier du patient – Fascicule 3 : méthodes d'amélioration de la qualité. Anaes Septembre 2003 ;
- Base française d'évaluation en santé : <http://bfes.anaes.fr/index.html> ;
- Code de la santé publique ;
- Agency for healthcare research and quality : <http://www.ahcpr.gov/>.

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 CONCERNES

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

V. UTILISATION DU REFERENTIEL ET EVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES

« L'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) consiste en l'analyse de la pratique professionnelle en référence à des recommandations et selon une méthode élaborée ou validée par la Haute Autorité de santé et inclut la mise en œuvre et le suivi d'actions d'amélioration des pratiques » (décret 2005-346 du 14 avril 2005 relatif à l'évaluation des pratiques professionnelles).

Il s'agit donc d'analyser sa pratique médicale en utilisant des références scientifiques validées grâce à une méthode structurée et explicite d'amélioration continue de la qualité.

- Les références utilisées peuvent être variées (recommandations pour la pratique clinique, textes réglementaires, etc.). Afin de faciliter la démarche d'EPP et son appropriation par les professionnels, ces références peuvent également être déclinées en un document synthétique et pratique d'utilisation : le **référentiel de pratiques professionnelles**.
- Une démarche d'amélioration continue de la qualité met en œuvre, de manière explicite dans la pratique clinique, des références validées (qui peuvent être déclinées en référentiel) avec un objectif d'amélioration de la qualité des soins et de suivi des résultats obtenus.
L'Anaes a publié de nombreuses méthodes d'amélioration continue de la qualité (cf. : Méthodes et outils des démarches qualité pour les établissements de santé. Paris : Anaes ; 2000). Les guides pratiques d'utilisation de ces méthodes sont téléchargeables gratuitement sur le site de la Haute Autorité de santé (<http://www.has-sante.fr>).

Dans le cadre d'une démarche d'EPP, on peut donc, par exemple, associer :

- **référentiel et audit clinique.** Ce référentiel peut être utilisé dans le cadre d'un audit clinique. À partir des dossiers analysés rétrospectivement, les réponses à chaque critère d'évaluation sont recueillies dans une grille d'auto-évaluation (pour chaque critère on recherche si celui-ci est présent, absent ou non applicable). Les résultats seront analysés. Un plan d'amélioration et de suivi est proposé. Un rapport écrit de la démarche est rédigé.
Les documents nécessaires à cet audit ont été regroupés dans l'annexe jointe au référentiel ;
- **référentiel et revue mortalité-morbidité.** À l'occasion d'un décès ou d'une complication morbide, une analyse du dossier et des causes ayant entraîné la complication est réalisée. L'anonymat est respecté. Le référentiel est utilisé pour vérifier si la pratique est conforme (d'autres références peuvent, bien entendu, être utilisées simultanément). Un plan d'amélioration et de suivi est assuré. Un rapport écrit de la démarche est rédigé ;
- **référentiel et programme d'amélioration de la qualité (PAQ-Anaes).** Une équipe médicale souhaite améliorer sa pratique concernant une prise en charge d'un patient. Un groupe de travail est mis en place qui identifiera (définition, limites, acteurs) et décrira le processus (ou la prise en charge) cible. Puis le groupe construira un nouveau processus répondant aux critères de qualité requis à l'aide du référentiel (d'autres références peuvent bien entendu être utilisées simultanément). Enfin un suivi du processus mis en place est assuré. Un rapport écrit de la démarche est rédigé.

Cette liste n'est pas exhaustive, d'autres méthodes existent qui sont ou seront validées par la HAS, mais elles associent toutes l'utilisation de références scientifiques à une méthode structurée et explicite d'amélioration de la qualité.

Les référentiels de pratiques professionnelles HAS-CFAR-SFAR disponibles au 1^{er} juillet 2005 sont :

- le dossier du patient en anesthésie ;
- l'antibioprophylaxie périopératoire ;
- la prise en charge de la douleur postopératoire ;
- la transfusion peropératoire.

VI. OBJECTIFS DE QUALITE

- 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 postanesthésiques 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, conférence d'experts ;
- Permettre la continuité des soins par la communication des prescriptions postanesthésiques (critères 10). Code de la santé publique, Recommandations professionnelles.

