ECOLE D'INFIRMIER(E)S ANESTHESISTES DIPLOME(E)S D'ETAT

Etat des lieux de la tenue du dossier d'anesthésie au CHU de Poitiers

Par

Morgane JAMBU-CHOURRET

Sous la direction de

Docteur Thomas KERFORNE

Médecin Anesthésiste Réanimateur – Maître de Conférence Universitaire

CHU Poitiers

Monsieur Alain CHARRE

Infirmier Anesthésiste Diplômé d'Etat – CHU Poitiers

Octobre 2021

UE 7 : MEMOIRE PROFESSIONNEL

En vue de l'obtention du diplôme d'Etat d'infirmier anesthésiste

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

PRÉFET DE LA RÉGION NOUVELLE-AQUITAINE

Charte anti-plagiat de la Direction régionale et départementale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale Nouvelle-Aquitaine

La Direction régionale et départementale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale Nouvelle-Aquitaine délivre sous l'autorité du Préfet de région les diplômes du travail social et des auxiliaires médicaux et sous l'autorité du Ministre chargé des sports les diplômes du sport et de l'animation.
Elle est également garante de la qualité des enseignements délivrés dans les dispositifs de formation préparant à l'obtention de ces diplômes.
C'est dans le but de garantir la valeur des diplômes qu'elle délivre et la qualité des dispositifs de formation qu'elle évalue que les directives suivantes sont formulées à l'endroit des étudiants et stagiaires en formation.

Article 1 : Tout étudiant et stagiaire s'engage à faire figurer et à signer sur chacun de ses travaux, deuxième de couverture, l'engagement suivant :

Je soussignée Morgane JAMBU-CHOURRET

atteste avoir pris connaissance de la charte anti-plagiat élaborée par la DRDJSCS Nouvelle-Aquitaine et de m'y être conformé.

et certifie que le mémoire présenté étant le fruit de mon travail personnel, il ne pourra être cité sans respect des principes de cette charte

Fait à Poitiers Le 10 septembre 2021

Article 2 :
« Le plagiat consiste à insérer dans tout travail, écrit ou oral, des formulations, phrases, passages, images en les faisant passer pour siens. Le plagiat est réalisé de la part de l'auteur du travail (devenu le plagiaire) par l'omission de la référence correcte aux textes ou aux idées d'autrui et à leur source »[1].

Article 3 :
Tout étudiant, tout stagiaire s'engage à encadrer par des guillemets tout texte ou partie de texte emprunté(e) ; et à faire figurer explicitement dans l'ensemble de ses travaux les références des sources de cet emprunt. Ce référencement doit permettre au lecteur et correcteur de vérifier l'exactitude des informations rapportées par consultation des sources utilisées.

Article 4 :
Le plagiaire s'expose aux procédures disciplinaires prévues au règlement intérieur de l'établissement de formation.
En application du Code de l'éducation[2] et du Code pénal[3], il s'expose également aux poursuites et peines pénales que la DRDJSCS Nouvelle-Aquitaine est en droit d'engager. Cette exposition vaut également pour tout complice du délit.

---

[1] Site Université de Genève http://www.unige.ch/ses/telecharger/unige/directive-PLAGIAT-19092011.pdf
[2] Article L. 331-3 du Code de l'éducation : « les fraudes commises dans les examens et les concours publics qui ont pour objet l'acquisition d'un diplôme délivré par l'Etat sont réprimées dans les conditions fixées par la loi du 23 décembre 1901 réprimant les fraudes dans les examens et concours publics ».
[3] Articles 121-6 et 121-7 du Code pénal.

Remerciements

Je tenais à remercier l'ensemble des personnes qui m'ont apporté de l'aide et du soutien durant ces deux années et dans la réalisation de ce travail de recherche, en particulier :

- Le Docteur Thomas Kerforne, Médecin Anesthésiste Réanimateur au CHU Poitiers
- Monsieur Alain Charré, Infirmier Anesthésiste Diplômé d'Etat au CHU de Poitiers,

pour leur soutien et leurs conseils pour ce travail de recherche.

Mais aussi à l'ensemble de l'équipe pédagogique de l'école d'IADE de Poitiers, en particulier Alain et Laurent dont le soutien et la bienveillance durant ces 2 années ont été essentiels.

Merci à ma famille, à mon Ben qui a cru en moi et m'a permis de ne pas me soucier du quotidien, à mes enfants Camille et Eloïse dont je suis si fière, à mes frangines pour leur aide précieuse et à tous les autres, qui de près ou de loin m'ont soutenu dans cette folle aventure.

Merci à mes collègues de promotion, les 2 années à Poitiers ont été plus belles grâce à vous, et une grosse pensée à mes compagnons du PLB.

Merci à mes collègues et amis d'Orléans que j'ai hâte de retrouver.

Merci à l'ensemble des professionnels croisés au cours de ma formation pour leur implication dans mon apprentissage.

GLOSSAIRE

AG : Anesthésie Générale

ALR : Anesthésie Loco-Régionale

ASA : American Society of Anesthesiologists

CMI : CardioMyopathie Ischémique

CPA : Consultation Pré Anesthésique

ECG : ElectroCardioGramme

ED : EchoDoppler

EFR : Exploration Fonctionnel Respiratoire

ETO / ETT : Echographie Trans Oesophagienne / Thoracique

GDS : Gaz Du Sang

IADE : Infirmier(e) Anesthésiste Diplômé(e) d'Etat

IDE : Infirmier(e) Diplômé(e) d'Etat

IDM : Infarctus Du Myocarde

IMC : Indice de Masse Corporel

HAS : Haute Autorité de Santé

HTA : HyperTension Artérielle

MAR : Médecin Anesthésiste Réanimateur

NVPO : Nausée Vomissement Post Opératoire

NYHA : New York Heart Association

RAI : Recherche d'Agglutinine Irrégulière

SAOS : Syndrome d'Apnée Obstructive du Sommeil

SpO^2 : Saturation pulsée en Oxygène

TAP : Thoraco-Abdo-Pelvien

TDM : TomoDensitoMétrie

TSA : Tronc Supra Aortique

SSPI : Salle de Surveillance Post Interventionnelle

VAS : Voies Aérienne Supérieures

VPA : Visite Pré Anesthésique

TABLE DES MATIERES

Introduction 1
Rappels 2
Etude 4
Type d'étude 4
Objectifs de l'étude 4
Matériels et méthodes 4
Résultats 7
Inclusion 7
Caractéristiques de la population étudiée 7
Résultats de l'objectif principal 7
Résultats des objectifs secondaires 14
Discussion 16
Caractéristiques de la population étudiée 16
Analyse des résultats 16
Limite et biais de l'étude 21
Conclusion 23
Bibliographie 24
Annexe 26
Annexe 1 I

Introduction

L'anesthésie devient une spécialité médicale dans les années 1940 [1], dont le but est d'apporter un bénéfice thérapeutique pour le patient lors de sa prise en charge chirurgicale.
L'anesthésie englobe alors les différentes phases de la prise en charge du patient en pré, per et post anesthésie. L'intérêt principal de l'évaluation pré-opératoire est de « réduire la morbidité et la mortalité péri-opératoires » [2]. La CPA doit permettre de constituer le dossier d'anesthésie en prenant connaissances des antécédents du patient et de son état général afin d'optimiser la prise en charge du patient au cours de son anesthésie.

Au CHU de Poitiers, le logiciel Diane® est utilisé depuis 2007 pour constituer le dossier d'anesthésie informatisé et couvrir les différentes phases de l'anesthésie [3].
De la CPA à la SSPI, l'ensemble des données du patient se retrouvent dans un même dossier, le dossier d'anesthésie, et sont accessibles par tous les professionnels s'occupant du patient pendant son parcours de soin.

La loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant sur la réforme de l'hôpital et relative aux patients et à la santé [4] recommande l'évaluation des pratiques dans les établissements de soins, avec l'article L. 6111-2 du Code de la Santé Publique (CSP) : « Les établissements de santé élaborent et mettent en œuvre une politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins et une gestion des risques visant à prévenir et traiter les évènements indésirables liés à leurs activités »
De plus, la HAS a défini depuis 2008 des critères d'évaluation de la tenue du dossier d'anesthésie [5] afin d'évaluer la bonne tenue du dossier d'anesthésie et les pratiques des établissements de santé.

