



# **RAPPORT D'ÉLABORATION DU RÉFÉRENTIEL DE PRATIQUES PROFESSIONNELLES**

## **Tenue du dossier d'anesthésie**

**Juin 2005**

## SOMMAIRE

I.	INTRODUCTION.....	3
II.	CONTEXTE.....	3
III.	LES PROMOTEURS ET LE FINANCEMENT .....	3
IV.	LA CIBLE PROFESSIONNELLE .....	3
V.	LE GROUPE DE TRAVAIL .....	4
VI.	LES TEXTES DE RÉFÉRENCE.....	4
VII.	LES OBJECTIFS DE QUALITÉ ET LES CRITÈRES D'ÉVALUATION .....	4
VIII.	LE GROUPE DE LECTURE.....	7
IX.	LE GROUPE TEST.....	8
X.	SYNTHÈSE DES COMMENTAIRES DU GROUPE TEST .....	8
XI.	SYNTHÈSE DES COMMENTAIRES DU GROUPE DE TRAVAIL. RÉDACTION DÉFINITIVE .....	10
XII.	CONCLUSIONS .....	12
	ANNEXES .....	14
I.	Calendrier .....	14
II.	Bibliographie .....	14
III.	Membres du comité de pilotage (promoteurs).....	15
IV.	Membres du groupe de travail.....	15
V.	Membres du groupe de lecture.....	16
VI.	Membres du groupe test.....	16

## I. INTRODUCTION

Un référentiel est un outil de démarche qualité. Associé à une méthode d'amélioration continue de la qualité il permet de valider une démarche d'évaluation des pratiques professionnelles.

La méthode d'élaboration du référentiel est décrite dans « Les référentiels d'évaluation des pratiques professionnelles. Guide méthodologique » Anaes (avril 2004). [www.Anaes.fr](http://www.Anaes.fr)

## II. CONTEXTE

La Société française d'anesthésie-réanimation (**SFAR**) et le Collège français des anesthésistes-réanimateurs (**CFAR**) ont souhaité que la spécialité, en lien avec l'Anaes, mette en place des référentiels d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) à destination de tous les anesthésistes-réanimateurs français. Les critères de choix qui ont prévalu, conformément aux recommandations de l'Anaes, sont l'intérêt professionnel du thème, la facilité d'analyse en termes de fréquence et de relevé et enfin le fait de bénéficier d'un argumentaire validé et récent (RPC, conférence de consensus, etc.).

La tenue du dossier d'anesthésie est apparue comme un enjeu important pour l'évaluation des pratiques professionnelles. La SFAR avait déjà créé un groupe de travail spécifique chargé de l'élaboration d'un guide pour la tenue du dossier d'anesthésie ayant fait l'objet d'une publication sur le site Internet de la SFAR. La nécessité d'élaborer le référentiel « dossier d'anesthésie » pour l'EP est apparue évidente.

L'hypothèse essentielle ayant conduit à ce choix est qu'un dossier bien tenu est un support pour l'évaluation permettant l'amélioration des pratiques.

Les buts et limites du référentiel sont d'aider le médecin à réaliser une auto-évaluation et identifier dans sa pratique un potentiel d'amélioration, sans juger les connaissances ou la compétence professionnelle.

## III. LES PROMOTEURS ET LE FINANCEMENT

Les promoteurs de cette démarche sont le CFAR et la SFAR (réunion CFAR-URML-Anaes du 4 décembre 2002).

Un comité de pilotage a été mis en place. Il est composé des présidents en exercice du CFAR et de la SFAR associés à la commission évaluation de la SFAR et de la commission évaluation du CFAR.

Annexe III : composition du comité de pilotage.

Financement : les frais inhérents à l'élaboration des référentiels (frais de déplacement, location de salles, indemnisation du chargé de projet) sont répartis équitablement entre les promoteurs (CFAR et SFAR).

## IV. LA CIBLE PROFESSIONNELLE

Les promoteurs (SFAR et CFAR) étant représentatifs des médecins anesthésistes-réanimateurs de France, la cible professionnelle est donc l'ensemble des médecins anesthésistes-réanimateurs français, quel que soit leur mode d'exercice.