Critères d'évaluation

1. Tous les documents du dossier d'anesthésie comportent : le nom patronymique du patient (le nom d'épouse s'il y a lieu), le prénom et la date de naissance.
2. À chaque étape du processus anesthésique (consultation préanesthésique, visite préanesthésique, période peranesthésique, salle de surveillance postinterventionnelle), le nom du médecin anesthésiste-réanimateur intervenant est clairement identifié.
3. Les traitements habituels du patient ou l'absence de traitement sont mentionnés dans le dossier ainsi que la conduite à tenir avant l'anesthésie (arrêt, relais, maintien, modifications de posologies).
4. À l'issue de la consultation préanesthésique, il existe dans le dossier une synthèse explicite du risque anesthésique compte tenu de l'intervention envisagée.
5. Le dossier de consultation préanesthésique contient une conclusion indiquant le protocole de prise en charge anesthésique proposé au patient, avec mention des éléments de la discussion du bénéfice-risque.
6. Une trace écrite de la visite préanesthésique valide le protocole de prise en charge anesthésique proposé à la consultation préanesthésique.
7. Le dossier d'anesthésie précise en pré- et en peropératoire les conditions d'abord des voies aériennes.
8. L'existence ou l'absence d'incidents ou d'accidents péri-anesthésiques est mentionnée dans une rubrique spécifique du dossier d'anesthésie.

9. Il existe dans le dossier d'anesthésie un examen ou des critères cliniques autorisant la sortie du patient de SSPI (salle de surveillance postinterventionnelle).
10. Les prescriptions pour les 24 premières heures postanesthésiques sont explicitement rédigées, horodatées et signées à la sortie de SSPI.

VII. GUIDE DE L'UTILISATEUR

Critère 1 :

Tous les documents du dossier d'anesthésie comportent : le nom patronymique du patient (le nom d'épouse s'il y a lieu), le prénom et la date de naissance.

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 :

À chaque étape du processus anesthésique (consultation préanesthésique, visite préanesthésique, période peranesthésique, salle de surveillance postinterventionnelle), le nom du médecin anesthésiste-réanimateur intervenant est clairement identifié.

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

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

Critère 3 :

Les traitements habituels du patient ou l'absence de traitement sont mentionnés dans le dossier ainsi que la conduite à tenir avant l'anesthésie (arrêt, relais, maintien, modifications de posologies).

- 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, hypoglycémisants, 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 :

À l'issue de la consultation préanesthésique, il existe 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 d'antécédents » ;
- soit, en l'absence de risque supposé, la mention « risque standard » ou « pas de facteurs de risques anesthésiques particuliers » ;
- soit le seul score ASA pour les cas ASA 1 (sous réserve que l'intitulé et les circonstances (réglé, 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 :

Le dossier de consultation préanesthésique contient une conclusion indiquant le protocole de prise en charge anesthésique proposé au patient, avec mention des éléments de la discussion du bénéfice-risque.

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 :

Une trace écrite de la visite préanesthésique valide le protocole de prise en charge anesthésique proposé à la consultation préanesthésique.

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 ;
- consentements éclairés des techniques proposées ;
- d'une confirmation ou d'un changement du protocole de prise en charge anesthésique ;
- de l'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 :

Le dossier d'anesthésie précise en pré- et en peropératoire les conditions d'abord des voies aériennes.

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

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 mentionnée 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 ou d'accidents périanesthésiques est mentionnée dans une rubrique spécifique du dossier d'anesthésie.

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 thésaurus 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 :

Il existe dans le dossier d'anesthésie un examen ou des critères cliniques autorisant la sortie du patient de SSPI (salle de surveillance postinterventionnelle).

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 :

Les prescriptions pour les 24 premières heures postanesthésiques sont explicitement rédigées, horodatées et signées à la sortie de SSPI.

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

VIII. ANNEXE

Utilisation du référentiel avec une méthode d'audit clinique dans le cadre d'une démarche d'évaluation des pratiques professionnelles.

L'audit clinique : c'est une méthode qui va décrire à travers ses étapes successives le cycle d'amélioration continue de la qualité décrit par Deming (planifier, mettre en œuvre, évaluer, améliorer).

Pour plus de détails, on pourra se reporter aux publications de L'Anaes sur le sujet :

- L'audit clinique, ANDEM, juin 1994 ;
- L'audit clinique, bases méthodologiques de l'évaluation des pratiques professionnelles, Anaes, avril 1999 ;
- Réussir un audit clinique et son plan d'amélioration, Anaes, juin 2003.

