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

---

# EVALUATION DE LA QUALITE DE LA SURVEILLANCE ET DE LA TRACABILITE REALISEE EN SSPI AU CHU DE POITIERS


Par

**Julien LECOURTILLER**

Sous la Direction :

**Docteur LANQUETOT Hervé**

Médecin Anesthésiste Réanimateur-CHU de POITIERS

**Madame CHEVEREAU Frédérique**

Cadre de santé – IADE CHU de POITIERS


Septembre 2019


UE7 : MEMOIRE PROFESSIONNEL

En vue de l'obtention du diplôme d'Etat D'Infirmier(e) 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 soussigné*** **LECOURTILLER Julien**

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/dossier présenté étant le fruit de mon travail personnel, il ne pourra être cité sans respect des principes de cette charte

- ***Fait à Poitiers, le 18/06/18***

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

J'adresse mes sincères remerciements à toutes les personnes qui m'ont apporté de l'aide et du soutien durant ces deux années de formation et pour la réalisation de ce travail de recherche, et plus particulièrement :

- Au Dr Hervé LANQUETOT, Médecin Anesthésiste-Réanimateur au CHU de Poitiers, directeur de ce mémoire, il a su me guider dans la réalisation de ce travail. Votre expérience en tant que médecin référent de SSPI et vos connaissances en matière de recherches scientifiques m'ont apporté un accompagnement pédagogique de qualité.

- A Frédérique CHEVEREAU, Cadre IADE et référente de ce mémoire pour sa disponibilité, ses conseils et son investissement dans la mise en place de cette étude. Merci d'avoir cru en ce projet et de l'avoir porté à mes côtés.

- A l'équipe pédagogique de l'Ecole d'Infirmier Anesthésiste de Poitiers, qui m'a donné ma chance il y a deux ans et qui est la source de ses longues heures de révisions. Mention spéciale à Alain CHARRE, formateur, IADE et référent du logiciel DIANE pour sa disponibilité et son savoir-faire en matière de logiciel informatique : sans ton aide, ce projet n'aurait pas eu le même sens.

- A ma famille, et plus particulièrement à mes parents, qui depuis des années soutiennent mes projets, et m'accompagnent au travers de chemins parfois périlleux. Ce qui fait notre force, c'est notre Amour. Merci à tous.

- Enfin, merci à ma femme, qui durant ces deux années a porté ce projet comme si c'était le sien. Merci de ton sacrifice et de ton dynamisme à la maison durant mon absence. Merci de ton soutien au quotidien, de tes encouragements dans les moments difficiles et de ta reconnaissance. Notre Amour et notre Complicité ont fait la force de ce projet et feront celle du prochain…

# SOMMAIRE

INTRODUCTION ..... 1

1. JUSTIFICATION DE L'ETUDE : La Règlementation ..... 2
   1.1. La salle de surveillance post-interventionnelle ..... 2
      1.1.1. Définition ..... 2
      1.1.2. Organisation de la salle de surveillance post-interventionnelle ..... 2
      1.1.3. Les surveillances ..... 2
      1.1.4. La traçabilité ..... 4

2. MATERIEL ET METHODE ..... 5
   2.1. Type d'étude ..... 5
   2.2. Objectif de l'étude ..... 5
   2.3. Population étudiée ..... 6
   2.4. Recueil de données ..... 6
   2.5. Traitement et recueil de données ..... 7
   2.6. Bilan de l'étude avec les professionnels de SSPI et mise en place de l'outil ..... 8
3. RESULTATS ..... 9

   3.1. Première partie de l'étude ..... 9
   3.2. Réponses aux questionnaires ..... 16
   3.3. Seconde partie de l'étude ..... 20
      3.3.1. Evolution de la traçabilité dans la chirurgie de la thyroïde ..... 20
      3.3.2. Evolution de la traçabilité dans la chirurgie du genou ..... 21

4. DISCUSSION ..... 23
   4.1. Eléments marquants de l'étude initiale ..... 23
   4.2. Evaluation rétrospective de notre outil de traçabilité ..... 27

5. LIMITES DE L'ETUDE ..... 29

6. PROPOSITION & PERSPECTIVES ..... 30

CONCLUSION ..... 31
REFERENCES BIBLIOGRAPHIES ..... 33
ANNEXES .....

# GLOSSAIRE

AG : Anesthésie Générale

ANAES : Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé

ALR : Anesthésie Locorégionale

ATCD : Antécédents

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

CSP : Code de la Santé Publique

DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins

EN : Echelle Numérique

EVA : Echelle Visuelle Analogique

EVS : Echelle Verbale Simple

HAS : Haute Autorité de Santé

IADE : Infirmier Anesthésiste Diplômé d'Etat

IDE : Infirmier Diplômé d'Etat

MAR : Médecin Anesthésiste Réanimateur

MCO : Médecine Chirurgie Obstétrique

NVPO : Nausées Vomissements Post Opératoire

PTG : Prothèse Totale de Genou

SFAR : Société Française d'Anesthésie et de Réanimation

SSPI : Salle de Surveillance Post Interventionnelle

# INTRODUCTION

Mon expérience d'infirmier, en SSPI en amont de ma spécialisation, m'a montré la complexité du travail dans ce type de service. En effet, l'activité qui y est variée, nécessite pour les professionnels une adaptabilité permanente, associée au développement de compétences aussi bien relationnelles, pratiques que théoriques. D'ailleurs, la littérature nous montre que le réveil est une *« période critique pendant laquelle surviennent une grande partie des accidents anesthésiques » [1]*.

En parallèle le Décret du 5 décembre 1994 constitue un des premiers modèles d'assurance qualité. En effet, il décrit les grands objectifs de la SSPI :

- Accueil et installation du patient, en sécurité.
- Surveillance et maintien des grandes fonctions vitales.
- Prévention et traitement de toutes complications éventuelles.
- Evaluation et prise en charge de la douleur.

Il a permis aux patients de bénéficier d'une chaîne de garanties et de sécurité et montre aujourd'hui que « *le nombre de décès imputables à l'anesthésie a été divisé par cinq* » [2] alors que « *le nombre d'anesthésies a, quant à lui, plus que doublé en vingt ans* » [2].

Cependant, lors de mon stage de première année en SSPI, j'ai remarqué une disparité de surveillance interindividuelle et institutionnelle dans la prise en charge de patients venant pour un même acte chirurgical. J'ai également rencontré des difficultés lors de ce stage pour effectuer la traçabilité sur le logiciel « DIANE » de certaines surveillances apportées aux patients. Ces constatations m'ont conduit aux réflexions suivantes : « Existe-t-il des recommandations précises pour la surveillance des patients en SSPI en fonction du type d'anesthésie ou de chirurgie ? » et « Le logiciel « DIANE » peut-il être optimisé pour faciliter le travail des professionnels de la SSPI du CHU de Poitiers ? ».

J'ai choisi de traiter ce sujet à partir d'une évaluation des pratiques professionnelles qui, par définition, s'inscrit dans une démarche qualité et « consiste en l'analyse des pratiques en référence à des recommandations, ainsi que la mise en œuvre d'actions d'amélioration et leurs suivis » [3]. L'objectif de ce travail est donc de rechercher si la surveillance réalisée en SSPI au CHU de Poitiers est en adéquation par rapport à la surveillance standard recommandée dans la littérature.

# 1. JUSTIFICATION DE L'ETUDE : La Règlementation

## 1.1. La salle de surveillance post-interventionnelle

### 1.1.1. Définition

La SSPI est un service capable d'accueillir l'ensemble des patients nécessitant une surveillance post-anesthésique durant une période plus ou moins longue, et d'assurer une surveillance constante et adaptée à son état [4].

### 1.1.2. Organisation de la salle de surveillance post-interventionnelle

Selon le décret 94-1050 du 5 décembre 1994 [5] :

La SSPI doit dans la mesure du possible se situer à proximité des sites opératoires pour limiter la durée de transport du patient et permettre l'intervention rapide d'un médecin anesthésiste.

Un infirmier diplômé d'état, si possible infirmier anesthésiste doit être présent en permanence dans le service, il est placé sous la responsabilité d'un médecin anesthésiste-réanimateur.

Chaque poste doit être équipé d'une arrivée de fluides médicaux, d'un dispositif d'aspiration par le vide, d'équipements biomédicaux munis d'alarmes permettant le contrôle continu du rythme cardiaque, de la saturation du sang en oxygène, de la mesure de la pression artérielle et d'un moyen de réchauffement du patient.

La SSPI doit être pourvue d'un dispositif d'assistance ventilatoire muni d'alarmes, d'un défibrillateur et d'un curamètre.