## V. LE GROUPE DE TRAVAIL

Le groupe de travail a été constitué de 12 personnes représentatives de la cible et des différentes modalités d'exercice de la spécialité (selon l'enquête démographique nationale 1999 CFAR-SFAR-INED). Le chargé de projet était le responsable du groupe de travail qui a élaboré le texte de référence de la SFAR en décembre 2001. Un chef de projet méthode de l'Anaes a participé aux travaux du groupe de travail. La composition du groupe de travail a été validée par les promoteurs. Une déclaration d'intérêts a été signée par chaque membre du groupe de travail.

Des échanges de courriels et une réunion du groupe de travail ont permis l'élaboration du projet de référentiel avant son envoi au groupe de lecture.

Annexe IV : composition du groupe de travail.

## VI. LES TEXTES DE RÉFÉRENCE

Les documents de référence sélectionnés par le groupe de travail ont été d'une part celui validé par la SFAR en décembre 2001 sur le dossier d'anesthésie et d'autre part celui de l'Anaes, générique sur le dossier patient, de 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.

Annexe II : bibliographie.

## VII. LES OBJECTIFS DE QUALITÉ ET LES CRITÈRES D'ÉVALUATION

### Démarche de sélection des objectifs de qualité

Le souhait du groupe de travail était de pouvoir retirer d'un dossier d'anesthésie un maximum d'informations pertinentes pour évaluer les risques et proposer, en connaissance de cause, une prise en charge anesthésique adaptée au mieux en fonction de la balance bénéfico-risque. Chaque détail de chacun des chapitres du document « Dossier d'anesthésie » validé par la SFAR (<http://www.sfar.org/dossierarfr.html>) aurait pu être retenu pour décliner un item d'évaluation, et la liste des points jugés fondamentaux par chacun était plus longue que la dizaine d'items à sélectionner. La réflexion a conduit à hiérarchiser les objectifs et à mettre de côté les « évidences », c'est-à-dire les informations que l'on retrouverait pratiquement toujours dans tout dossier anesthésique. Ainsi, l'exemple du thème « antécédents allergiques » est démonstratif : tous les membres du groupe considèrent ce thème comme majeur et il est très probable que la très grande majorité des dossiers anesthésiques existants prévoient une place pour le recueil des antécédents allergiques du patient. Donc, évaluer la présence ou non d'une telle information ne pointerait probablement pas un gisement d'amélioration potentiel. Cette information n'a donc pas été retenue comme objectif de qualité. Cela ne veut pas dire qu'évaluer la pertinence du mode de recueil et d'analyse du profil allergique en vue de l'anesthésie ne serait pas intéressant. Mais ce thème serait largement suffisant, vaste, spécialisé et difficile pour justifier à lui seul l'élaboration d'un référentiel spécifique d'évaluation des pratiques. Il en va de même pour les grandes thématiques comme :

- l'évaluation du risque anesthésique (qui mériterait des référentiels spécialisés : risque cardiovasculaire, respiratoire, thromboembolique, etc.) ;
- l'information du patient ;
- l'évaluation des examens complémentaires préanesthésiques ;
- etc.

Le référentiel d'EPP à élaborer devait donc être :

- très fondamental ;
- assez généraliste ;
- pragmatique ;
- révélateur d'insuffisances dont la probabilité d'existence est forte ;
- initiateur d'une exigence de qualité pour amorcer d'autres thématiques d'évaluation plus spécialisées, mais pouvant s'intégrer dans un dossier aux fondations solides.

Les **objectifs de qualité** sélectionnés ont donc eu pour but de cibler les points clés suivants : lisibilité et traçabilité, stratégie de soins et analyse du rapport bénéfice-risque de cette dernière, contrôle sécuritaire, techniques et morbidité, continuité des soins et prescriptions.

### **Choix des critères (cf. référentiel)**

De ce fait les 10 **critères** choisis pour valider ces objectifs sont répartis au prorata de l'importance donnée à chaque phase du processus anesthésique.

<b>Thème</b>	<b>Mots clés</b>	<b>Critères d'évaluation</b>
Aspect logistique	lisibilité et traçabilité	2
Phase préanesthésique Consultation	bénéfice-risque, stratégie de soins	3
Phase préanesthésique Visite	contrôle	1
Phase peranesthésique	techniques, morbidité	2
Phase de postinterventionnelle	critères de sortie, prescriptions	2

**Critère 1** : l'identité du patient est un élément fondamental et incontournable de la qualité et de la sécurité dans un dossier.