Le but de ce travail est alors d'évaluer les pratiques au CHU de Poitiers à travers l'outil informatique Diane® afin de relever les conformités et les écarts aux recommandations de la HAS pour la tenue du dossier patient au bloc opératoire.

Rappels

Dossier patient

Le dossier patient est « un outil de communication, de coordination et d'information entre les acteurs de soins et avec les patients » [6] Celui-ci regroupe l'ensemble des documents qui permettront la prise en charge du patient au cours de son parcours de soins.

Il comporte les documents relatifs au patient, concernant ses données civiles telles que ses coordonnées, sa prise en charge financière par la sécurité sociale et la mutuelle. Mais aussi des documents en lien avec sa santé tels que des résultats d'examens, des comptes rendus de consultations, d'hospitalisations…

Ce dernier tend ces dernières années à s'informatiser afin de faciliter la prise en soin du patient au sein d'un même établissement.

Dossier patient informatisé

L'informatisation du dossier patient suit l'évolution de la modernisation de la société. Les informations doivent pouvoir circuler plus facilement et être consultables par les différents acteurs de santé naviguant autour du patient.

Même si les informations sont consultables avec plus de facilité, il est nécessaire de rappeler que les informations relatives au patient et à sa santé font l'objet du secret professionnel.

« Art. L. 1110-4 du CSP - Toute personne prise en charge par un professionnel, un établissement, un réseau de santé ou tout autre organisme participant à la prévention et aux soins a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations la concernant.» [7]

Les notions d'échange et de partage de données sont essentielles. En effet, le flux d'information de santé entre différents professionnels par l'échange de documents comportant des données personnelles du patient doit être clairement identifié comme nécessaire. Ce partage de données doit être utile à la coordination et à la continuité des soins, dans l'intérêt de la personne prise en charge.

Le dossier patient informatisé doit pouvoir reprendre l'ensemble des documents du dossier patient et les retranscrire facilement en fonction des besoins des professionnels de santé.

Les logiciels tels que Télémaque®, HopitalManager®, Diane®, Cyberlab®, PACS®, Cursus® et d'autres utilisés au CHU de Poitiers doivent être simple d'utilisation, ergonomique, intuitif

et sécurisé au niveau de la confidentialité des données du patient. De plus, une passerelle entre tous ces logiciels est souhaitée afin de faciliter les interactions et l'utilisation des données du patient.

Dossier d'anesthésie, consultation d'anesthésie

Au bloc opératoire, la prise en charge du patient par l'équipe d'anesthésie, le plus souvent constituée d'un MAR et d'un IADE, est ponctuelle. Ce temps imparti doit pouvoir permettre de prendre connaissance des données du patient, de ses spécificités et des besoins de la chirurgie ou de l'acte médical nécessitant une anesthésie.

Le dossier d'anesthésie est alors un « élément essentiel de la continuité des soins en période péri anesthésique et péri interventionnelle, et a pour objectif de rassembler l'ensemble des informations concernant les périodes pré, per et post anesthésiques pour tout acte d'anesthésie délivré à un patient. » [8] Celui-ci reprend les éléments importants pour la prise en charge du patient au bloc opératoire et permet au cours d'une CPA d'anticiper les examens, consultations spécialisées nécessaire afin d'évaluer le risque péri opératoire.

La CPA est légalement encadrée par la loi du 5 décembre 1994 relative 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 (4). Elle reprend le fait que la CPA « est faite par un MAR. Ses résultats sont consignés dans un document écrit, incluant l'examen clinique du patient, les résultats des examens complémentaires et des éventuelles consultations spécialisées. Ce document est inséré dans le dossier médical du patient. » [9]

De plus, l'HAS a défini 13 indicateurs de la bonne tenue du dossier d'anesthésie [10] afin d'évaluer la traçabilité de l'information concernant la totalité du processus anesthésique. Ces différents critères reprennent les éléments importants à retrouver dans les documents constituant le dossier d'anesthésie.

Le but de ce dossier d'anesthésie étant de permettre de faire le lien entre les différents professionnels de santé dans la prise en charge pré, per et post anesthésique du patient.

Etude

Type d'étude

Il s'agit d'une étude monocentrique, rétrospective, observationnelle réalisée au CHU de Poitiers. Les dossiers étudiés portaient sur les patients ayant subi une anesthésie générale ou locale dans le secteur de cardio-thoracique de la période du 1er au 31 janvier 2020.
Il n'a pas été nécessaire d'obtenir une autorisation du Comité de Protection des Personnes (CPP) mais une déclaration au Comité Nationale d'Informatique et de Libertés (CNIL) a été faite. (Annexe 1)

Objectifs de l'étude

Objectif principal

L'objectif principal est de faire un état des lieux de la tenue des dossiers d'anesthésie au CHU de Poitiers.
Le critère de jugement principal est l'évaluation des dossiers d'anesthésie selon les critères composant les indicateurs de la « Tenue du dossier d'anesthésie » selon la HAS.

Objectifs secondaires :

Les objectifs secondaires sont de :

- Répertorier les éléments supplémentaires retrouvés dans le dossier de CPA
- Faire un état des lieux des documents informatiques disponibles pour la prise en charge anesthésique.

Les critères de jugement secondaire sont de :

- Recenser les scores d'évaluation supplémentaires retrouvés dans la CPA
- Répertorier les documents disponibles sur Télémaque® et Cyberlab® en lien avec l'intervention

Matériels et méthodes

Critères d'inclusion :

Les critères d'inclusion sont :

- Age > 18 ans
- Chirurgie programmée
- Anesthésie générale
- Anesthésie locale et locorégionale

- Secteur de chirurgie cardio-thoracique du 01/01/2020 au 31/01/2020

Critères de non inclusion :

Les critères de non inclusion sont :

- Chirurgie urgente
- Absence de consultation pré anesthésique
- Reprise chirurgicale
- Personne majeure faisant l'objet d'une protection légale (sauvegarde de justice, curatelle, tutelle), les personnes privées de liberté.

Critères d'exclusion

Les critères d'exclusion sont :

- Chirurgie non réalisée
- Donnée manquante ou dossier manquant

Traitement et recueil des données

Les données nécessaires à cette étude ont été relevées à partir du logiciel Diane® pour extraire les dossiers informatisés répertoriés des patients opérés sous anesthésie générale du 1er au 31 janvier 2020 dans le secteur d'anesthésie cardio-thoracique du CHU de Poitiers, puis compléter avec les logiciels Télémaque® et Cyberlab®.
Les données ont été anonymisées au fur et à mesure du recueil.

Les paramètres relevés sont :

- Age, sexe, poids, taille, IMC
- Antécédents médicaux, score ASA
- Critères de CPA (Identification du patient sur toutes les pièces du dossier, Identification du médecin anesthésiste sur le document traçant la phase pré-anesthésique, trace écrite de la visite pré-anesthésique, dans le document traçant la CPA: Mention du traitement habituel ou de l'absence de traitement, Mention de l'évaluation du risque anesthésique, Mention du type d'anesthésie proposée au patient et Mention de l'évaluation des conditions d'abord des voies aériennes supérieures en phase pré-anesthésique, Identification du médecin anesthésiste sur le document traçant la phase per-anesthésique, Mention de la technique d'abord des voies aériennes supérieures en phase per-anesthésique, Identification du

médecin anesthésiste sur le document traçant la phase post-anesthésique, Autorisation de sortie du patient de SSPI validée par un médecin anesthésiste réanimateur, Trace écrite des prescriptions médicamenteuses en phase post-anesthésique, Rubrique permettant de relever les incidents ou accidents péri-anesthésiques renseignée)

- Scores (évaluation intubation difficile, APFEL, LEE, Stop BANG, NYHA) et évaluation abord veineux
- Examens présents à la date de la chirurgie dans Cyberlab®
- Documents présents à la date de chirurgie sur Télémaque® (résultat d'examen, compte rendu de consultation, d'hospitalisation…)

Analyse statistique

Le logiciel Excel® a été utilisé pour standardiser et trier les données anonymisées afin de faire une analyse descriptive de la population ainsi que pour analyser les résultats de recherche.

Les données quantitatives pour l'analyse de la population seront exprimées en moyenne, maximum /minimum, médiane pour l'IMC.

Les données qualitatives seront exprimées en effectifs ou en pourcentage.

Résultats

Inclusion

Sur les 147 dossiers retenus par le critère de chirurgie cardio thoracique sur la période du 1er janvier au 31 janvier 2020, 121 dossiers ont été évalués au cours de cette étude suite aux critères de non inclusion et d'exclusion.