La vérification quotidienne de la présence et du bon fonctionnement de ce matériel doit être effectuée par un professionnel qualifié, elle permet de valider l'ouverture de la SSPI.

### 1.1.3. Les surveillances

La surveillance continue du patient en phase post-interventionnelle a pour objectif de contrôler l'élimination des effets résiduels des médicaments anesthésiques et de prévenir et/ou traiter les complications éventuelles liées à la chirurgie ou à l'anesthésie.

Cette surveillance débute dès la fin de l'intervention chirurgicale au sein même du bloc opératoire et s'étend jusqu'à la sortie de SSPI où le MAR valide le retour du patient

vers son service d'origine, après s'être assuré d'une récupération neurologique satisfaisante, d'une autonomie respiratoire, et d'une stabilité circulatoire.

Bien que leurs valeurs juridiques soient inférieures aux textes de loi, certaines sociétés savantes telles que la SFAR, publient des « recommandations », qui viennent compléter Lois et Décrets, et permettent aux professionnels une meilleure interprétation du cadre juridique.

Ainsi, cette « surveillance continue » proposée dans l'article D. 6124-91 du CSP, est adaptée à l'usage de l'anesthésie par ces sociétés savantes [6] et classe les surveillances à effectuer par grandes fonctions de l'organisme :

<u>Surveillance respiratoire :</u>

- Fréquence respiratoire
- Amplitude et symétrie des mouvements thoraciques
- Saturation en oxygène
- Sueurs
- Coloration des téguments

<u>Surveillance cardio-circulatoire :</u>

- Fréquence cardiaque
- Pression artérielle
- Pâleur

<u>Surveillance neurologique :</u>

- Etat de conscience
- Récupération des réflexes et d'une motricité spontanée

<u>Surveillance digestive :</u>

- Existence de nausées et vomissements

<u>Surveillance rénale :</u>

- Globe vésical ou diurèse spontanée

<u>Surveillance des accès vasculaires :</u>

- Débit
- Nature du soluté
- Vérifier l'absence de signe d'inflammation : douleur, rougeur, chaleur, œdème au point de ponction
- Perméabilité et intégrité de l'accès vasculaire
- Absence de plicature de la ligne de perfusion

<u>Surveillance de la zone opératoire :</u>

- Pansements
- Drains

- Pertes sanguines

Surveillance de la température :

- Surveillance de la température
- Mise en place d'une couverture chauffante

Surveillance de la douleur :

- Intensité (échelle de la douleur adaptée au patient => EVS, EVA, Algoplus, etc.…)

L'intégralité des informations recueillies lors de la surveillance continue post-interventionnelle est transcrite dans un document classé dans le dossier médical du patient.

### 1.1.4. La traçabilité

Définition

L'HAS définit la traçabilité dans le domaine médical comme « l'aptitude à retrouver l'historique, l'utilisation ou la localisation d'un produit ou d'un processus au moyen d'informations et d'identifications enregistrées. [7] ». Elle va même plus loin dans cette définition en indiquant que cette traçabilité permet d'aider à préciser la survenue d'une défaillance, d'un incident ou d'un accident médico-soignant. Elle met donc en jeu la notion de responsabilité de la part des professionnels de santé.

Objectifs de la traçabilité

La traçabilité dans le domaine de la santé intervient tout au long de la prise en charge du patient. Elle est le reflet de son parcours de soins et permet au-delà des transmissions entre professionnels d'avoir accès à tout moment, aux informations cliniques, biologiques, diagnostiques et thérapeutiques qui le concerne. Elle représente donc l'image du patient à un instant donné, et permet grâce à la continuité des soins, une actualisation permanente de son dossier de soins.

Au-delà du soin à proprement dit, la traçabilité permet « d'expliquer et de justifier la prise en charge d'un patient, dans le cadre d'une enquête juridique, d'une inspection, d'un recours, d'une réclamation ou d'une plainte d'un patient et/ou de son entourage [7] ».

Traçabilité et responsabilité professionnelle

Le Décret du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier, montre dès son article 5 la responsabilité infirmière vis-à-vis de la

surveillance et du recueil des informations liées aux patients : "Dans le cadre de son rôle propre, l'infirmier recueille des observations de toute nature susceptibles de concourir à la connaissance de l'état de santé de la personne et d'apprécier les principaux paramètres servant à sa surveillance [8] ».

L'ANAES affirme cette notion de responsabilité dans ses « *Réglementations et recommandations* » relative au dossier de soins [9] en rappelant d'une part que « le dossier de soins a une valeur juridique » et d'autre part que « tout ce qui n'est pas tracé est considéré comme non fait […] dans le cadre d'une procédure judiciaire ».

La qualité de la traçabilité est donc garante d'une sécurité conjointe pour le professionnel et son patient.

# 2. MATERIEL ET METHODE

## 2.1. Type d'étude

Il s'agit d'une étude descriptive, observationnelle et mono-centrique de type évaluation des pratiques professionnelles. Elle s'est déroulée au sein du service de SSPI du CHU de Poitiers sur une période de quatre mois, entre le 25 septembre 2018 et le 31 janvier 2019. Ce sujet a été validé par Mme CHEVEREAU : Cadre IADE du service de SSPI et par le Dr LANQUETOT : Médecin Anesthésiste Réanimateur & référent de la SSPI pour l'intérêt qu'il pouvait apporter au service. Le caractère observationnel de cette étude n'a pas nécessité l'obtention d'une autorisation de la part du Comité de Protection des Personnes, cependant une déclaration auprès de la CNIL a été effectuée *(Annexe 1)*.

## 2.2. Objectif de l'étude

L'objectif principal de cette étude était de relever les éléments de surveillance non pris en compte en SSPI, par rapport aux recommandations faites par la littérature et de mesurer les écarts existants.

De manière secondaire, cette dernière a également permis de faire un état des lieux quant à la traçabilité des éléments surveillés en SSPI sur le logiciel « DIANE ® ».

### 2.3. Population étudiée

Critères d'inclusion :

- Patients ASA 1, 2 et 3 opérés d'une chirurgie thyroïdienne sous AG ou d'une chirurgie du genou (arthroscopie ou PTG) sous ALR
- Patients majeurs ≥ 18 ans
- Chirurgies programmées ou d'urgences
- Patients en capacité de répondre aux ordres et questions simples

Critères de non- inclusion :

- Patients ASA 4
- Patients mineurs ≤ 18 ans
- Majeurs non responsables
- Patients présentant des troubles cognitifs et/ou de la communication
- Patients ayant des ATCD de neuropathie périphérique
- Anesthésies locales
- Reprises chirurgicales en urgence

Critères d'exclusion :

- Patients non francophones
- Patients arrivant intubés et ventilés en SSPI
- Patient ayant subi une anesthésie générale devant un échec de l'ALR
- Patient ayant subi une anesthésie sans acte chirurgical

### 2.4. Recueil de données

La taille de l'échantillon n'a pas été précisément établie en amont de l'étude du fait d'une fluctuation du nombre d'interventions d'un mois à l'autre. Cependant l'objectif de 50 recueils pour les thyroïdectomies sous AG et de 25 recueils pour les chirurgies du genou sous ALR a été convenue avec les encadrants de ce mémoire afin d'espérer une normalité dans l'analyse qualitative et quantitative de cette étude.

Le choix de ces trois chirurgies s'est porté sur l'importance de leur réalisation au cours de l'année précédente (2017) au sein du CHU de Poitiers, à savoir :

- 415 thyroïdectomies sous AG
- 261 PTG dont 71 sous ALR

- 179 arthroscopies du genou dont 117 sous ALR

L'inclusion des patients, dans cette étude, était réalisée de manière hebdomadaire. Elle se référait à la programmation des interventions pour la semaine suivante, disponible sur le logiciel « OPERA® », associée à l'analyse de la consultation anesthésique du patient disponible sur le logiciel « DIANE® ».

En l'absence de normes précises (gold standard) concernant la surveillance post-opératoire en SSPI de la thyroïdectomie sous AG d'une part, et des chirurgies du genou (PTG ou arthroscopie) sous ALR d'autre part, une grille d'évaluation *(Annexes 2 et 3)* a été créée pour chacune des chirurgies étudiées. Elles se basent sur les complications possibles de la chirurgie décrite dans la littérature [11] [12] [13] [14] [15] [16] [17] [18] [21], sur les recommandations de surveillance de sociétés savantes [10] [19] [20], mais également sur les prescriptions des professionnels médicaux du CHU de Poitiers.