**Critère 2** : la connaissance des médecins intervenant à chaque étape du processus est essentielle.

**Critère 3** : des informations claires doivent avoir été données au patient et doivent être mentionnées.

**Critères 4 et 5** : ils sont au cœur de l'objectif majeur d'un bon dossier d'anesthésie, et ils ont alimenté fortement les débats dans le groupe de travail.

Pour une bonne gestion des risques, les informations nécessaires doivent permettre d'identifier les différents risques prévisibles, qu'il faut répartir, plus ou moins arbitrairement, entre les trois types de risques :

- ceux liés à l'acte chirurgical : saignement prévisible, précaution particulière à prendre (installation, liens avec voies veineuses, site opératoire infecté), changements de stratégie opératoire possibles ;
- ceux liés à la prise en charge anesthésique : intubation, voies veineuses, difficulté d'ALR ;
- ceux liés au patient et à ses pathologies connues : risque d'allergie, de décompensation de diabète, d'insuffisance cardiaque, coronarienne, respiratoire, risque thromboembolique.

À chacun des risques identifiés, éventuellement classés en plusieurs niveaux de gravité, devrait correspondre une prise en charge explicite spécifique. Cette prise en charge proposée doit intégrer son applicabilité par rapport aux réalités des équipes : possibilité et acceptation des praticiens qui réaliseront l'acte (par rapport à leurs compétences et leurs pratiques), disponibilité des équipements, ceci dans la limite des bonnes pratiques.

Bien souvent, en fin de consultation, des examens peuvent manquer pour la décision : doivent alors apparaître les alternatives en fonction de l'(des) examen(s) demandé(s).

Le type d'anesthésie a été préféré au protocole d'anesthésie afin d'éviter que la seule énumération des agents soit considérée comme l'objectif à atteindre dans le dossier.

**Critère 6 :** visite préanesthésique : réglementaire, mais certainement souvent insuffisamment renseignée (nom du médecin, heure, décisions, modifications, mention de résultats importants, etc.).

**Critère 7 :** élément constitutif vraiment spécifique au dossier d'anesthésie. Figure imposée d'un bon dossier.

**Critère 8 :** le recueil et la transcription des événements indésirables périanesthésiques sont essentiels pour la sécurité du patient, la continuité de sa prise en charge et pour la progression des connaissances. Il y a probablement une véritable culture de la traçabilité de la morbidité périanesthésique à initier.

**Critère 9 :** la surveillance en SSPI est probablement très largement effectuée correctement et réglementairement. En revanche, la trace documentaire dans le dossier et la référence à des scores de sortie de SSPI devraient apparaître clairement.

**Critère 10 :** des prescriptions claires pour les soins postanesthésiques des 24 premières heures postopératoires doivent figurer dans le dossier. Au-delà, la répartition des rôles doit s'appuyer sur des protocoles d'établissements.

Ces 10 critères simples semblent suffisamment discriminants pour réaliser une évaluation pertinente du dossier d'anesthésie.

La version du référentiel à envoyer au groupe de lecture a été validée par le groupe de travail.

La grille de recueil des données a été élaborée selon le modèle de l'Anaes.

Le groupe de travail a également souhaité apporter une aide aux réponses, très détaillée, qui a été jointe au référentiel et à la grille dans le but de limiter la variabilité dans les réponses aux questions des critères.

### **Méthodologie de l'évaluation (protocole proposé)**

L'auto-évaluation (*stricto sensu*) ne pose pas de problème conceptuel ou technique pour les patients pris en charge par le même médecin anesthésiste tout au long du processus anesthésique.

En revanche la pratique courante donne lieu à une prise en charge par plusieurs intervenants pour un même patient, le dossier patient colligeant alors la part de chaque médecin de l'équipe.

Se posait dès lors la question fondamentale du type d'évaluation que les promoteurs souhaitaient proposer : auto-évaluation (individuelle) ou évaluation collective d'une équipe.