Après une nécessaire définition et organisation du projet (planifier), l'objectif est donc de comparer la pratique réelle de l'équipe à un référentiel, lui-même établi à partir de références scientifiques validées. Ce référentiel est décliné en une grille de critères d'évaluation qui permet d'évaluer si la pratique est conforme au référentiel (mettre en œuvre). Ensuite l'équipe doit analyser les résultats obtenus (évaluer) et proposer un plan d'amélioration et de suivi (améliorer).

L'utilisation des **référentiels de pratiques professionnelles** réalisés conjointement par la SFAR-CFAR et la HAS permet de réaliser une démarche de type audit clinique, simple et rapide à utiliser pour le médecin anesthésiste-réanimateur. En effet la construction du référentiel et de la grille des critères d'évaluation a été préalablement effectuée sous l'égide du CFAR par un groupe d'anesthésistes-réanimateurs représentatifs de la spécialité. Il ne reste plus alors au médecin qu'à recueillir les réponses aux questions posées par le référentiel à partir d'une étude rétrospective d'au moins vingt dossiers, à analyser ses résultats et à proposer un plan d'amélioration et de suivi de ses pratiques professionnelles. L'utilisation de ces référentiels constitue donc certainement, du moins dans un premier temps, une porte d'entrée dans l'EPP simple et très accessible à tout professionnel même peu familier des méthodes qualité.

Cette démarche pour être valide doit être explicite et doit donner lieu à un **rapport écrit** décrivant la démarche réalisée.

Ce rapport peut suivre le plan type suivant (cf. Réussir un audit clinique et son plan d'amélioration, Anaes, juin 2003) :

- présentation du contexte ;
- objectifs ;
- organisation et déroulement de la démarche (composition du groupe projet ou de l'équipe, unité impliquée, description de la méthode, calendrier et déroulement des différentes étapes) ;
- recueil des données (cf. modèle joint de la grille de recueil des données) ;
- analyse des résultats ;
 - Que pensez-vous de vos résultats (points forts et points à améliorer de votre pratique) ? Sont-ils conformes à ce que vous attendiez ?
 - Comment expliquez-vous, pour certains critères d'évaluation, les éventuels écarts observés ?

- Plan d'amélioration et de suivi ;
 - Quelles actions d'améliorations allez-vous mettre en place ?
 - Comment les actions d'amélioration sont-elles suivies et évaluées ?
- Conclusions et impact de la démarche.

Spécificité de l'anesthésie-réanimation : une démarche **d'équipe** :

Dans l'exercice de l'anesthésie-réanimation, les contraintes organisationnelles et en particulier la nécessaire permanence des soins font qu'au sein des établissements de santé la prise en charge d'un patient implique, le plus souvent, plusieurs médecins anesthésistes-réanimateurs (exemple : consultation d'anesthésie, phase peropératoire, suivi postopératoire et réanimation). Cette spécificité du processus anesthésique a conduit au développement d'une logique du travail en équipe (dossier d'anesthésie partagé, protocoles et procédures communs) contribuant à améliorer la qualité et la continuité des soins et à diminuer les écarts par rapport à une norme validée en anesthésie et en réanimation.

De ce fait l'évaluation des pratiques en anesthésie-réanimation suppose, dans la plupart des cas, une approche du travail en équipe, des médecins anesthésistes-réanimateurs. Dans le cadre d'une démarche d'audit, chaque médecin étudie donc une quotité prédéfinie de dossiers (20 environ, mais le nombre peut être adapté en fonction du thème choisi), les résultats sont mis en commun et une démarche d'amélioration et de suivi est réalisée collectivement.

Cette participation collective à une EPP doit bénéficier :

- à chaque médecin qui la finalise individuellement ;
- au groupe de médecins anesthésistes-réanimateurs.

La définition d'une équipe d'anesthésistes-réanimateurs est ouverte mais on peut néanmoins considérer qu'il s'agit de la plus petite entité prenant en charge un patient (exemple : équipe d'anesthésie en ORL, équipe d'anesthésie aux urgences, équipe de réanimation, etc.).

En pratique :

Tous les membres d'une équipe d'anesthésie participent à cette auto-évaluation.

L'équipe prend connaissance du référentiel.

Une méthode rétrospective est retenue.