Ces grilles d'évaluation ont permis le relevé des surveillances effectuées en SSPI, ainsi que leur traçabilité. Ce recueil observationnel s'est limité aux dix premières minutes de prise en charge du patient lors de son arrivée en SSPI, correspondant au premier tour de surveillance effectué par les professionnels du service. La première partie du relevé consistait en l'observation et l'écoute de la prise en charge afin de déterminer si les surveillances sélectionnées dans notre grille d'évaluation avaient été « réalisées » ou « non réalisées ». Au-delà de ces dix premières minutes, un second temps de recueil était nécessaire au lit du patient, pour compléter la seconde partie de notre recueil à savoir si la traçabilité des surveillances effectuées avait été « tracée » ou non « tracée ». Il était possible grâce au relevé direct sur le diagramme de soins du patient proposé par le logiciel informatique « DIANE ® ».

### 2.5. Traitement et recueil de données

Le recueil, stockage et traitement des informations ont été anonymes. Les données ont été saisies et exploitées informatiquement par l'utilisation du logiciel Microsoft Office Excel® 2016. Elles ont permis dans un premier temps une analyse descriptive des résultats, puis dans un second temps, une analyse quantitative permettant la réalisation de statistiques et la schématisation graphique de nos données.

### 2.6. Bilan de l'étude avec les professionnels de SSPI et mise en place de l'outil

Un temps de rencontre a été organisé en semaine 47 (19 au 25 novembre 2018) avec l'ensemble du personnel infirmier de SSPI afin de leur présenter les objectifs de cette étude, l'outil utilisé durant la phase de recueil et de leur communiquer les résultats de cette dernière. Ce temps a permis un échange avec les professionnels sur les difficultés qu'ils pouvaient rencontrer lors de la prise en charge post-opératoire de ces différents types de chirurgies, mais également celles rencontrées dans la traçabilité de leurs actes. Un questionnaire *(Annexe 4)*, composé de 6 questions fermées et de 2 questions ouvertes leur a été soumis durant cette présentation permettant d'éclairer certains points des résultats de notre étude. Ce temps a également permis la présentation de saisies multiples que nous avons mis en place au sein même du logiciel DIANE *(Annexe 5 et 6)* et qui ont été activées sur l'ensemble du réseau informatique de la SSPI à compter du 26/11/2018. Elles consistent au regroupement des surveillances à effectuer pour chacune des chirurgies de cette étude au sein même d'une fenêtre informatique. Le professionnel fait alors face à trois types d'éléments :

- Champs libres : Ils permettent d'inscrire manuellement des données paracliniques relevées telles que la température du patient.
- Menus déroulants : D'un simple clic de souris sur la case correspondante à une surveillance spécifique, le professionnel a accès à une liste d'items lui permettant de choisir celui le plus adapté à la situation clinique. C'est par exemple le cas pour la surveillance d'un pansement, qui pourra dans le menu déroulant être propre, taché/délimité ou refait.
- Cases à cocher : Une réponse binaire par « oui » ou « non » est apportée à une surveillance clinique précise. C'est le cas pour la surveillance de la présence ou non d'une pâleur, de sueurs, d'une cyanose ou encore de nausées ou de vomissements.

L'instauration de cet outil informatique de recueil des données cliniques et paracliniques a pour objectif d'améliorer la traçabilité en SSPI d'une part, de réduire le temps passé sur l'informatique parfois au détriment du patient d'autre part, mais également de faciliter le travail paramédical, et l'intégration des nouvelles recrues ou étudiants.

Cet outil a été évalué en comparant les chiffres relatifs à la traçabilité des actes effectués en SSPI, issus de notre étude initiale (octobre à novembre 2018) à ceux recueillis de manière rétrospectives entre le 27 novembre 2018 et le 31 janvier 2019 où les professionnels avaient accès à notre outil.

Les données ont également été saisies et exploitées informatiquement par l'utilisation du logiciel Microsoft Office Excel® 2016 et ont pu être exploitées pour être présentées dans la partie « Résultats » de ce travail.

# 3. RESULTATS

## 3.1. Première partie de l'étude

La première partie de cette étude s'est donc achevée le mardi 20 novembre 2018. Elle a permis l'inclusion d'un total de 75 patients répartis comme suit :

- 25 chirurgies du genou sous rachianesthésie dont 13 arthroscopies et 12 PTG que nous appellerons « groupe genou ».
- 50 thyroïdectomies partielles ou totales sous anesthésie générale que nous appellerons « groupe thyroïde ».

A noter que 6 patients pouvant initialement être inclus à notre étude ont dû être exclus dès leur arrivée en SSPI pour les motifs suivants :

- 4 conversions de rachianesthésie en anesthésie générale dans le cadre d'une chirurgie du genou.
- 1 patient non francophone.
- 1 patient ayant subi une anesthésie générale sans acte chirurgical du fait d'une mauvaise exposition chirurgicale rendant la chirurgie impossible (thyroïde).

Surveillances cliniques et paracliniques des chirurgies

L'ensemble des données ayant servi à la rédaction de la partie « Résultats » sont disponibles en "annexes" de ce travail.

Les données tracées automatiquement

L'ensemble des patients était monitoré à leur arrivée en SSPI avec des moniteurs multiparamétriques IntelliVue MX550 de marque « PHILIPS® ». Une interface entre le

module de surveillance et le logiciel DIANE® permet l'enregistrement en temps réel de l'ensemble des données recueillies sur le logiciel informatisé. Ainsi dans notre étude nous avons pu obtenir 100% de traçabilité pour les éléments mesurés par le moniteur à savoir la tension artérielle, le pouls, la fréquence respiratoire et la saturation en oxygène.

Les données bloquantes

Le choix a été fait lors du paramétrage du logiciel DIANE® de rendre bloquant la traçabilité de la douleur. Ainsi à l'ouverture du dossier informatique, le professionnel est dans l'obligation d'inscrire la valeur correspondante à la douleur de son patient pour accéder au diagramme de soins. Ainsi l'évaluation de la douleur au travers de l'échelle numérique (EN) a été effectuée et tracée dans 100 % des cas pour nos 75 patients.

Les surveillances cliniques visuelles

L'apparition de sueurs, d'une pâleur, d'une cyanose ou encore d'une dyspnée (hors recherche d'une difficulté respiratoire dans le cadre de la thyroïdectomie) sont des éléments de surveillance clinique qui s'évaluent visuellement par le professionnel lors de sa prise en charge. Ainsi devant le manque de critères d'évaluation précis de notre part, il a été considéré que ces surveillances avaient été effectuées dans 100 % des cas. Cependant la traçabilité de la présence ou de l'absence de ces signes n'a été relevée dans aucun des dossiers patients de notre étude.

Surveillance de l'oxygénothérapie

L'évaluation portait à la fois sur la vérification par l'infirmier(e) du débit d'oxygène apporté au patient (en litre par minute), ainsi que sur la bonne mise en place du dispositif (masque ou lunettes à oxygène). Ainsi, 58 patients sur 75 recevaient de l'oxygène à leur arrivée en SSPI et dans la totalité des cas, l'infirmier(e) lors de la prise en charge a porté une attention vis-à-vis du débit délivré et de la bonne utilisation du dispositif. La traçabilité du type de dispositif utilisé et du débit administré a été effectuée dans 98% du temps (absence de traçabilité dans 1 dossier sur 58).

Surveillance de la zone opératoire

Cette partie regroupe la surveillance des saignements, l'état et le type de pansement (compressif ou non), la surveillance de l'apparition d'un hématome, mais également la surveillance du ou des redons.