La réunion du 27 janvier 2004, réunissant les promoteurs (SFAR-CFAR), l'Anaes et les présidents et chefs de projet des groupes de travail EPP, a permis une clarification sur ce point essentiel : il s'agit d'une évaluation d'équipe et tous les membres de l'équipe volontaire participent à l'évaluation. Chaque membre de l'équipe analyse personnellement des dossiers (20 pour le référentiel dossier d'anesthésie), puis les résultats sont mis en commun et la proposition d'actions d'amélioration est collective au sein de l'équipe à partir des données anonymisées.

## VIII. LE GROUPE DE LECTURE

Le groupe de lecture a été composé de 10 méthodologistes désignés par l'Anaes et de 5 professionnels faisant partie de la cible et désignés par les promoteurs. Les médecins à la fois méthodologistes de l'Anaes et anesthésistes-réanimateurs ont été inclus dans le groupe de lecture.

Annexe V : composition du groupe de lecture.

### Commentaires du groupe de lecture

#### Experts du thème (5 MAR) :

le travail a été jugé synthétique et exhaustif, le référentiel simple et pertinent.

Améliorations sur le fond à apporter :

La notion d'accessibilité au dossier est importante pour la qualité des soins et leur sécurité. Elle n'est pas abordée dans le référentiel. Toutefois ce critère est plus structure-dépendant que médecin-dépendant et il serait important de l'inclure dans le cadre de l'utilisation de l'EPP dans la V2 du manuel d'accréditation.

Le protocole d'évaluation doit mieux définir les dossiers évalués en fonction de la composition de l'équipe d'anesthésie-réanimation.

En résumé les avis des experts du thème sont favorables et il n'y a pas de souhaits de modification du référentiel tel que nous le proposons (10 questions, 5 experts, 4 possibilités de réponses) :

- 40 oui ;
- 9 plutôt oui ;
- 1 plutôt non (Question : le thème du référentiel concerne-t-il une pratique clinique pour laquelle il existe un potentiel d'amélioration ?) ;
- 0 non.

#### Experts de la méthode Anaes (10 personnes) :

pour le total des 8 questions : 60 oui, 9 plutôt oui, 2 plutôt non, 2 non.

Le point le plus discuté concerne la question : « le choix des textes de références retenus est-il explicite ? »

2 réponses non, 2 réponses plutôt non, 4 oui, 2 plutôt oui.

Cela a mené à compléter ce point dans le rapport d'élaboration.

Globalement, les avis sont plutôt favorables sur le contenu du référentiel et la qualité de l'aide aux réponses jugée claire.

Les quelques points de détail mentionnés par le groupe de lecture ont été modifiés :

- « revoir le libellé de la cible professionnelle MAR/tous les membres de l'équipe » ;
- critère 8 : « le fait de prévoir une rubrique spécifique n'implique pas que celle-ci soit forcément renseignée », d'où proposition de modification de l'énoncé du critère 8 et de sa question associée.

Nouvelle formulation :

Le dossier d'anesthésie contient le recueil des incidents et accidents péri-anesthésiques ou de leur absence.

*Les incidents et accidents péri-anesthésiques ou leur absence figurent-ils dans le dossier ?*

Ancienne formulation :

Le dossier d'anesthésie prévoit le recueil des incidents et accidents péri-anesthésiques.

*Trouve-t-on dans le dossier d'anesthésie une rubrique permettant de relever soit la présence d'événements indésirables ou d'accidents péri-anesthésiques soit leur absence ?*

- critère 9 : « la question traduit mieux l'objectif qualité que le critère (qui concerne les items cliniques de surveillance mais pas les critères de sortie de SSPI) ».

Nouvelle formulation :

Les éléments cliniques de surveillance en SSPI (salle de surveillance postinterventionnelle) 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 ?*

Ancienne formulation :

Les éléments cliniques de surveillance en SSPI (salle de surveillance postinterventionnelle) font l'objet d'un recueil spécifique dans le dossier d'anesthésie.

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

## IX. LE GROUPE TEST

Le groupe test a été composé de la manière suivante par les promoteurs : la France a été subdivisée en 5 zones géographiques (nord-est, nord-ouest, sud-est, sud-ouest et Dom-Tom, Île-de-France). Dans chaque zone a été tirée au sort une liste représentative de 20 médecins anesthésistes-réanimateurs (enquête INED-SFAR-CFAR) à partir des listings des promoteurs. Le comité de pilotage les a contactés individuellement pour obtenir une réponse positive d'au moins 10 médecins par zone afin d'avoir un groupe test représentatif de la cible d'au moins 31 personnes. Les médecins anesthésistes-réanimateurs habilités par l'Anaes pour la démarche d'EPP à la date de constitution du groupe test ont été inclus.