Chaque membre de l'équipe recueille sur une grille (cf. document joint) les données d'au moins 20 dossiers d'anesthésie consécutifs.

L'analyse des résultats et la proposition d'actions d'amélioration sont collectives à partir des données anonymisées. Un suivi est organisé.

Un rapport écrit de la démarche est rédigé (cf. plus haut).

Grille de recueil des données

Notez une seule réponse par case :

- O si la réponse est OUI (= présent) ;
- N si la réponse est NON (= absent) ;
- NA si le critère 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 :

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Total
Critère 1 Tous les documents du dossier d'anesthésie comportent : le nom patronymique du patient (le nom d'épouse s'il y a lieu), le prénom et la date de naissance.											O : N : NA :
Critère 2 À chaque étape du processus anesthésique (consultation préanesthésique, visite préanesthésique, période peranesthésique, salle de surveillance postinterventionnelle), le nom du médecin anesthésiste-réanimateur intervenant est clairement identifié.											O : N : NA :
Critère 3 Les traitements habituels du patient ou l'absence de traitement sont mentionnés dans le dossier ainsi que la conduite à tenir avant l'anesthésie (arrêt, relais, maintien, modifications de posologies).											O : N : NA :
Critère 4 À l'issue de la consultation préanesthésique, il existe dans le dossier une synthèse explicite du risque anesthésique compte tenu de l'intervention envisagée.											O : N : NA :
Critère 5 Le dossier de consultation préanesthésique contient une conclusion indiquant le protocole de prise en charge anesthésique proposé au patient, avec mention des éléments de la discussion du bénéfice-risque.											O : N : NA :
Critère 6 Une trace écrite de la visite préanesthésique valide le protocole de prise en charge anesthésique proposé à la consultation préanesthésique.											O : N : NA :
Critère 7 Le dossier d'anesthésie précise en pré- et en peropératoire les conditions d'abord des voies aériennes.											O : N : NA :
Critère 8 L'existence ou l'absence d'incidents ou d'accidents péri-anesthésiques est mentionnée dans une rubrique spécifique du dossier d'anesthésie.											O : N : NA :
Critère 9 Il existe dans le dossier d'anesthésie un examen ou des critères cliniques autorisant la sortie du patient de SSPI (salle de surveillance postinterventionnelle).											O : N : NA :
Critère 10 Les prescriptions pour les 24 premières heures postanesthésiques sont explicitement rédigées, horodatées et signées à la sortie de S											O : N : NA :

	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	Total
Critère 1 Tous les documents du dossier d'anesthésie comportent : le nom patronymique du patient (le nom d'épouse s'il y a lieu), le prénom et la date de naissance.											O : N : NA :
Critère 2 À chaque étape du processus anesthésique (consultation préanesthésique, visite préanesthésique, période peranesthésique, salle de surveillance postinterventionnelle), le nom du médecin anesthésiste-réanimateur intervenant est clairement identifié.											O : N : NA :
Critère 3 Les traitements habituels du patient ou l'absence de traitement sont mentionnés dans le dossier ainsi que la conduite à tenir avant l'anesthésie (arrêt, relais, maintien, modifications de posologies).											O : N : NA :
Critère 4 À l'issue de la consultation préanesthésique, il existe dans le dossier une synthèse explicite du risque anesthésique compte tenu de l'intervention envisagée.											O : N : NA :
Critère 5 Le dossier de consultation préanesthésique contient une conclusion indiquant le protocole de prise en charge anesthésique proposé au patient, avec mention des éléments de la discussion du bénéfice-risque.											O : N : NA :
Critère 6 Une trace écrite de la visite préanesthésique valide le protocole de prise en charge anesthésique proposé à la consultation préanesthésique.											O : N : NA :
Critère 7 Le dossier d'anesthésie précise en pré- et en peropératoire les conditions d'abord des voies aériennes.											O : N : NA :
Critère 8 L'existence ou l'absence d'incidents ou d'accidents périanesthésiques est mentionnée dans une rubrique spécifique du dossier d'anesthésie.											O : N : NA :
Critère 9 Il existe dans le dossier d'anesthésie un examen ou des critères cliniques autorisant la sortie du patient de SSPI (salle de surveillance postinterventionnelle).											O : N : NA :
Critère 10 Les prescriptions pour les 24 premières heures postanesthésiques sont explicitement rédigées, horodatées et signées à la sortie de SSPI.											O : N : NA :

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