Pansements, hématomes et saignements :

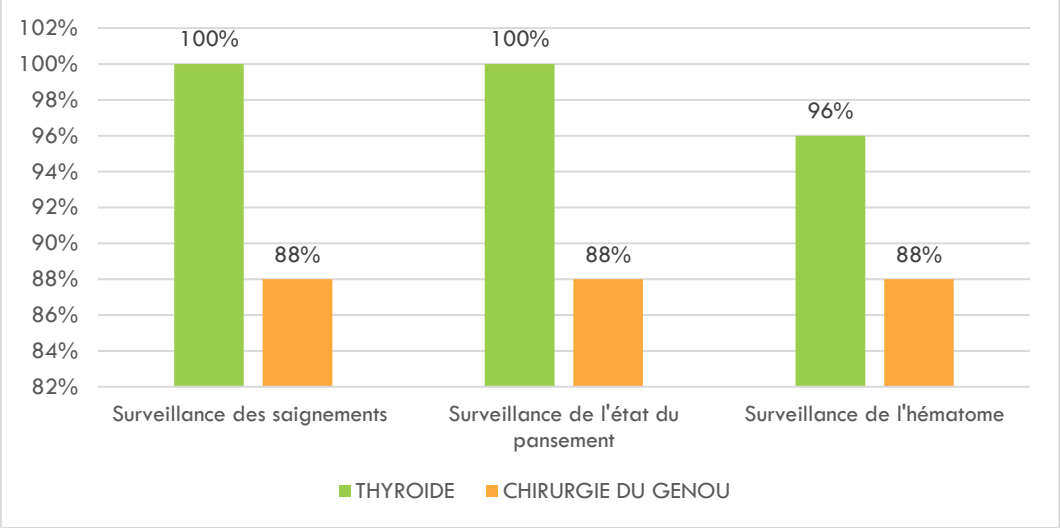



*Figure 1. Surveillance de la zone opératoire en SSPI*

Nous pouvons remarquer au travers de ce graphique que la surveillance des saignements et l'état du pansement pour les chirurgies de la thyroïde ont été réalisés dans 100 % des cas, et que la surveillance de l'apparition d'un hématome cervical a, quant à elle, été effectuée dans 96 % des cas (48/50 thyroïdes). A noter que la surveillance était considérée comme faite lorsque le professionnel palpe la zone cutanée autour du pansement pour s'assurer de sa souplesse et de l'absence d'une collection sanguine (il s'agit d'une habitude de service dans la surveillance des thyroïdectomies). Les trois surveillances précédemment citées ont été effectuées dans 88 % du temps pour les chirurgies du genou, puisque dans 3 prises en charge sur 25 le drap du lit n'a pas été soulevé pour accéder à la zone opérée.

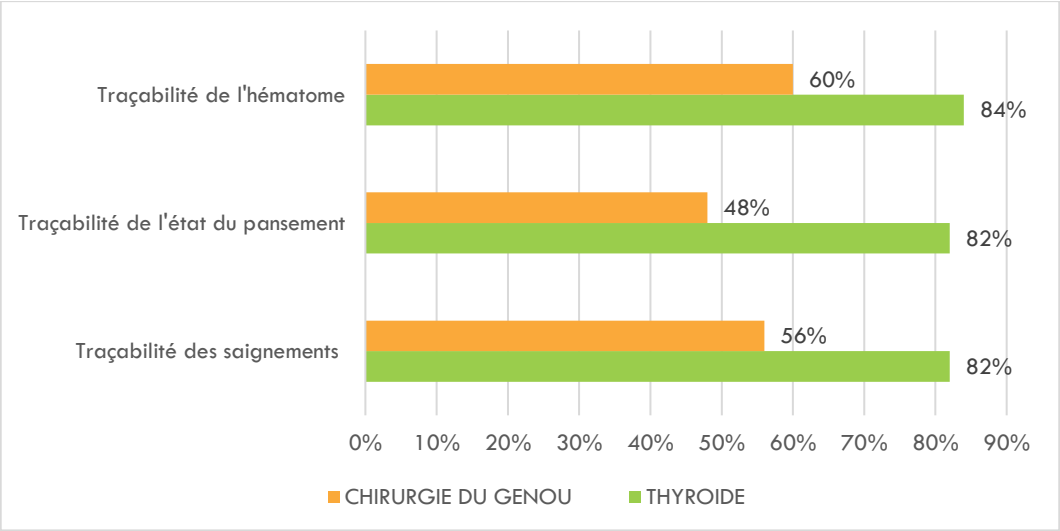



*Figure 2. Traçabilité des éléments de surveillance en liens avec la zone opératoire*

En ce qui concerne la traçabilité de ces actes, elle est homogène dans les deux groupe en étant présente en moyenne dans 83 % des dossiers du « groupe thyroïde » et dans 55% des dossiers du « groupe genou ».

Type de pansement :

Une des particularités de la chirurgie du genou est la présence de pansement compressif en sortie de bloc permettant de favoriser l'hémostase. Cette bande compressive qui entoure le pansement initial est levée par les professionnels de SSPI à H+1h. La notion de pansement compressif a été retrouvée « tracée » dans 1 dossier sur 25.

Les redons :

Dans notre étude, 13 patients sur 75 étaient porteurs d'un redon unique à la sortie du bloc opératoire (11 dans le groupe PTG et 2 dans le groupe thyroïdectomie). Pour les PTG nous dénombrons 7 redons non aspiratifs et 4 redons aspiratifs. Pour les thyroïdectomies, dans les deux situations le redon était aspiratif. A l'arrivée en SSPI, l'infirmier(e) pour l'ensemble des patients porteurs d'un redon, a vérifié le type de redon ainsi que le niveau de liquide présent à l'intérieur. Cependant la traçabilité du type de redon n'a été retrouvé dans aucun des dossiers du « groupe thyroïdectomie » et dans seulement 2 dossier sur 11 dans le groupe PTG (18%). En ce qui concerne la traçabilité du niveau des redons, elle est respectivement de 100 % pour les thyroïdectomies et de 73 % pour les PTG.

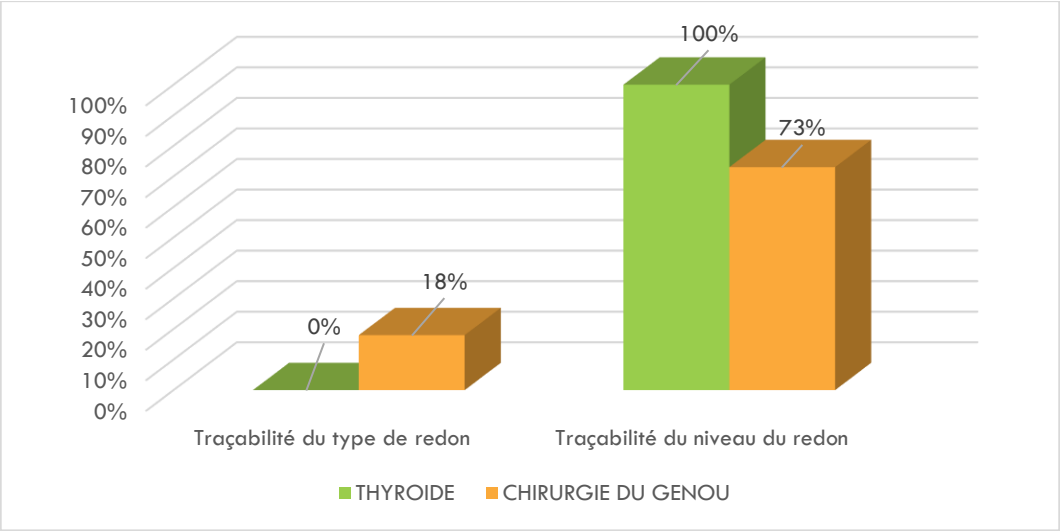



*Figure 3. Traçabilité de la surveillance des redons en SSPI*

Surveillance de la température

La température n'a dans aucune prise en charge été contrôlée lors du séjour du patient en SSPI. Parallèlement, nous nous sommes intéressés à la traçabilité sur le logiciel DIANE® d'une mesure thermométrique durant la période per-opératoire. Cette étude rétrospective nous a permis de relever 11 températures dans le « groupe thyroïdectomie » soit dans 22% des dossiers. Aucune température n'a cependant été relevée dans le « groupe genou ».

Le score de sédation

Le score de sédation permet la surveillance de l'état de conscience du patient sous opioïde et/ou sédatif, afin de prévenir un surdosage en produit. Ainsi dans notre étude la surveillance du score de sédation s'applique à :

- Tous les patients ayant bénéficié d'une anesthésie générale balancée
- Tous les patients ayant bénéficié d'une rachianesthésie avec adjonction d'un morphinique
- Tous les patients ayant bénéficié d'une antalgie post-opératoire par morphine

Ainsi la totalité des thyroïdectomies (50/50) obtiennent au moins un des critères ci-dessus et 12 PTG du « groupe genou » ont reçu des morphiniques en période per-opératoire dans leur rachianesthésie.

L'étude a montré l'absence de réalisation du score de sédation lors de l'arrivée en SSPI des 62 patients et n'a retrouvé dans aucun dossier informatique la traçabilité de ce score.

Les Nausées Vomissements Post-Opératoire (NVPO)

Les NVPO ont été évaluées de manière globale par l'infirmier(e) dans 13% des prises en charge (10/75). Cette surveillance était considérée comme réalisée si le professionnel interrogeait de manière directe le patient. Aucune traçabilité n'a été retrouvée dans les dossiers informatiques.