Annexe VI : composition du groupe test.

## X. SYNTHÈSE DES COMMENTAIRES DU GROUPE TEST

**6 items sur les 10 sont définitivement validés : 1, 2, 3, 7, 9, 10**

(clairs, considérés comme pertinents, et la formulation de la question correspondant à l'item permet de répondre sans ambiguïté). Il s'agit des items 1 à 3 et 7, 9 et 10.

Les 2 critères qui posent le plus de problèmes sont les items 4 et 5.

Vous trouverez en annexe les histogrammes reprenant les réponses aux différents critères.

### Critère 4

Formulation proposée au groupe test :

item : « Les conclusions de la consultation pré-anesthésique prennent en compte les situations à risque ».

question : « *Retrouve-t-on dans le dossier une synthèse explicite du risque anesthésique au regard de l'intervention envisagée ?* »

Rappel : le groupe de travail a voulu être plus exigeant que le seul recueil du score ASA. Aussi il avait été écrit dans l'aide aux réponses que la présence du seul score ASA n'était pas valable. Plusieurs commentaires du groupe test considèrent que pour le cas précis d'un score ASA 1 (donc

pas de risque particulier), le seul score ASA est validant. Le groupe de travail a pris en compte cette remarque et a modifié l'aide aux réponses de l'item 4 comme ceci :

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 risque anesthésique particuliers » ;
- soit le seul score ASA pour les cas ASA 1.

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

Par ailleurs, la formulation « au regard de l'intervention envisagée » a paru ambiguë pour certains qui ont interprété le « au regard » comme une évaluation de l'emplacement où serait écrite la synthèse explicite du risque.

La question a été reformulée comme ceci : « Retrouve-t-on dans le dossier une synthèse explicite du risque anesthésique compte tenu de l'intervention envisagée ? »

Remarque : il n'est pas fait mention du nom de l'intervention ayant motivé l'anesthésie, son indication participe pourtant à la discussion bénéfice-risque et au protocole d'anesthésie : l'information est contenue implicitement dans le critère et la question 4 puisque l'analyse du risque est abordée au regard de l'intervention envisagée. Nous n'avons donc pas ajouté de critère supplémentaire portant sur le libellé de l'intervention.

### **Critère 5**

Formulation proposée au groupe test :

item : « 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 bénéfice-risque. »

question : « *Retrouve-t-on dans le dossier une proposition argumentée de technique anesthésique ?* »

Beaucoup de commentaires et de difficultés.

Cet item avait déjà été l'occasion d'une discussion soutenue dans la phase préparatoire à la réunion du groupe de travail et lors de la réunion. Cet item est donc important à nos yeux à tous ; et c'est bien celui où la plupart des équipes auront un mauvais score. Il faut reconnaître, qu'il y a quasiment une double question et que le côté « argumenté » de la proposition de technique soulève des polémiques et des questions pratiques (personne n'a envie ni le temps d'écrire des romans dans le dossier). Nous pensons « suggérer » comme piste d'amélioration de faire référence à des protocoles anesthésiques rédigés et validés par l'équipe ou le service en amont. L'argumentation deviendrait alors très synthétique [exemple : AG + bloc fémoral postop (protocole ligamentoplastie du genou)] donc acceptable en termes de charge.

### **Critère 6**

Formulation proposée au groupe test :

item : « La visite préanesthésique figure dans le dossier. »

question : « *Retrouve-t-on dans le dossier une trace écrite horodatée de la visite préanesthésique ?* »

Telle quelle, la question 6 n'est pas très satisfaisante (le groupe est bien d'accord pour consacrer un item sur les 10 à cette visite préanesthésique). Plusieurs commentaires contestent l'utilité de l'aspect « horodaté ». Cette remarque est prise en compte et ce qualificatif est supprimé.

Le groupe réfléchit à une formulation de l'item plus « ambitieuse » ou plus « riche » (notamment pour que la trace écrite de la VPA atteste de la validation du protocole de prise en charge anesthésique proposé).