Caractéristiques de la population étudiée

L'échantillon étudié était de 121 patients.

Paramètres		**Nombre de dossiers (n=121)**
Sexe H (%)		80 (66)
Age (ans)		64.8 [25 ; 84]
IMC (kg/m²)	**Moyenne**	27.1 [17.3 ;43.7]
	Médiane	26.6
ASA (%)	**1**	5 (4.1)
	2	27 (22.3)
	3	70 (57.9)
	4	19 (15.7)
Antécédents (%)		
- **HTA**		62 (51.2)
- **Dyslipidémie / hypertriglycéridémie / hypercholestérolémie**		39 (32.2)
- **IDM / CMI / Syndrome coronarien Aigu**		23 (19)
- **Diabète**		21 (17.4)
- **SAOS**		20 (16.5)

Tableau 1: Caractéristiques de la population étudiée

Résultats de l'objectif principal

L'objectif principal était de faire un état des lieux de la bonne tenue du dossier d'anesthésie selon les 13 critères de l'HAS [10].

Les informations relatives au dossier d'anesthésie ont été recensées grâce au logiciel Diane® qui a permis de reprendre l'ensemble des informations du patient en pré, per et

post anesthésique. Celles-ci étaient alors accessibles à l'ensemble des professionnels gravitant autour du patient pour cet acte d'anesthésie.

L'ensemble des indicateurs de la HAS ont été repris pour évaluer les 121 dossiers.

Critère n°1 : Identification du patient sur toutes les pièces du dossier.

« Le critère est satisfait si le nom, le prénom et la date de naissance du patient sont retrouvés sur les documents traçant la consultation et la visite pré-anesthésique, les phases per-anesthésique et post- anesthésique. »

⇨ Les identifiants du patient étaient présents sur l'ensemble des documents composant le dossier informatique d'anesthésie sur les différentes périodes de la prise en charge à l'exception de la feuille résumée de la consultation d'anesthésie du logiciel Diane®.

Critère n° 2 : Identification du MAR sur le document traçant la phase pré anesthésique

« Le critère est satisfait si le nom lisible du médecin anesthésiste réanimateur est indiqué sur le document traçant la phase pré anesthésique. »

⇨ L'ensemble des dossiers retrouvait la traçabilité du nom du MAR effectuant la consultations pré anesthésique.

Critère n°3 : Trace écrite de la visite pré-anesthésique (VPA)

« Le critère est satisfait si la visite pré-anesthésique comporte les éléments suivants : une date et un contenu spécifique noté. »

	Nombre de dossiers (n=121)
Oui	93
Non	28

Tableau 2: Critère n°3, Trace écrite de la VPA

Critère n°4 : Mention du traitement habituel du patient ou de l'absence de traitement dans le document traçant la CPA (si applicable)

« Le critère est satisfait si le document traçant la CPA indique formellement soit l'existence et la mention du traitement habituel ou l'absence de traitement. »

	Nombre de dossiers (n=121)
Oui	100
Non	4
Cf Ordonnance	17

Tableau 3: Critère n°4, Mention du traitement habituel du patient ou de l'absence de traitement dans le document traçant la CPA

Critère n°5 : Mention de l'évaluation du risque anesthésique dans le document traçant la CPA

« Le critère est satisfait si la mention de l'évaluation du risque anesthésique est retrouvée dans le document traçant la CPA. »

- ⇨ La totalité des dossiers retrouvait un score ASA noté dans la consultation d'anesthésie.

Dans 30 dossiers, la notion de « patient à risque » était spécifiée en plus dans la conclusion pour la prise en charge per anesthésique.

Critère n°6 : Mention du type d'anesthésie proposé au patient dans le document traçant la CPA

« Le critère est satisfait si la mention du type d'anesthésie proposé au patient est retrouvée dans le document traçant la CPA. »

	Nombre de dossiers (n=121)
Oui	120
Non	1

Tableau 4: Critère n°6, Mention du type d'anesthésie proposé au patient dans le document traçant la CPA

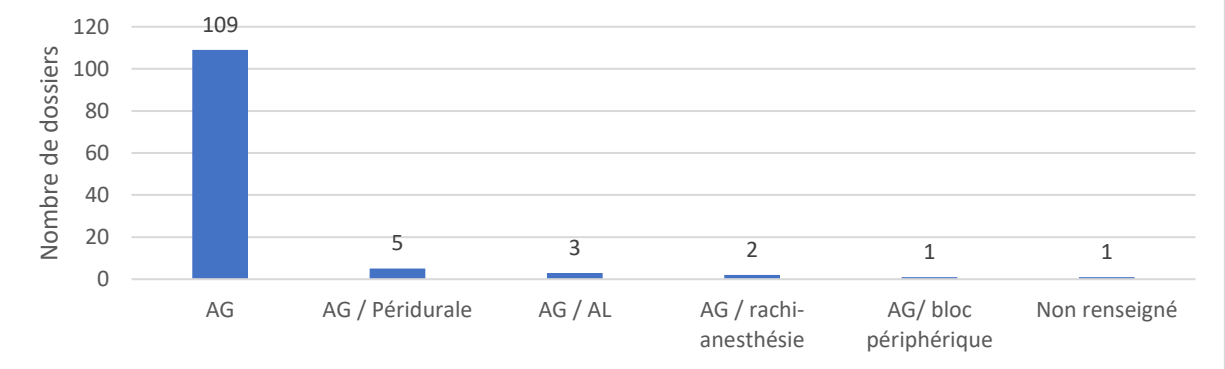


Figure 1: Critère n°6, type d'anesthésie proposée en CPA

Critère n°7 : Mention de l'évaluation des conditions d'abord des voies aériennes supérieures en phase pré-anesthésique dans le document traçant la CPA

« Le critère est satisfait lorsque le score de Mallampati, la distance thyro-mentonnière ET l'ouverture de bouche sont retrouvés dans le document traçant la CPA ; OU lorsqu'une conclusion explicite est retrouvée dans le document traçant la CPA. »

Les critères de score de Mallampati, de distance thyro-mentonnière et d'ouverture de bouche n'ont pas été retrouvés dans l'ensemble des dossiers.

⇨ Sur l'ensemble des dossiers étudiés, la traçabilité de la technique d'abords des voies aérienne supérieures pré anesthésique a été retrouvée.

	Nombre de dossiers (n=121)
Mallampati	101 (83%)
Distance thyro-mentonnière	86 (71%)
Ouverture de bouche	101 (83%)

Tableau 5: Critère n°7, Mention de l'évaluation des conditions d'abord des voies aériennes supérieures en phase pré-anesthésique dans le document traçant la CPA

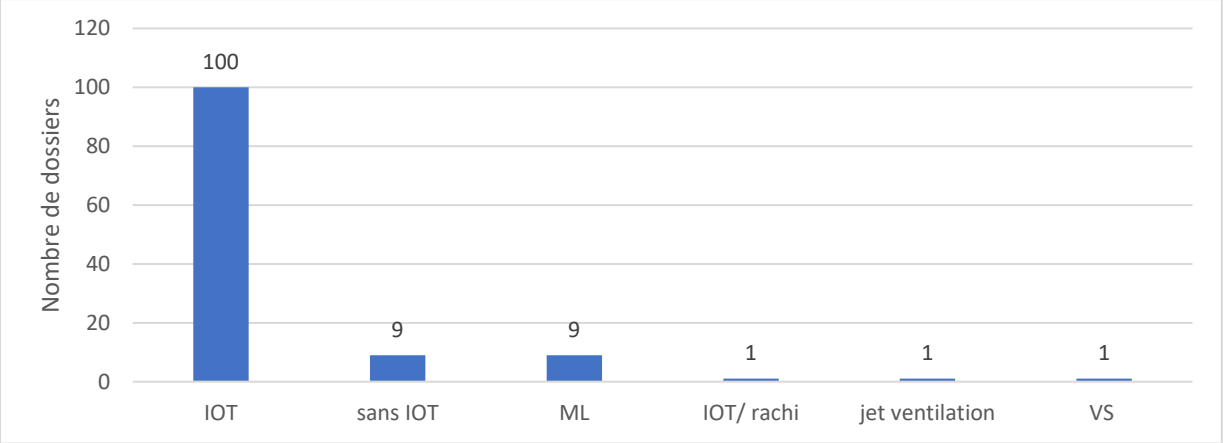


Figure 2: Technique d'abord des voies aériennes supérieures proposée en pré anesthésique

Critère n°8 : Identification du médecin anesthésiste réanimateur sur le document traçant la phase per-anesthésique

« Le critère est satisfait si le nom lisible du médecin anesthésiste réanimateur est indiqué sur le document traçant la phase per-anesthésique. »

⇨ L'ensemble des dossiers comportait le nom du MAR présent durant la phase per anesthésique.