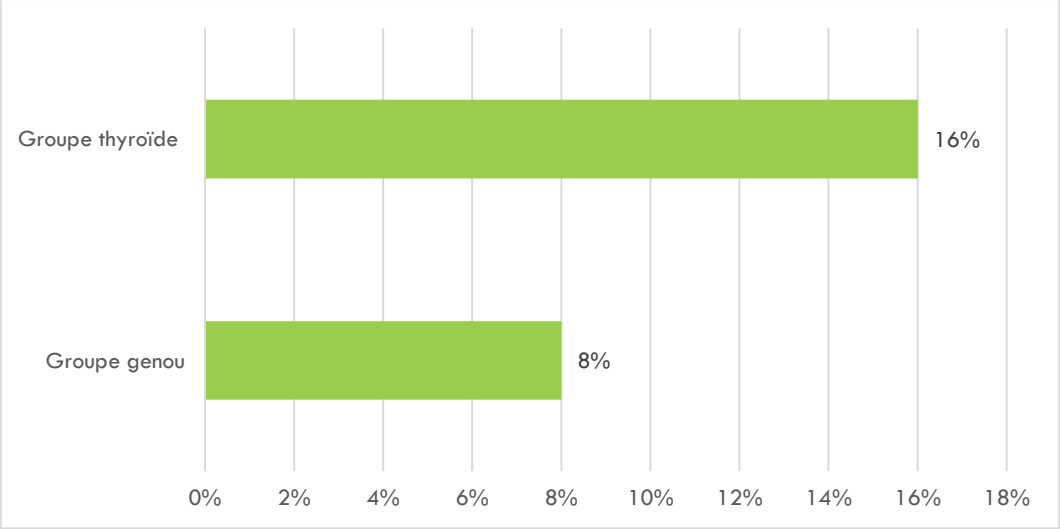



*Figure 4. Evaluation des NVPO en SSPI*

Surveillances particulières de la chirurgie thyroïdienne

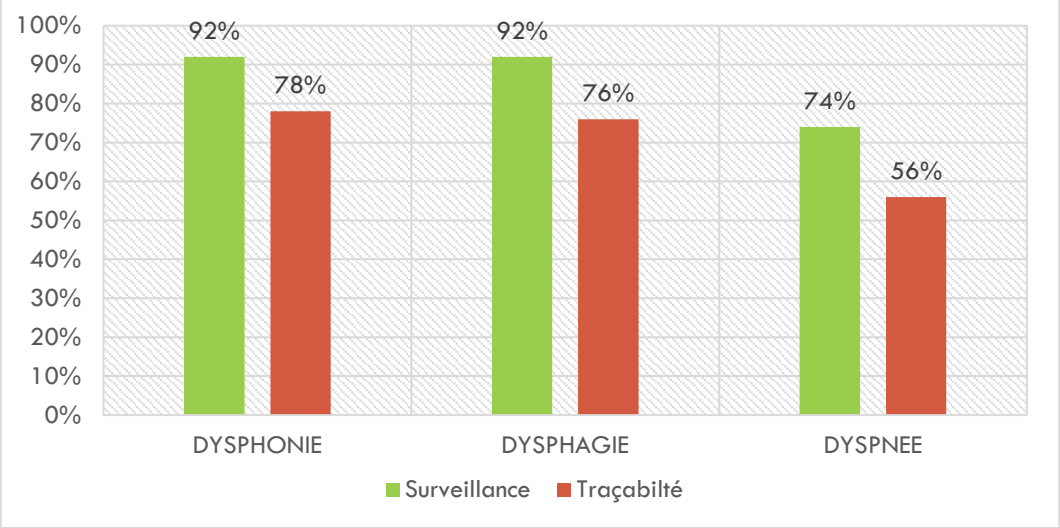



*Figure 5. Surveillances cliniques et traçabilité en lien avec le risque d'atteinte du nerf récurrent dans la chirurgie thyroïdienne*

Au-delà de la surveillance du risque hémorragique, le rapport anatomique proche entre la glande thyroïde et le nerf récurrent impose une surveillance adaptée en post-opératoire. Ainsi la recherche en SSPI d'une gêne respiratoire laryngée, d'une dysphonie ou d'une dysphagie avec risque de fausses routes, permet de s'assurer de l'absence d'une atteinte de ce nerf mixte durant la chirurgie [19].

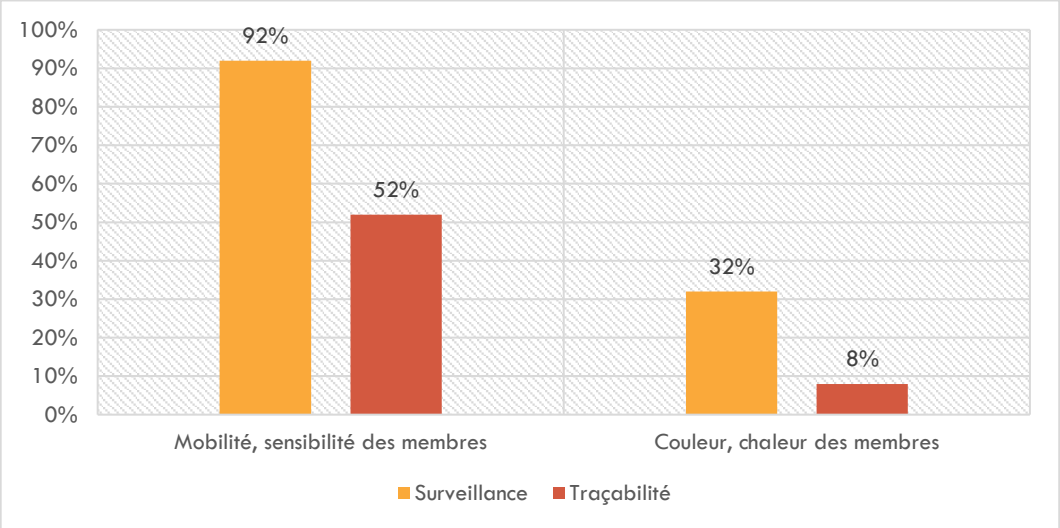



*Figure 6. Surveillances cliniques des membres inférieurs en post- opératoire d'une chirurgie du genou et traçabilité dans le dossier de soins*

Surveillances particulières de la chirurgie du genou sous rachianesthésie

Le Score de Bromage permet dans le cadre de la rachianesthésie d'évaluer la mise en place ou la levée du bloc moteur. Il s'applique ici à l'ensemble du « groupe genou » qui a subi une rachianesthésie. Notre étude montre que la réalisation de ce score s'est effectuée et a été tracée dans 16% des dossiers (4/25).

La surveillance clinique du membre opéré et de son controlatéral (mobilité sensibilité, couleur, chaleur) permet au-delà de la levée du bloc moteur de s'assurer de l'absence de lésions nerveuses, induites par le geste chirurgical, la rachianesthésie ou par une compression liquidienne (saignement). Elle permet également de dépister un membre peu ou pas irrigué par du sang artériel (ischémie).

Surveillances particulières en lien avec l'environnement patient

L'accès vasculaire : A leur arrivée en SSPI, l'ensemble des patients étaient porteurs d'une voie veineuse périphérique (VVP) située sur un membre supérieur. La surveillance de cette VVP était considérée comme faite si l'infirmier(e) :

- Portait un regard sur le débit de la perfusion
- Ajustait le débit de la perfusion
- Regardait le point de ponction
- Démêlait la tubulure

Ainsi nous avons pu relever que cette surveillance s'effectuait en moyenne dans 47% des situations et que cette traçabilité n'avait été relevée que dans 2 dossiers sur 75.

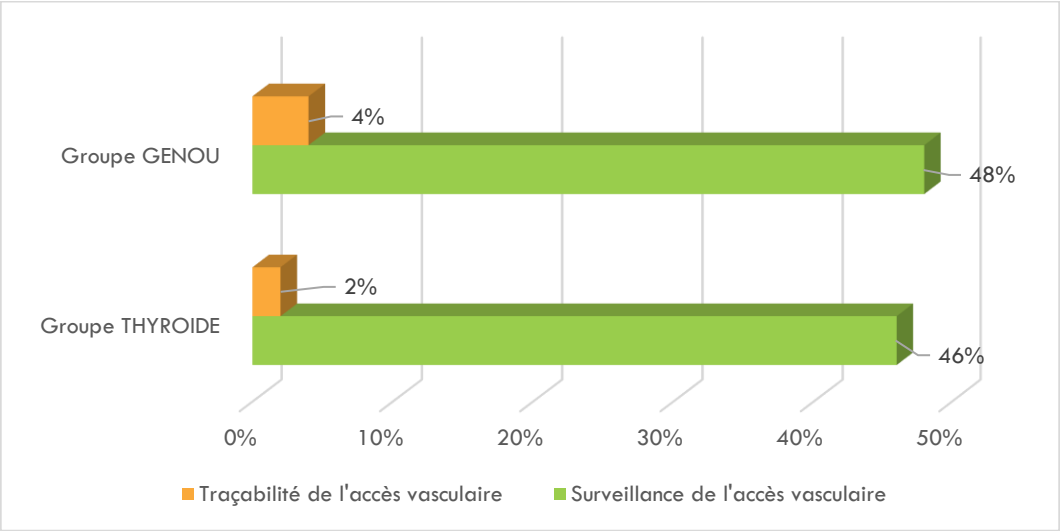



*Figure 7. Surveillance et traçabilité de l'accès vasculaire à l'arrivée des patients en SSPI*

Position du patient

La position demi-assise qui améliore les conditions de ventilation du patient a été relevée en moyenne dans 95 % des situations (49/50 patients dans le « groupe thyroïde » et 23/25 patients dans le « groupe genou ». La traçabilité de la position du patient n'a cependant jamais été retrouvée dans le dossier informatique DIANE®

### 3.2. Réponses au questionnaire

A la suite de l'analyse de ces résultats, un questionnaire a été mis au point afin d'obtenir des informations sur la pratique des infirmier(e)s de SSPI et d'éclairer certains résultats de notre étude. Ce questionnaire a permis de répondre aux questions suivantes :

Depuis quand travaillez-vous en SSPI ?