### Item 8

Formulation proposée au groupe test :

item : « Le dossier d'anesthésie contient le recueil des incidents et accidents péri-anesthésiques ou de leur absence. »

question : « *Les incidents et accidents péri-anesthésiques ou leur absence figurent-ils dans le dossier ?* »

La formulation pose toujours problème semble-t-il.

Ce que vise le groupe de travail, c'est que pour toute anesthésie figure une appréciation finale de l'existence ou non d'événement(s) indésirable(s). Il ne s'agit pas d'évaluer la manière ou l'endroit où serait reportée cette appréciation, mais son existence.

Par ailleurs, où commence l'événement indésirable et où finit l'effet secondaire banal mais bien maîtrisé (exemple : chute tensionnelle passagère et réversible) ?

Le groupe réfléchit à une proposition de rédaction plus pertinente de l'item 8 et/ou de la question attenante.

## XI. SYNTHÈSE DES COMMENTAIRES DU GROUPE DE TRAVAIL. RÉDACTION DÉFINITIVE

**Critère 4** (Les conclusions de la consultation préanesthésique prennent en compte les situations à risque).

### Synthèse des commentaires

La proposition d'assimiler ASA 1 à une évaluation du risque est acceptée à l'unanimité.

### Proposition

**Critère** : formulation inchangée.

« Les conclusions de la consultation préanesthésique prennent en compte les situations à risque ».

**Question** :

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

**Aide aux réponses** : formulation retravaillée :

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 risque anesthésique particuliers » ;
- soit le seul score ASA pour les cas ASA 1 [sous réserve que l'intitulé et les circonstances (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 aboutit à une conclusion concernant le type d'anesthésie proposé au patient, avec mention des éléments de la discussion du bénéfice-risque.)

Synthèse des commentaires

Consensus pour garder ce critère très dérangeant, mais fondamental.

Proposition

**Critère** : formulation inchangée.

« 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 bénéfice-risque. »

**Question** :

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

**Aide aux réponses** : introduction du concept de protocoles de référence à définir en équipe.

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.

**Critère 6** (La visite préanesthésique figure dans le dossier.)

Synthèse des commentaires

Consensus pour maintenir un critère sur la VPA. Consensus pour abandonner le critère horodaté. Consensus pour rédiger la question dans un double esprit : vérification réglementaire (VPA faite, médecin identifié) et évaluation qualitative : la proposition de protocole anesthésique a été confirmée ou non, les éléments cliniques ou thérapeutiques ou paracliniques contributifs ont été vus et signalés.

**Critère** : reformulé.

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

**Question**

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

**Aide aux réponses** : mieux précisée.

Répondre OUI si l'on retrouve une trace écrite de la VPA faisant mention (par exemple) :

- d'informations cliniques, paracliniques ou thérapeutiques importantes ;
- 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 8** (Le dossier d'anesthésie contient le recueil des incidents et accidents périanesthésiques ou de leur absence.)

#### Synthèse des commentaires

Consensus pour maintenir ce critère. Clarifier dans l'aide aux réponses que ce qui importe est l'existence et non la forme du recueil. Nous proposons néanmoins une formulation légèrement différente, car elle nous paraît meilleure sur le seul plan du langage

**Critère** : reformulé.

Le dossier d'anesthésie renseigne sur l'existence ou l'absence d'incidents et accidents périanesthésiques.

**Question** (reformulée) :

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

**Aide aux réponses** : reformulée.

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 postanesthésique, etc.).

## **XII. CONCLUSIONS**

L'élaboration d'un référentiel d'EPP sur la tenue du dossier d'anesthésie est une figure imposée incontournable, préalable indispensable à l'élaboration de 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 le risque anesthésique.

Il devra être complété par d'autres référentiels sur des thèmes fondamentaux comme :

- information et consentement ;
- évaluation du risque cardiovasculaire ;
- 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.

La phase initiale de rédaction du référentiel a permis d'aboutir à une sélection de 10 critères et à une première formulation.

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.

Aucune modification importante n'a été faite après analyse du projet de référentiel par le groupe de lecture dont l'avis a été globalement favorable.

L'analyse des réponses du groupe test a permis de confirmer le maintien des choix des critères, car ils touchent un important gisement potentiel d'améliorations, et d'en affiner la formulation.

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.