Critère n°9 : Mention de la technique d'abord des voies aériennes supérieures en phase per-anesthésique (si applicable)

« Le critère est satisfait si la mention de la technique d'abord des voies aériennes supérieures est retrouvée dans le document traçant la phase per-anesthésique. »

⇨ Sur l'ensemble des dossiers étudiés, la méthode d'abord des voies aériennes supérieures au cours de la phase per anesthésique a été retrouvée.

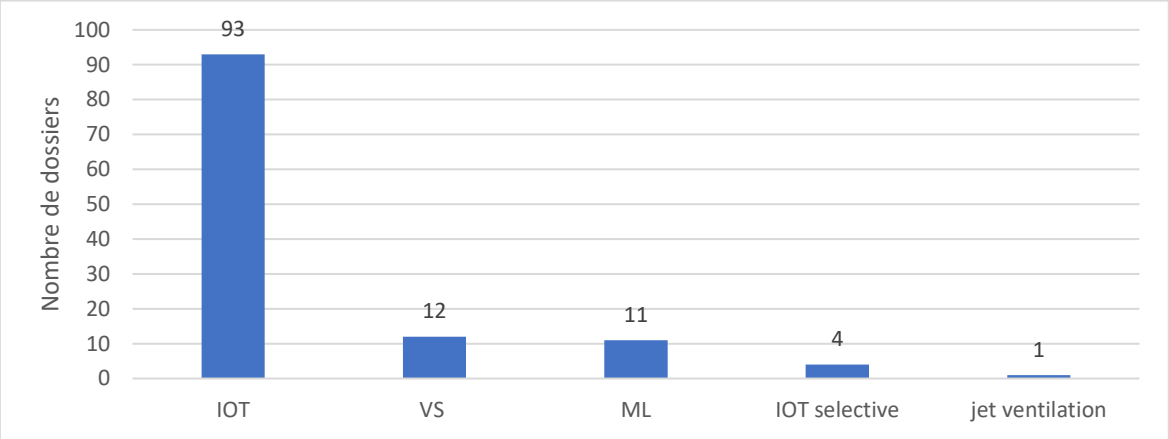


Figure 3: Technique d'abord des voies aériennes supérieures per opératoire

Critère n° 10 : Identification du médecin anesthésiste réanimateur sur le document traçant la phase post-interventionnelle (si applicable)

« Le critère est satisfait si le nom lisible du médecin anesthésiste réanimateur est indiqué sur le document traçant la phase post-interventionnelle. » »

	Nombre de dossiers (n=121)
Oui	77
Non	6
Réa	38 (non applicable)

Tableau 6: Critère n°10, Identification du médecin anesthésiste réanimateur sur le document traçant la phase post-interventionnelle (si applicable)

Critère n°11 : 1. Autorisation de sortie du patient de la SSPI validée par un médecin anesthésiste réanimateur (si applicable)

« Le critère est satisfait si l'autorisation de sortie du patient de la SSPI est validée par l'un des trois éléments suivants : soit l'identification du médecin anesthésiste réanimateur autorisant la sortie du patient de SSPI est retrouvée : nom, signature ou les initiales si la

correspondance entre celles-ci et l'identité du médecin est indiquée dans un document standardisé, validé par l'établissement, et mis à disposition de l'évaluateur ; soit le résultat de l'examen pratiqué avant la sortie (dernière fréquence cardiaque, respiratoire, pression artérielle, SpO2, état de conscience, température) est retrouvé dans le document traçant la SSPI ; soit les résultats du score de réveil sont retrouvés dans le document traçant la SSPI. »

	Nombre de dossiers (n=121)
Oui	82
Pas de passage en SSPI	39 (non applicable)

Tableau 7: Critère n°11, Autorisation de sortie du patient de la SSPI validée par un médecin anesthésiste réanimateur (si applicable)

⇨ Pour l'ensemble des dossiers avec passage en SSPI, le critère était satisfait.

Critère n°12 : Trace écrite des prescriptions médicamenteuses en phase post-anesthésique (si applicable)

« Le critère est satisfait si les prescriptions médicamenteuses post-anesthésiques comportent les sept éléments suivants : le nom et le prénom du patient, la date de prescription, la signature du médecin anesthésiste réanimateur, le nom du médecin anesthésiste réanimateur, la dénomination des médicaments, la posologie (dosage unitaire, rythme et horaire d'administration du médicament), la voie d'administration des médicaments. »

	Nombre de dossiers (n=121)
Oui	84
Non	37

Tableau 8: Critère n°12 Trace écrite des prescriptions médicamenteuses en phase post-anesthésique (si applicable)

⇨ Pour l'ensemble des patients passant en SSPI, une prescription médicamenteuse en phase post opératoire a été retrouvée.

Critère n°13 : Rubrique renseignée (ou barrée) permettant de relever les incidents ou accidents péri-anesthésiques

« Le critère est satisfait s'il existe un cadre spécifique prévu et renseigné (ou barré) pour le recueil de l'existence ou de l'absence d'incidents ou d'accidents péri-anesthésiques dans le dossier d'anesthésie. »

	Nombre de dossiers (n=121)
Oui	36
Non	85

Tableau 9: Critère n°13, Rubrique renseignée (ou barrée) permettant de relever les incidents ou accidents péri-anesthésiques

L'ensemble des 13 critères a pu être appliqué à 82 dossiers. 39 dossiers ont alors été évalués sur 10 critères car ils n'ont pas eu de passage en SSPI, les critères n°10, 11 et 12 n'ont pas été appliqués.

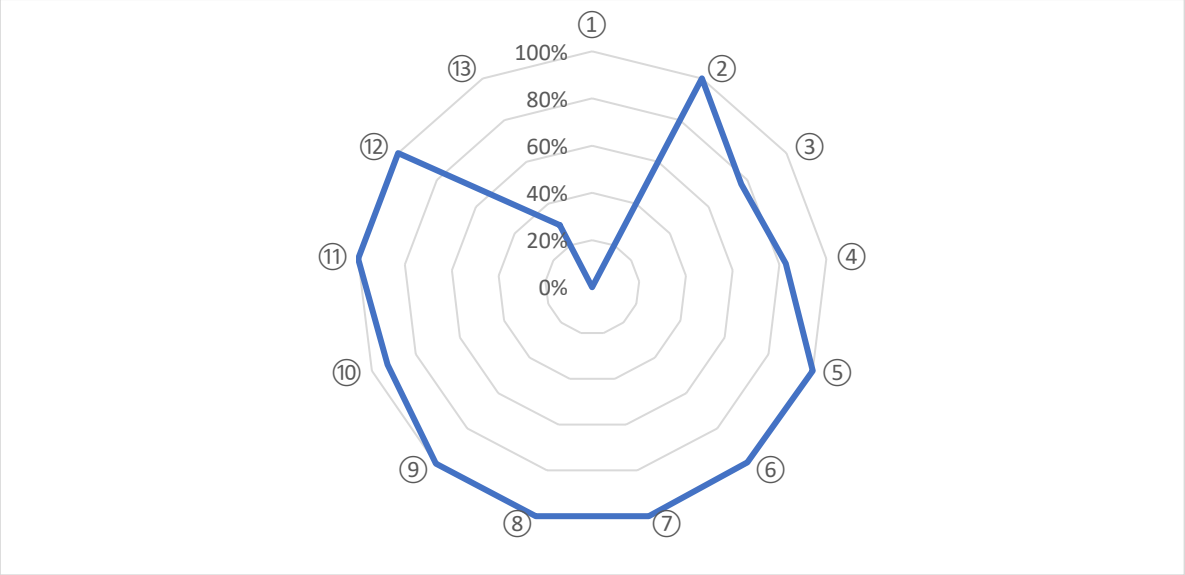


Figure 4: Synthèse des critères de bonnes tenues du dossier d'anesthésie

La satisfaction de remplissage des critères recommandés a permis d'évaluer le taux de complétude de chaque dossier selon les recommandations.