L'équipe infirmière de SSPI est composée de 13 personnels. Elle est pour ses deux tiers représentée par des femmes (9/13), et pour le tiers restant par 4 hommes. Le tableau ci-dessous nous montre une homogénéité vis-à-vis de l'ancienneté des infirmier(e)s en SSPI. Il est à noter l'arrivée récente (moins de 1 an) de 4 nouveaux infirmier(e)s dans le service qui n'avaient jamais exercé en SSPI auparavant.

| **Ancienneté en SSPI** | **Nombre d'infirmier(e)s** |
|---|---|
| Moins de 1 an | 4 |
| 1 à 5 ans | 3 |
| 6 à 10 ans | 3 |
| Plus de 10 ans | 3 |

*Tableau I. Ancienneté des infirmier(e)s en SSPI au CHU de Poitiers*

L'absence de prise de température en SSPI se justifie pour vous, par le fait que :

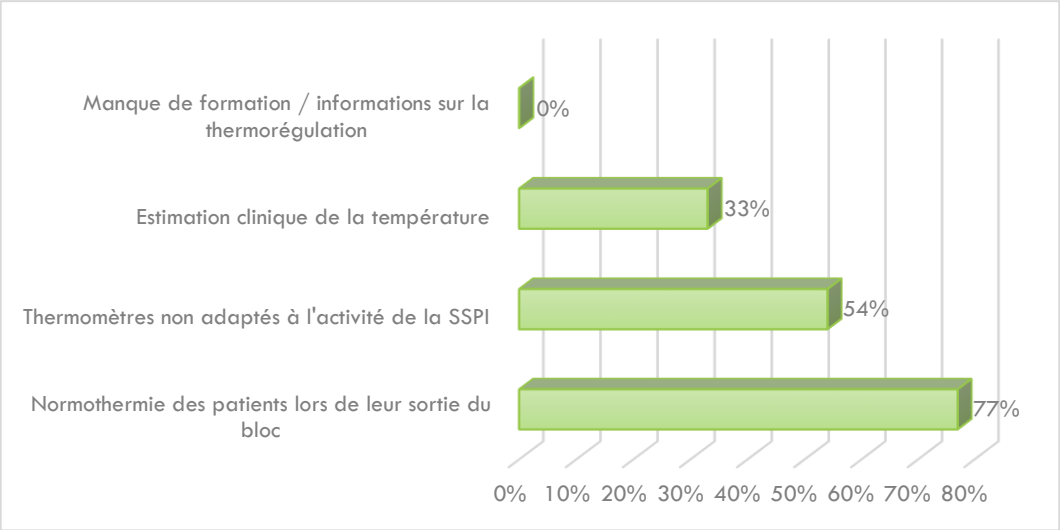



*Figure 8. Justification des infirmier(e)s de l'absence de prise de la température en SSPI*

Cette question à choix multiples nous permet de constater que 10 infirmier(e)s sur 13 considèrent que les patients sortent normo thermes du bloc opératoire et que par conséquent la prise de température en SSPI n'est pas nécessaire. D'autre part la moitié de l'effectif considère que les thermomètres actuellement disponibles (axillaire) ne sont pas adaptés au travail quotidien en SSPI. Enfin un tiers de l'effectif préfère une estimation clinique de la température (toucher, sueurs, frissons...) et n'utilise leur thermomètre qu'en

cas de doute d'hypo ou d'hyperthermie. Il est à noter qu'aucun infirmier(e) n'a éprouvé un manque de formation ou d'information vis-à-vis de la thermorégulation.

La faible utilisation du score de Bromage en SSPI se justifie pour vous, par le fait que :

En réponse à cette question, un professionnel sur deux pense que le score de Bromage ne fait pas partie des surveillances à appliquer en SSPI et 23 % déclarent manquer de formation en lien avec ce score.

L'accessibilité du score dans le menu du logiciel DIANE® n'est pour aucun des interrogés un frein à son utilisation, cependant 62 % d'entre eux trouvent que la forme actuelle du score sur le logiciel *(Annexe 7)* ne permet pas son application en SSPI.

Le manque d'utilisation du score de sédation en SSPI se justifie pour vous, par le fait que :

Près de la majorité des infirmier(e)s (46%) estiment avoir un manque de formation ou d'information en ce qui concerne le score de sédation. 23 % pensent que ce score doit être utilisé uniquement pour la surveillance de la vigilance du patient après une titration de morphine. Six professionnels ont utilisé la case « autre » de cette question pour formuler une réponse courte et justifier ce manque d'utilisation du score. Ainsi nous pouvons retrouver :

- Un(e) infirmier(e) qui déclare un manque d'automatisme dans l'utilisation de ce score.
- Deux infirmier(e)s qui tracent cette surveillance lors de la sortie de SSPI du patient.
- Trois infirmier(e)s qui justifient l'absence d'utilisation du score de sédation comme une habitude de service.

Pensez-vous que la création de saisies multiples peut faciliter la traçabilité des actes effectués en SSPI ?

A cette question, l'équipe est unanime, la création de saisies multiples peut selon elle faciliter la traçabilité des actes effectués en SSPI.

Avez-vous des suggestions pour améliorer la traçabilité en SSPI ?

L'ensemble des infirmier(e)s ont répondu à cette question. Cinq d'entre eux déclarent ne pas avoir de suggestions pour améliorer la traçabilité en SSPI. Pour les huit autres réponses, elles se décomposent de manière croissante comme telles :

- Trois professionnels proposent la création d'un classeur avec des protocoles de surveillances uniformisées.
- Cinq professionnels souhaitent la création par des groupes de travail de saisies multiples sur le logiciel DIANE®.

Ressentez-vous le besoin de vous former dans le but d'améliorer vos prises en charge au quotidien ?

10 infirmier(e)s sur 13 ressentent le besoin d'accéder à la formation continue pour améliorer leurs pratiques professionnelles quotidiennes. Les trois infirmiers restant qui pratiquent depuis plus de 5 ans dans le service, déclarent ne pas avoir besoin de formation complémentaire pour leur exercice quotidien.

Si oui, dans quel(s) domaine(s)?