Les membres du groupe de travail tiennent à préciser qu'ils ne se sont pas érigés en modèles, et que, sur bien des critères, leur propre dossier anesthésique sera... à améliorer !

Ce travail a été :

- bien plus long (18 mois) que prévu (9 mois) ;
- novateur (c'est le premier référentiel abouti en anesthésie réanimation) ;
- lourd (des centaines de courriels, avec des efforts de synthèse réguliers à faire) ;
- enthousiasmant car il permet une réflexion positive de professionnels de différents horizons, motivés par la recherche de la qualité.

## ANNEXES

---

### I. CALENDRIER

- Mars 2003 : lancement du thème EPP. Dossier d'anesthésie par les promoteurs.
- Avril 2003 : désignation d'un chef de projet et d'un président de groupe de travail.
- Mai 2003 : constitution du groupe de travail par le chef de projet et le président. Validation par les promoteurs.
- Juillet 2003 : rédaction d'un document de travail par le chef de projet et le président et envoi par mél aux membres du groupe de travail.
- Juillet à septembre 2003 : échanges d'idées et réflexions par messagerie électronique.
- 9 octobre 2003 : réunion du groupe de travail et rédaction d'un projet de référentiel de 10 items répondant au cahier des charges des promoteurs.
- Octobre à décembre 2003 : amélioration et finalisation de la maquette.
- Janvier 2004 : envoi du référentiel et du rapport d'élaboration aux promoteurs.
- 27 janvier 2004 : réunion d'information sur la mise en œuvre de l'EPP en établissements de santé avec les promoteurs, chefs de projets et présidents des groupes de travail.
- Février à mai 2004 : examen des documents par le comité de lecture.
- Juin 2004 : retour des commentaires du comité de lecture. Rédaction par le chef de projet et le président d'une synthèse des commentaires et envoi au groupe de travail d'une version légèrement retouchée du référentiel.
- Juillet 2004 : validation par le groupe de travail des modifications apportées. Envoi de la nouvelle version au groupe test.
- Septembre-octobre 2004 : retour des réponses du groupe test. Analyse et synthèse.
- Novembre 2004 : rédaction définitive et validation par le groupe de travail.
- 9 novembre 2004 : remise du référentiel aux promoteurs.

### II. BIBLIOGRAPHIE

#### 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.

### III. MEMBRES DU COMITÉ DE PILOTAGE (PROMOTEURS)

#### Comité de pilotage CFAR-SFAR pour la mise en place de l'EPP en anesthésie-réanimation

- M. le président du CFAR : P<sup>r</sup> Bertrand Dureuil ;
- M. le président de la SFAR : P<sup>r</sup> Jean Marty ;

Les membres du comité évaluation et accréditation (SFAR) :

- D<sup>r</sup> Bassam Al Nasser ;
- D<sup>r</sup> Jean-Philippe Caramella ;
- D<sup>r</sup> Marie-Paule Chariot ;
- P<sup>r</sup> Bertrand Debaene, président ;
- D<sup>r</sup> Bernard Garrigues ;
- D<sup>r</sup> Laurent Jouffroy ;
- D<sup>r</sup> Adolphe Montefiore ;
- D<sup>r</sup> Sylvia Pontone ;
- P<sup>r</sup> Marc Raucoules ;
- D<sup>r</sup> Jean-François Sicard ;

Les membres de la commission évaluation (CFAR) :

- D<sup>r</sup> Bruno Bally ;
- D<sup>r</sup> Marie-Paule Chariot ;
- D<sup>r</sup> Richard Domergue ;
- D<sup>r</sup> Catherine Guidon ;
- D<sup>r</sup> Michel Levy ;
- P<sup>r</sup> Pierre Maurette ;
- P<sup>r</sup> Annick Steib, présidente.

### IV. MEMBRES DU GROUPE DE TRAVAIL

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

## V. MEMBRES DU GROUPE DE LECTURE

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

## VI. MEMBRES DU GROUPE TEST

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

- D<sup>r</sup> Jean-Pierre Sevin, Dijon (privé) ;
- P<sup>r</sup> Annick Steib, Strasbourg (public) ;
- D<sup>r</sup> Jean Tourrès, Saint-Herblain (privé) ;
- D<sup>r</sup> François Venutolo, Gonesse (public) ;