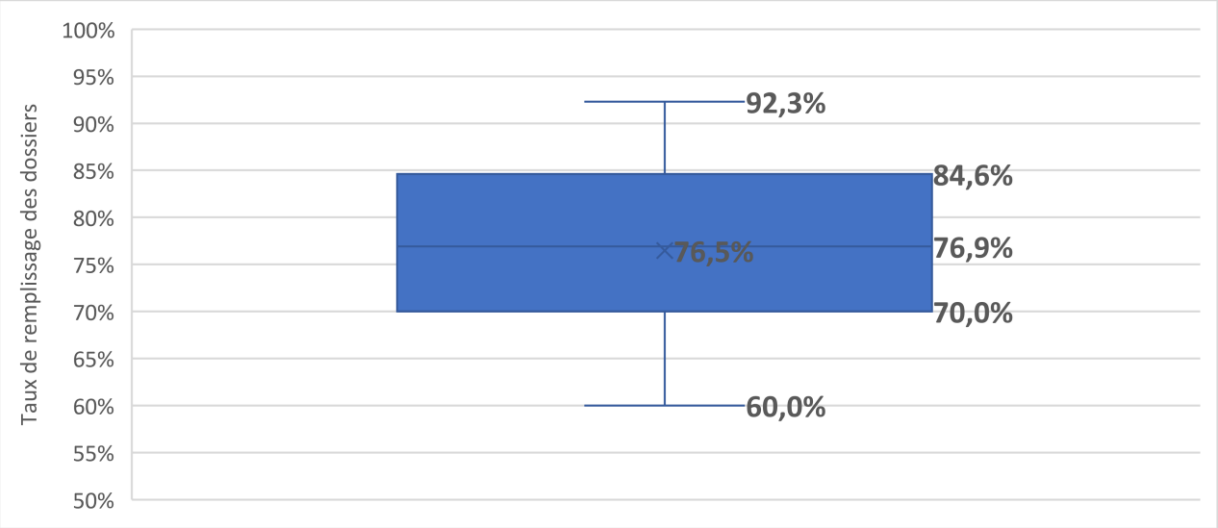


Figure 5: Pourcentage de complétude de dossier

Résultats des objectifs secondaires

Le premier objectif secondaire était de répertorier les éléments supplémentaires retrouvés dans le dossier de CPA. Pour cela les scores supplémentaires évalués au cours de la CPA ont été relevés sur Diane® pour chaque dossier.

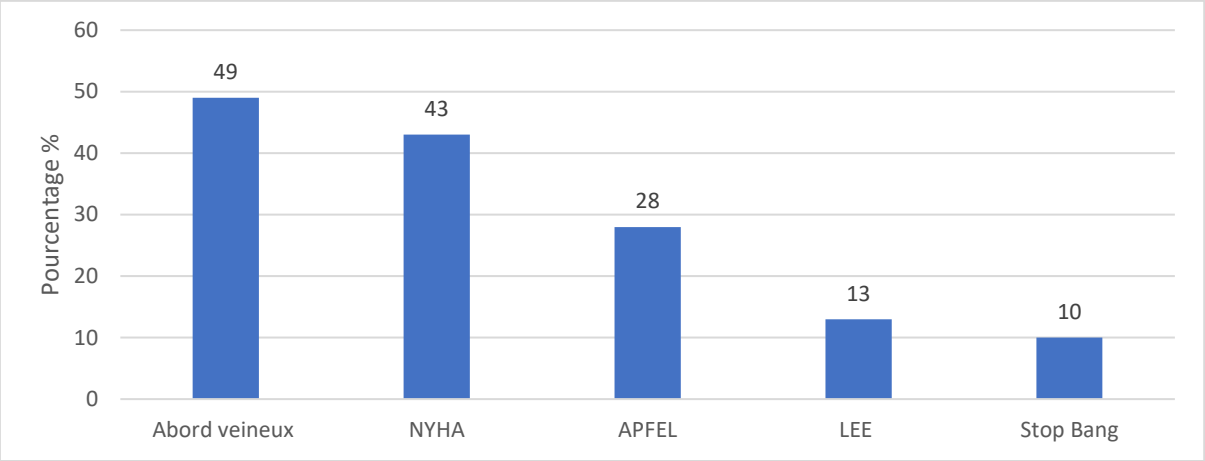


Figure 6: Scores supplémentaires présent sur la CPA

L'autre objectif secondaire était de faire un état des lieux des documents informatiques disponibles pour la prise en charge anesthésique lors de l'acte d'anesthésie.

Pour l'ensemble des dossiers étudiés, un relevé des documents présents dans le dossier informatisé du patient et pouvant être accessible à l'équipe d'anesthésie pour sa prise charge au bloc opératoire le jour de l'acte anesthésique a été fait.

De plus, pour le secteur de la chirurgie cardiaque, les examens complémentaires sont très protocolisés selon la chirurgie envisagée.

Le logiciel utilisé était Télémaque®, qui regroupe les comptes rendus d'examen ou de consultation et d'hospitalisation, ainsi que les documents administratifs du patient et aussi des documents papiers scannés pour faciliter leur utilisation et leur diffusion à l'ensemble des professionnels consultant le dossier informatisé du patient.

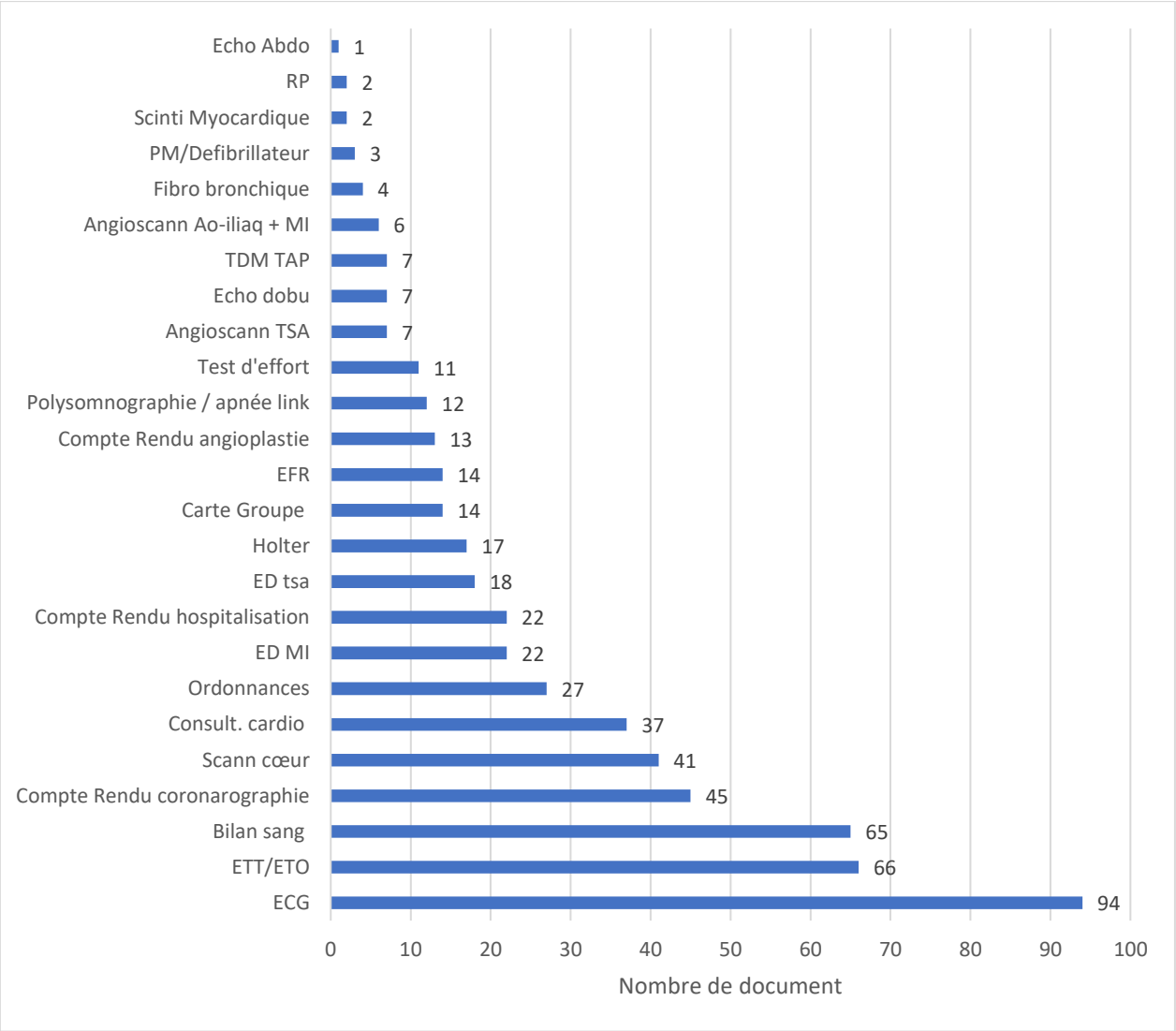


Figure 7: Documents de Télémaque®

Pour les comptes rendus des examens biologiques, le logiciel consulté était Cyberlab®