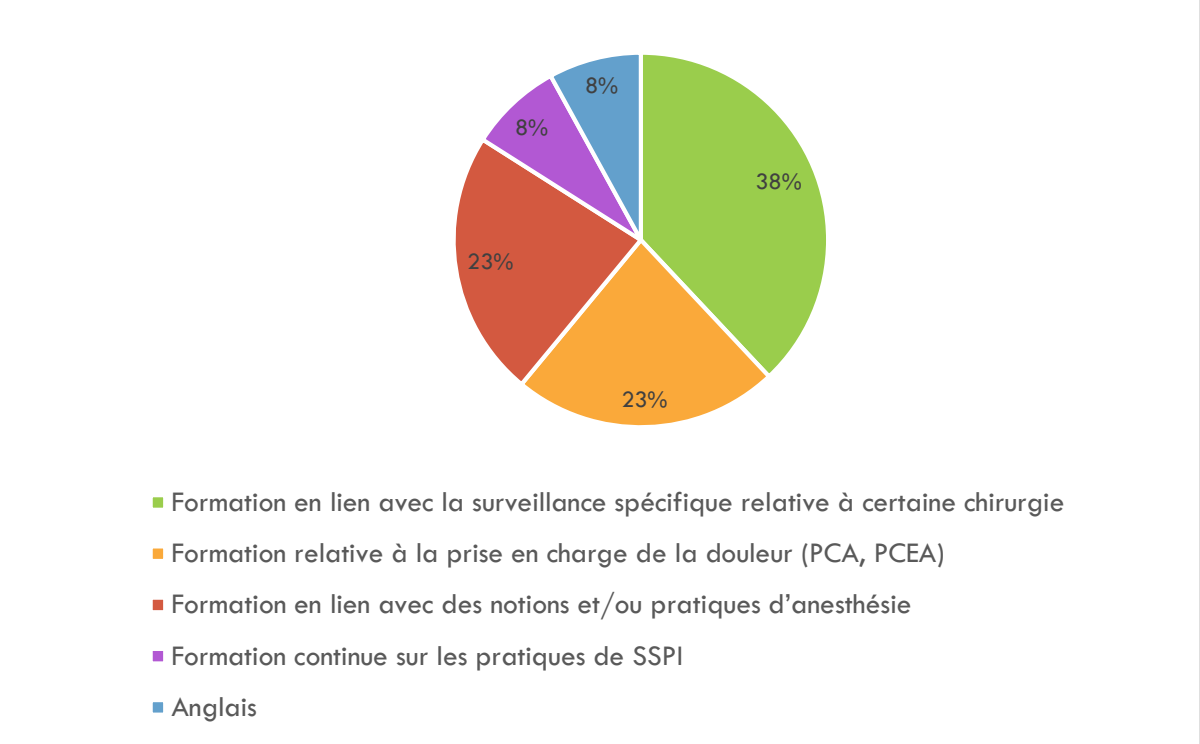



*Figure 9. Souhait de formations continues des infirmier(e)s de SSPI*

Les résultats à cette question sont variés, cependant nous pouvons noter un besoin plus important des professionnel(le)s infirmier(e)s dans le domaine de l'anesthésie (aspect théorique et pratique des techniques d'anesthésie, fonctionnement de certains dispositifs médicaux, pharmacologie…).

### 3.3. Seconde partie de l'étude

La seconde partie de notre étude s'est déroulée du 27 novembre 2018 au 31 janvier 2019. Elle a permis l'inclusion rétrospective de 95 patients répartis comme suit :

- 30 chirurgies du genou sous rachianesthésie dont 10 arthroscopies et 20 PTG
- 65 chirurgies de la thyroïde sous anesthésie générale

Durant cette période d'étude, les professionnels de SSPI, avaient accès à notre outil de traçabilité ajouté sur le logiciel DIANE®.

L'analyse des résultats nous montre que nos saisies multiples ont été utilisées dans :

- 92% des prises en charge en SSPI (87/95 patients)
- 100% des thyroïdectomies
- 73% des chirurgies du genou (22/30 patients)

Dans le « groupe genou », lorsqu'elles n'ont pas été utilisées, il s'agissait dans 75% des cas d'arthroscopies de genou.

#### 3.3.1. Evolution de la traçabilité dans la chirurgie de la thyroïde

Notre saisie multiple a permis une augmentation globale de la traçabilité dans le « groupe thyroïde ». En effet, celle-ci a été multipliée par 1,866, en passant de 52,6% avant la mise en place de l'outil, à 98,2% sur notre seconde période d'étude.

Ainsi, nous retrouvons pour l'ensemble des surveillances devant être effectuées en SSPI dans le cadre d'une thyroïdectomie, un taux de traçabilité égal à 100%.

3 exceptions sont à noter :

- 2 dossiers isolés dans lesquels une surveillance de la saisie multiple n'avait pas été cochée (dossier 1 : surveillance des saignements, dossier 2 : coloration des téguments (alors que l'ensemble des autres surveillances l'était). Ceci entraine un taux global de traçabilité pour ces deux items égal à 98%.
- La température qui atteint dans la seconde partie de cette étude 65% de traçabilité, contre 0% dans la première partie de l'étude.

### 3.3.2. Evolution de la traçabilité dans la chirurgie du genou

L'évolution globale de la traçabilité dans le « groupe genou » connait elle aussi une évolution positive, puisqu'elle a été multipliée par 1,99 entre les deux phases de notre étude et passe de 41,3% à 82.2%.

Une disparité plus importante de l'évolution de la traçabilité a été enregistrée dans le « groupe genou » du fait de l'utilisation de la saisie multiple dans seulement 22 prises en charge sur 30. Le tableau ci-dessous met en valeur cette progression en individualisant chaque surveillance.

| TYPES DE SURVEILLANCE | Taux de traçabilité avant la mise en place des saisies multiples en SSPI | Taux de traçabilité après la mise en place des saisies multiples en SSPI | EVOLUTION |
|---|---|---|---|
| Tension artérielle | 100 % | 100 % | = |
| Pouls | 100 % | 100 % | = |
| Surveillance des saignements | 56 % | 87 % | + 31 pts % |
| Etat du pansement | 48 % | 83 % | + 35 pts % |
| Type de pansement (simple, compressif) | 4 % | 73 % | + 69 pts % |
| Surveillance des signes d'hématome | 60 % | 80 % | + 20 pts % |
| Type de redon (aspiratif ou non aspiratif) | 18 % | 90 % | + 72 pts % |
| Niveau du redon (ml) | 73 % | 100 % | + 27 pts % |
| Fréquence respiratoire | 100 % | 100 % | = |
| Saturation en oxygène | 100 % | 100% | = |
| Surveillance de l'oxygénothérapie (débit, dispositif) | 100 % | 100 % | = |
| Surveillance des signes de dyspnée | 0 % | 70 % | + 70 pts % |
| Surveillance de la présence de sueurs | 0 % | 70 % | + 70 pts % |
| Surveillance de la pâleur | 0 % | 70 % | + 70 pts % |
| Score de Bromage | 16 % | 93 % | + 77 pts % |
| Echelle de sédation | 0 % | 70 % | + 70 pts % |
| Evaluation de la douleur (EN) | 100 % | 100 % | = |
| Température | 0 % | 30 % | + 30 pts % |
| Nausées / Vomissements | 0 % | 70 % | + 70 pts % |
| Surveillance des accès vasculaires | 4 % | 83 % | + 79 pts % |
| Position du patient | 0 % | 70 % | + 70 pts % |
| Chaleur du membre | 8 % | 77 % | + 69 pts % |
| Mobilité des membres | 52 % | 80% | + 28 pts % |
| Sensibilité des membres | 52 % | 77 % | + 25 pts % |

*Tableau II. Evolution de la traçabilité des actes en SSPI à propos de la surveillance d'une chirurgie du genou.*

# 4. DISCUSSION

Cette étude a permis d'analyser les pratiques professionnelles concernant la prise en charge en SSPI des patients opérés au CHU de Poitiers, et plus particulièrement, la qualité de la surveillance post-opératoire et de la traçabilité associée. A notre connaissance, cette approche n'a jamais été étudiée dans le passé au sein du CHU de Poitiers. Aucune étude comparable dans la littérature ne permet la confrontation de nos résultats à ceux de tiers auteurs.

## 4.1. Eléments marquants de l'étude initiale

De manière générale notre étude a permis de mettre en avant une qualité de prise en charge des patients en SSPI au CHU de Poitiers, dans la limite des deux populations étudiées. Cet élément nous semble indispensable à souligner puisque, bien que l'anesthésie soit aujourd'hui une pratique courante avec près de 11 millions d'actes en 2010 (SFAR), elle est aussi pourvoyeuse de nombreuses complications notamment dans sa phase post-opératoire. Le séjour en SSPI représente donc une phase critique du parcours patient, durant lequel surviennent près de la moitié des accidents imputables à l'anesthésie.

Cependant nous relevons trois éléments peu ou pas pris en compte lors de la surveillance en SSPI :

- La température qui lors de notre étude de terrain n'a jamais été prise à l'arrivée du patient en SSPI. Les professionnels justifient majoritairement cette absence de surveillance par le fait que les patients sortant du bloc opératoire doivent être normo thermes, le cas échant, ils seraient transférés en SSPI intubés. Ils mettent également en avant le fait que le type de thermomètres actuellement en service ne sont pas adaptés à leur activité, et les contraints par conséquent à une évaluation plutôt clinique qu'analogique. Le souhait de formation verbalisé par l'équipe infirmière au travers de notre questionnaire, soulève la question de leurs connaissances théoriques face à la baisse de la régulation thermique induite par l'anesthésie, et aux risques induits par l'hypothermie en période post-opératoire [22]. Ils seraient des éléments additionnels au facteur matériel,

pouvant expliquer de tels résultats. De plus cette pratique s'oppose aux dernières recommandations de la société française d'anesthésie (2018) qui propose dans son algorithme *(Annexe 9)*, la mesure de la température à l'entrée et à la sortie de SSPI, avec pour objectif une température ≥ 36,5°C avant la remontée du patient dans son service d'origine.