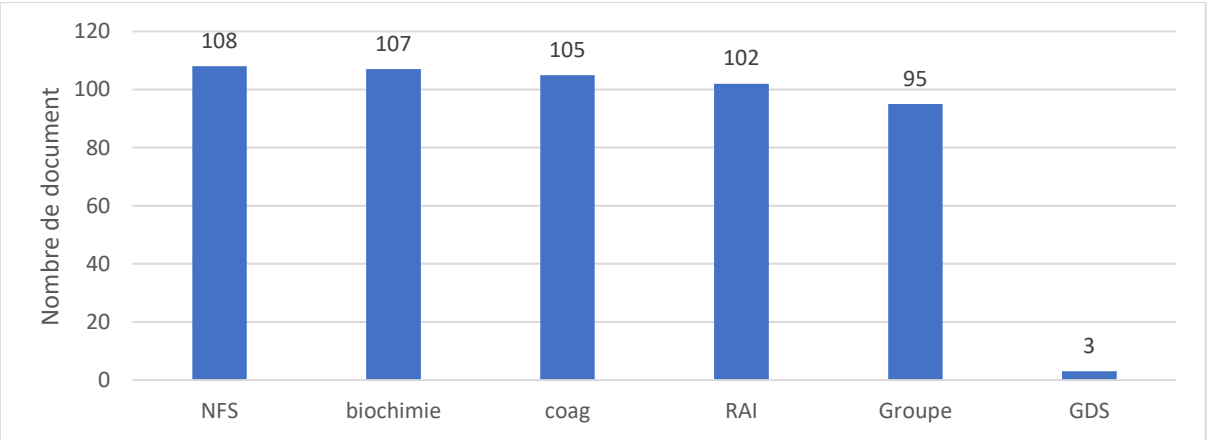


Figure 8: Documents de Cyberlab®

Discussion

Caractéristiques de la population étudiée

Pendant la durée de l'étude, 121 patients ont été inclus.

Sur les 147 dossiers initiaux, 4 ont été exclus car dossiers de reprise chirurgicale, seul le dossier initial a été conservé. Les autres dossiers non étudiés étaient des chirurgies en urgence et/ou lorsque la CPA n'était pas effectuée et disponible sur Diane®.

La population est majoritairement masculine avec pour plus de 70% des cas un score ASA>2. Les pathologies associées sont l'HTA, le surpoids et des problèmes de cholestérol ou de dyslipidémie. Pour 19% des patients, un antécédent cardio-vasculaire existe déjà. Et pour plus de 15% des patients, une pathologie telle que le diabète ou un SAOS pouvant augmenter les risques anesthésiques est présente.

Analyse des résultats

Objectif principal

Le but de ce recueil d'information était de faire un état des lieux de la tenue du dossier d'anesthésie au CHU de Poitiers afin d'évaluer les pratiques et de constater les conformités et les écarts aux recommandations.

L'évaluation de la tenue du dossier d'anesthésie existe depuis 2008 et un indicateur de bonne tenue est en place depuis 2010 au sein des hôpitaux [11]. De plus, les établissements de soins se voient dans l'obligation d'utiliser des indicateurs de qualité de soins et de prise en charge avec la loi de réformes des hôpitaux de 2009 [4].

La bonne tenue du dossier d'anesthésie témoigne alors de la qualité des informations retrouvées dans celui-ci et va ainsi permettre une prise en charge optimale du patient au cours des différentes phases de l'anesthésie. Le but de la conformité du dossier d'anesthésie est de pouvoir assurer une transmission optimale des informations aux différents intervenants au cours de la phase pré, per et post opératoire.

L'informatisation du dossier d'anesthésie par le logiciel Diane® à Poitiers a permis une évaluation et une analyse des dossiers plus simple que le format papier. L'existence d'un lien entre les différents logiciels utilisés au CHU de Poitiers a facilité la recherche des informations. Après l'analyse des 121 dossiers retenus, selon les 13 critères définis par

l'HAS [10]. Les résultats retrouvés et présentés précédemment ont montré les conformités et non conformités des dossiers d'anesthésie étudiés.
Cette étude a permis de retrouver 8 critères totalement satisfaits, 4 autres étaient partiellement atteints et 1 ne répondait pas aux attentes des critères de la tenue du dossier d'anesthésie.

L'identification du médecin dans la phase pré et per anesthésique a été clairement identifié dans l'ensemble des dossiers.
Pour la phase post anesthésique, deux situations ont été retrouvées. 68.6% des patients ont eu un passage par la SSPI et 31.4% sont allés directement en USC ou en réanimation cardio-thoracique. La surveillance post opératoire pour les patients ayant subie une AG ou une ALR est une obligation depuis 1994 [9]. Sur les patients ayant effectué un séjour en SSPI, seulement 6 dossiers ne comportaient pas le nom du médecin responsable. Le nom du médecin aurait dû théoriquement être noté dans le dossier post opératoire Diane® par l'IDE en charge du patient en SSPI. L'absence du nom du MAR présent en SSPI n'est pas une donnée bloquante pour clôturer le dossier.
A Poitiers, la sortie de SSPI est conditionnée par l'accord du médecin responsable de la SSPI, celui-ci signe la feuille de sortie après une analyse satisfaisante des critères de sortie. Cette signature se retrouve alors sur le document papier de résumé de séjour du patient en SSPI. Sur Diane®, nous avons retrouvé pour valider ce critère les résultats du score de sortie, le score d'Aldrète et des critères d'examens satisfaisants.
Et pour tous les patients sortant de SSPI, nous avons retrouvé pour l'ensemble des dossiers évalués une prescription médicamenteuse post-anesthésique qui permettra d'assurer la continuité de soins et la prise en charge de la douleur dans les services après l'acte anesthésique.

L'identité du patient a été retrouvée sur l'ensemble des documents constituant le dossier d'anesthésie exceptée sur la page de la feuille « résumé de la consultation » du logiciel Diane®.
En effet, quand celle-ci s'ouvre, elle s'affiche en plein écran et on ne retrouve pas l'identité du patient sur l'onglet relevant les éléments importants de la CPA.

L'onglet de la traçabilité de la VPA a été complété dans 77% des dossiers. La VPA doit être effectuée dans les heures précédentes l'intervention [12] et celle-ci peut alors être

reportée sur la version papier de la CPA et ne pas apparaitre sur les documents informatiques exploités pour le relevé des informations.

Au moins la moitié des patients pris en charge pour les chirurgies cardio-thoracique ont des antécédents avec des traitements associés. Pour 100 dossiers, il a été précisé qu'il existait des traitements en cours ou une absence de traitement. L'information était absente pour seulement 4 dossiers. Et pour 17 dossiers, l'information « Cf ordonnance » était donnée et un document tel qu'une photocopie de l'ordonnance devrait pouvoir être retrouvée dans le dossier papier. C'est le cas pour seulement 3 dossiers où l'ordonnance a été retrouvée scannée dans le logiciel Télémaque® et était disponible le jour de l'intervention.

Pour le critère de risque anesthésique, l'ensemble des dossiers présentait une évaluation du score ASA [13] des patients dont le but est d'évaluer les comorbidités médicales pré anesthésiques. Et pour 30 dossiers, il était spécifié que le patient était « à risque », pour des patients ayant des ASA de 1 à 4, cela a mis l'accent sur la fragilité du patient ou sur le risque de la chirurgie pour le patient. Ainsi des actions et précautions particulières ont pu être envisagées que ce soit dans la préparation du patient, la demande d'examens complémentaires, ou dans la prise en charge per opératoire avec un monitorage plus spécifique ou un protocole anesthésique plus adapté au risque anesthésique du patient.

La méthode d'anesthésie retenue pour la chirurgie était annoncée dès la CPA après l'évaluation du patient et des besoins de la chirurgie. Celle-ci n'a pas été retrouvée pour seulement un dossier. Les autres techniques allaient de l'anesthésie locale à l'anesthésie générale. L'anticipation de la méthode d'anesthésie a permis le conditionnement du patient et la gestion des éléments complémentaires nécessaires à sa prise en charge le jour de son intervention tels que des examens biologiques, radiologiques ainsi que du matériel nécessaire au bloc opératoire pour une prise en charge optimale lors de l'anesthésie.

Lors de l'évaluation des conditions d'abords des voies aériennes supérieures, les critères retenus étaient la classification de Mallampati qui est l'évaluation visuelle de l'anatomie de la cavité buccale, de la distance thyro-mentonnière et de l'ouverture de bouche selon les critères retenus pour l'étude des dossiers d'anesthésie [10]. Dans 101 dossiers, l'ensemble des critères d'évaluation au complet ont été retrouvé.

Mais dans les consultations Diane® et selon les critères d'intubations difficiles [14], il existe d'autres critères que sont la mobilité cervicale, le profil du patient, la luxation de la mâchoire et la proéminence des incisives. L'ensemble de ces critères permettent d'anticiper la mise en place, si besoin, de techniques plus spécifiques pour la sécurisation des VAS lors de l'anesthésie.

L'évaluation des conditions d'abords des voies aériennes va permettre au MAR de proposer une technique de voies d'abord des VAS en per opératoire, une traçabilité de celle-ci a été retrouvée pour l'ensemble des dossiers Diane® étudié. Les techniques proposées étaient l'intubation oro-trachéale, l'intubation sélective, la ventilation spontanée, le masque laryngé et la jet ventilation.

De plus, l'ensemble des dossiers étudiés retrouvait la technique d'abords des voies aériennes mise en œuvre au cours de l'acte anesthésique. Celle-ci divergeait peu des techniques annoncées en CPA.

L'évaluation des incidents ou accidents au cours de la phase per-anesthésique a été peu retranscrite dans le dossier Diane®, moins de 30% des dossiers satisfaits ce critère. Cet item est à compléter à la fin de l'intervention par le MAR ou l'IADE clôturant le dossier en salle d'intervention.

Pour l'ensemble des dossiers étudiés, nous avons pu constater qu'en moyenne les dossiers étaient remplies correctement à 76%, avec un taux de remplissage au maximum à 92% et au minimum à 60%. De plus, 90 dossiers étaient complétés à au moins 70%.

<u>Objectifs secondaires</u>

En plus des scores faisant partie des critères d'évaluation de la bonne tenue des dossiers d'anesthésie, les MAR peuvent avoir besoin, pour une prise en charge optimale des patients au bloc opératoire, d'informations complémentaires sur l'état du patient.

C'est pour cela que pour presque la moitié des CPA, le score des abords veineux a été retrouvé pour pouvoir envisager la pose d'une voie veineuse sous échographie ou de matériel plus invasif comme des cathéters de type Midline, PiCCline ou un cathéter veineux central, ce qui s'envisage avant le passage au bloc opératoire pour prévoir le matériel nécessaire et un temps imparti.

De plus, le score d'APFEL a été retrouvé pour 28% des consultations étudiées (34 dossiers). Ce score est essentiel car le risque de NVPO [15] est largement présent lors d'un acte d'anesthésie avec l'utilisation de bon nombre de thérapeutique pouvant entrainer comme effet secondaire des NVPO. Il existe un traitement multimodal pouvant prévenir cet effet secondaire.

Des scores plus spécifiques à la chirurgie cardio-thoracique ont été retrouvés tels que le score NYHA pour 43% des CPA, qui est une classification de l'insuffisance cardiaque et le score de Lee pour 13% des dossiers, qui est une évaluation du risque cardiaque péri opératoire en fonction des antécédents du patient. Ces scores permettent d'affiner l'évaluation du patient et d'orienter si nécessaire des examens supplémentaires ou des actions de prévention le jour de l'intervention.

Le score de Stop Bang a été retrouvé dans 10% des CPA et permet d'évaluer le risque d'apnée du sommeil chez le patient avant la chirurgie sachant que dans la population étudiée l'IMC médian est de 26, ce qui signifie que plus de la moitié des personnes évaluées sont en surpoids avec un risque plus important d'apnée du sommeil.

La chirurgie cardio-vasculaire demande une évaluation plus précise pour la prise en charge anesthésique. C'est pour cela qu'il existe des « protocoles d'examens » spécifiques et nécessaires pour les chirurgies programmées. Les documents recherchés et retrouvés lors de cette étude sont les mêmes éléments que dans ces protocoles. Le but étant d'optimiser les connaissances de l'état du patient afin de prévenir le risque anesthésique pour une chirurgie programmée.

Les liens existants entre les différents logiciels informatiques permettent, selon l'accessibilité du professionnel de santé de retrouver l'ensemble des documents constituant le dossier patient. Le but étant de minimiser les documents papiers qui ne permettent pas la diffusion des informations, et de créer un dossier patient informatisé et accessible.

La difficulté se retrouve dans les examens complémentaires, si ceux-ci sont réalisés en dehors de la structure hospitalière, les comptes rendus doivent être scannés et enregistrés dans le dossier informatisé du patient.

Au cours de notre recherche, nous avons pu constater que l'accessibilité aux données informatisées du patient a pu dépendre de la connexion informatique et du lieu de

recherche (salle du DAR, salle informatique de l'école d'IADE ou ordinateur du service de réanimation cardio-thoracique), en fonction de cela, la recherche d'information a pris plus ou moins de temps, de quelques secondes à plusieurs minutes.

Pour les dossiers étudiés, nous avons retrouvé pour un bon nombre de dossier les résultats d'examen tel que des ECG pour 77% des dossiers et pour plus de la moitié des dossiers des ETT ou ETO facilement consultables, soit par Télémaque® directement, soit par Diane® qui fait le lien avec Télémaque®.
De même, des bilans sanguins (tous examens confondus) ont été retrouvés pour 119 dossiers soit sur Cyberlab® qui reprend les examens réalisés au CHU de Poitiers et qui fait aussi le lien avec certains laboratoires extérieurs qui utilisent Bio86®, soit sur Télémaque® avec des résultats de laboratoires scannés et disponibles sur le logiciel à la date de l'acte d'anesthésie.
La carte de groupe sanguin était disponible pour 78% des patients sur Cyberlab® et 12% sur Télémaque®. Pour 8 dossiers, une carte de groupe était disponible sur les 2 logiciels.

Limite et biais de l'étude

Notre étude reprend les critères de la HAS. Le but était d'évaluer la bonne tenue des dossiers d'anesthésie au CHU de Poitiers, mais nous nous sommes centrés sur la chirurgie cardio-thoracique, il aurait pu être intéressant d'associer d'autres secteurs de chirurgie à l'étude. En effet, la chirurgie cardio-thoracique est protocolisée dans ses examens complémentaires et les données nécessaires à cette chirurgie.

De plus, cela évalue les pratiques de seulement 14 MAR ou internes d'anesthésie qui ont conduits les CPA alors que le CHU de Poitiers compte beaucoup plus de MAR ou d'internes en anesthésie susceptibles de faire des CPA et donc d'avoir des pratiques différentes.

Le choix du secteur de cardio-thoracique inclus aussi que l'on a étudié qu'une seule population ayant des antécédents similaires avec un âge moyen de 65 ans. Un effectif plus important et plus hétéroclite aurait fourni des caractéristiques différentes sur les examens complémentaires et les scores spécifiques.

Les informations relevées sur Diane® auraient pu être complétées par une visualisation du dossier d'anesthésie papier aux archives afin de constater la présence des documents

complémentaires attendus tels que le document de la sortie de SSPI signé par le MAR, la présence d'une photocopie d'une ordonnance, de bilan sanguin, de la carte de groupe et d'autres documents.

Le fait de constater les documents encore nécessaires en format papier serait intéressant pour choisir une alternative informatisée car le but est de faire la transition dossier papier au dossier 100% informatisé.

Conclusion

Cette étude qui reprend les indicateurs de la HAS permet de mettre en évidence les points essentiels à retrouver dans la consultation d'anesthésie afin de prendre en charge en sécurité un patient. La multiplication des contrôles des dossiers et des différents moments importants de la prise en charge du patient lors de son parcours de soins tend à améliorer les pratiques et à les uniformiser.

Sur les 121 dossiers étudiés, on retrouve une majorité de critères validés. Les points à améliorer sont peu nombreux et facilement rectifiables par une information aux MAR, internes d'anesthésie et IADE. Le principal point à ajuster est l'évaluation des incidents ou accidents au cours de la phase per-anesthésique qui n'est que rarement renseignée. Les autres points importants à améliorer sont la traçabilité de l'identité du MAR pour la VPA sur le format informatique et en SSPI. Pour l'identification de l'identité du patient sur tous les documents, un seul document n'est pas satisfaisant, ce qui pourra être rectifié avec le référent Diane ou le service informatique.

L'utilisation de l'outil informatique Diane® guide la saisie des informations nécessaires à la prise en charge anesthésique et permet une uniformité de la présentation des données afin de faciliter la prise d'information par les professionnels de santé.

Notre recherche a permis de constater que le dossier d'anesthésie informatisé est un outil indispensable pour permettre une uniformisation des informations pré opératoires, faciliter une prise en charge pluridisciplinaire et rendre possible une continuité des informations au cours du séjour du patient.
La qualité des informations recueillies dans le dossier patient informatisé est donc primordiale pour une prise en charge globale et sécuritaire du patient.

Bibliographie

[1]. Faure Y. L'anesthésie française entre reconnaissance et stigmates. Actes Rech Sci Soc. 2005;(156-157):98 à 114.

[2]. Rapport du haut comité de la santé publique sur la sécurité anesthésique - La SFAR, Société Française d'Anesthésie et de Réanimation. 1993
Disponible sur : https://sfar.org/rapport-du-haut-comite-de-la-sante-publique-sur-la-securite-anesthesique/ (consulté le 29 avril 2021)

[3]. DIANE Anesthésie - Logiciel médical, BOW Medical.
Disponible sur : https://bowmedical.com/diane-anesthesie-logiciel-medical/ (consulté le 13 janvier 2021)

[4]. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. 2009-879 juill 21, 2009.
Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000020879475/ (consulté 26 juillet 2021)

[5]. Indicateur sur la qualité du dossier d'anesthésie, Campagne 2011
Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-09/ipaqss_rapport_dan_v4.pdf (consulté le 3 septembre 2020)

[6]. Dossier du patient. Haute Autorité de Santé.
Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_438115/fr/dossier-du-patient (consulté le 3 septembre 2020)

[7]. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. 2002-303 mars 4, 2002.
Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000227015/ (consulté le 19 janvier 2021)

[8]. Dossier Anesthésique La SFAR. Société Française d'Anesthésie et de Réanimation. 2015
Disponible sur: https://sfar.org/dossier-anesthesique/ (consulté le 27 août 2020)

[9]. Décret n° 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.
Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000549818 consulté le 19 janvier 2021)

[10]. Fiche descriptive de l'indicateur : Tenue du dossier d'anesthésie, HAS
Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-11/fiche_descriptive_dan2_tda_26.11.13.pdf (consulté le

[11]. Benhamou D, Auroy Y, Erbault M, Calmus S, Capuano F, Grenier C. Indicateur IPAQSS « tenue du dossier d'anesthésie » : résultats de la campagne 2014. 1 sept 2015;A293-4.

[12]. Article D6124-92 du Code la Santé Publique, Paragraphe 2 : De la consultation pré-anesthésique
Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000037547268https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGIARTI000006691895/1994-12-08 (consulté le 29 juillet 2021)

[13]. ASA Physical Status Classification System, American Society of Anesthesiologists
Disponible sur: https://www.asahq.org/standards-and-guidelines/asa-physical-status-classification-system (consulté le 29 juillet 2021)

[14]. Langeron O, Bourgain J-L, Francon D, Amour J, Baillard C, Bouroche G, et al. Intubation difficile et extubation en anesthésie chez l'adulte. Anesthésie & Réanimation. nov 2017;3(6):552-71.

[15]. Capron B, Lescut C, Garot M, Etghen S, Lebuffe G. Nausées et Vomissements postopératoires en ambulatoire : Tolérance zéro ? - MAPAR 2013

Annexe

Annexe 1



J'ai le plaisir de vous confirmer l'inscription au registre des traitements du CHU de Poitiers à compter de ce jour :

31-08-2021

Des traitements suivants :

Etude monocentrique, rétrospective, analysant les documents et les informations constituant le dossier d'anesthésie.

Il est inscrit sur le registre des traitements des activités, dans le domaine:

ENSEIGNEMENT

Avec le numéro d'inscription :

CHU86-ENSE-R2021-07-13

Cordialement,
Pierre Taveau
DPO CHU Poitiers et GHT86

Ecole d'Infirmier(e)s Anesthésistes Diplômé(e)s d'Etat

UE 7 - MEMOIRE PROFESSIONNEL

En vue de l'obtention du diplôme d'Etat d'infirmier anesthésiste

2019-2021

Etat des lieux de la tenue du dossier d'anesthésie au CHU de Poitiers

Introduction : Le but de l'anesthésie est d'apporter un bénéfice thérapeutique pour le patient lors de sa prise en charge chirurgicale. Elle englobe alors les différentes phases de la prise en charge du patient en pré, per et post anesthésie. De la CPA à la SSPI, l'ensemble des données du patient se retrouvent dans un même dossier, le dossier d'anesthésie.

Objectif de l'étude : L'objectif principal est de faire un état des lieux de la tenue des dossiers d'anesthésie au CHU de Poitiers en évaluant les dossiers d'anesthésie selon les critères composant les indicateurs de la « Tenue du dossier d'anesthésie » de la HAS.

Matériel et méthode : Il s'agit d'une étude monocentrique, rétrospective, observationnelle réalisée au CHU de Poitiers. Les dossiers étudiés portaient sur les patients ayant subie une anesthésie générale dans le secteur de cardio-thoracique sur la période du 01 au 31 janvier 2020.

Résultats : Cette étude a inclus 121 patients. Elle a permis de retrouver 8 critères totalement satisfaits, 4 autres étaient partiellement atteints et 1 ne répondait pas aux attentes des critères de la tenue du dossier d'anesthésie. Pour l'ensemble des dossiers étudiés, nous avons pu constater qu'en moyenne les dossiers étaient remplies correctement à 76%, avec un taux de remplissage au maximum à 92% et au minimum à 60%. De plus, 90 dossiers étaient complétés à au moins 70%.

Conclusion : Sur l'ensemble des dossiers étudiés, on retrouve une majorité de critères validés. Les points à améliorer sont peu nombreux et facilement rectifiables par une information aux MAR, internes d'anesthésie et IADE.

Mots clés :
Dossier patient, Dossier d'anesthésie, Etat des lieux, Conformité

Auteur : Morgane JAMBU-CHOURRET

Directeur de mémoire : Dr Thomas KERFORNE

Ecole d'Infirmier(e)s Anesthésistes Diplômé(e)s d'Etat

PROFESSIONAL DISSERTATION

To obtain the National Diploma in Anaesthetic Nursing

2019-2021

State of play of the anaesthesia record keeping at Poitiers University Hospital

Introduction: The purpose of anesthesia is to provide therapeutic benefits for the patient during surgery. It therefore encompasses the different phases of patient management before, during and after an anaesthetic. From the pre-anaesthetic consultation to the recovery room, all the patient's data is kept in the same file, the anaesthetic file.

Objectives: The main objective is to assess the state of anaesthetic record keeping at the Poitiers University Hospital by evaluating the anaesthetic records according to the criteria that make up the French National Health Authority indicators of "anaesthesia record keeping".

Material and method: This is a monocentric, retrospective, observational study carried out at the Poitiers University Hospital. The files studied concerned patients who underwent an anesthetic in the cardiothoracic sector from January 1 to 31, 2020.

Results: This study included 121 patients. It found 8 fully met criteria, 4 others were partially met and 1 did not meet the expectations of the anaesthetic record keeping criteria. For all the records studied, we found on average 76% of the records were completed correctly, with a maximum completion rate of 92% and a minimum of 60%. In addition, 90 records were at least 70% complete.

Conclusion: In all the files studied, the majority of criteria was satisfied. The points to be improved are minimal and easily rectifiable by informing anaesthetic doctors, anaesthetic interns and anaesthetic nurses.

Keywords :
Patient record, Anaesthetic record, State of play, Compliance

Author : Morgane JAMBU-CHOURRET

Supervisor : Dr Thomas KERFORNE