- Le score de sédation est un élément permettant l'évaluation de la conscience d'un patient ayant reçu des médicaments pouvant induire des troubles de la vigilance. Il permet de s'assurer de l'absence de surdosage de ce médicament, ou d'évaluer les signes résiduels de celui-ci. En SSPI, ce score est notamment utile pour évaluer l'état de conscience des patients ayant reçu une anesthésie générale, une rachianesthésie avec adjonction de morphinique, ou une simple sédation. La conscience est d'ailleurs l'un des éléments pris en compte dans les critères de sortie de SSPI, du score d'Aldrete modifié *(Annexe 8)*. Notre étude montre cependant l'absence d'utilisation de ce score par l'équipe de SSPI du CHU de Poitiers dans la surveillance post-opératoire des patients. Ce score est selon eux réservé à la surveillance des patients dans le cadre d'une titration par morphiniques. Cependant lors de la présentation de nos résultats, la majorité des infirmier(e)s déclarent manquer d'informations vis-à-vis de l'utilisation de ce score dans leur pratique quotidienne. Il semble par conséquent nécessaire de réactualiser les connaissances des professionnels de SSPI, vis-à-vis de ce score inscrit dans les protocoles institutionnels de prise en charge de la douleur.

- Le score de Bromage, élément clé de la surveillance en SSPI lors de la levée d'un bloc moteur à la suite d'une anesthésie péri-médullaire ou tronculaire. Cet élément de surveillance n'a, dans notre étude, été utilisé que dans 16% des prises en charge. Cela s'explique par le fait que le score proposé sur le logiciel DIANE n'était pas adapté à la surveillance de la levée du bloc moteur en SSPI. En effet il s'agissait en réalité d'une saisie multiple permettant la traçabilité de la mise en place d'un bloc différentiel *(Annexe 7)*. Elle cotait au

travers de deux items (bloc sensitif et bloc moteur), l'installation des différents blocs qui pouvaient être absents, partiels ou complets, ainsi que leur niveau. Notre questionnaire nous a également permis de mettre en avant que plus de la moitié de l'effectif infirmier n'avait pas connaissance de l'utilité de ce score et des modalités de réalisation de celui-ci en SSPI.

Notre étude répond donc à l'objectif principal de ce travail qui était de relever les éléments de surveillance non pris en compte en SSPI, par rapport aux recommandations faites par la littérature et de mesurer les écarts existants.

De manière secondaire nous souhaitions faire un état des lieux quant à la traçabilité sur le logiciel d'anesthésie « DIANE ® » des éléments surveillés en SSPI.

Ce second objectif nous a permis de mettre en avant un défaut incontestable de traçabilité des surveillances sur le logiciel « DIANE ® ».

Trois groupes de surveillances se distinguent au travers de la traçabilité :

Les paramètres à saisies automatiques ou bloquantes

Il s'agit des constantes, qui se transmettent de manière automatique sur le logiciel DIANE®, de l'évaluation de la douleur qu'il est obligatoire de remplir à l'entrée du patient pour ouvrir son dossier informatisé, ou encore de l'oxygénothérapie qui lorsqu'elle a été instaurée au bloc opératoire, poursuit sa traçabilité en SSPI sans même que le professionnel n'est à intervenir.

Ces éléments représentent le meilleur taux de traçabilité de notre première partie d'étude en atteignant un taux compris entre 98 et 100%.

Les paramètres de surveillance élémentaire liés à la chirurgie

Il s'agit de la surveillance des saignements, de l'apparition d'hématomes ou encore de l'état des pansements, de la triade dyspnée, dysphonie, dysphagie pour la thyroïde ou encore de la mobilité et de la sensibilité du membre opéré dans la cadre d'une chirurgie du genou.

Dans notre étude, ces éléments de surveillance clinique obtiennent un taux de traçabilité compris entre 50 et 90 %.

Notre revue de la littérature, nous montre que ces éléments de surveillance ne peuvent être négligés en SSPI du fait qu'ils représentent le risque principal de complications post-opératoire propres à chacune des chirurgies étudiées [11] [13] [15] [17] [20] [21].

Les paramètres de surveillance clinique et paraclinique peu ou pas tracés

Nous retrouvons dans cette catégorie les éléments qui ne sont pas pris en compte dans la surveillance des patient en SSPI (Température, score de sédation et de Bromage) et qui ne sont, par conséquent, pas tracés dans le dossier patient.

A cela s'ajoute des surveillances aussi bien liées à :

- La chirurgie (type de redons, de pansements)
- L'anesthésie (sueurs, pâleurs, cyanose, NVPO)
- L'environnement (position du patient, surveillance de l'accès vasculaire)

Ces éléments ne sont majoritairement jamais tracés dans le dossier patient (0 à 18% de traçabilité), alors qu'ils sont globalement pris en compte par l'infirmier(e) lors de l'accueil du patient en SSPI. A ce titre, *« Il est nécessaire de rappeler que tout ce qui n'est pas tracé est considéré comme non fait, ce qui peut avoir des conséquences en terme de responsabilité dans le cadre d'une procédure judiciaire »* [9]. Au même titre, l'Agence Régionale de Santé Ile de France nous rappelle dans son guide d'amélioration des pratiques professionnelles paramédicales en matière de gestion du dossier de soins que *« les éléments contenus dans le dossier de soins doivent permettre d'identifier clairement l'état de la personne et son évolution » [*7]. De plus, ce manque de traçabilité rend difficile et/ou fausse les évaluations des pratiques professionnelles qui s'appuient notamment sur les dossiers patients.

Il est donc facile de comprendre que ce manque de traçabilité de la part des professionnels de SSPI du CHU de Poitiers entraine une diminution de la coordination des actions de l'ensemble des professionnels intervenant auprès du patient.

D'ailleurs, depuis 2006 la DGOS et l'HAS ont élaboré un recueil national d'indicateurs de qualité et de sécurité des soins pour l'ensemble des établissements de santé du Pays. Parmi les différents thèmes définis au travers de cette campagne, l'un d'entre eux intéresse notre étude, puisqu'il examine la qualité de la tenue du « dossier d'anesthésie en MCO » [23]. En effet, cette thématique évalue la traçabilité dans le dossier

patient des éléments essentiels à la continuité, à la sécurité et à l'efficacité des soins toute au long des phases pré, per et post-anesthésiques au travers de trois indicateurs :

- La tenue du dossier d'anesthésie
- La traçabilité de l'évaluation de la douleur post opératoire en SSPI
- La sortie de SSPI avec un score de douleur faible

La dernière expertise de l'HAS relative à cette thématique au CHU Poitiers, est en date de 2017. Elle accorde après évaluation, une note de 80/100 (cotation B sur une échelle d'A à C) à l'établissement [24]. Cette note supérieure ou égale à 80%, répond aux exigences de qualité de l'HAS, mais signifie que l'établissement a une capacité d'améliorations dans le domaine.

Notre étude s'inscrit donc dans une démarche d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

### 4.2. Evaluation rétrospective de notre outil de traçabilité

***« Texte clair n'admet point d'interprétation »***

[*Proverbe du droit civil ; Les sentences et maximes latines (1788)]*

Cette transition nous permet de justifier, notre choix, de création de saisies multiples en SSPI dans le but d'améliorer la traçabilité des actes de surveillance. En effet l'analyse rétrospective de 95 dossiers patients, pris en charge en SSPI après la mise en place de notre outil, nous a permis de constater une importante évolution de la traçabilité, qui de manière globale passe de 47% à 90% (+91,5% d'évolution). Cet accroissement est d'autant plus visible sur les actes qui n'étaient pas ou peu tracés auparavant, avec une progression de 70 à 100 points de pourcentage pour les ¾ de ces surveillances.

Une évolution de la traçabilité de + 87% a été possible dans le groupe thyroïde à la suite de l'instauration de ce moyen. Dans ce groupe notre outil a d'ailleurs été utilisé dans la totalité des prises en charge couverte par l'évaluation. Elle a permis à l'ensemble des surveillances d'atteindre 100 % de traçabilité, à l'exception de deux critères de surveillance dont la case correspondante n'a pas été cochée lors de la saisie informatique. Cette erreur a été considérée dans notre analyse comme un manquement dû au facteur humain. D'autre part la prise de la température a connu une évolution considérable, puisqu'elle

atteint aujourd'hui 65% de traçabilité contre un résultat nul dans la première partie de notre étude. Cette évolution, ne doit cependant pas être considérée comme un acquis et devra de nouveau connaitre des réajustements dans l'avenir afin d'améliorer encore la surveillance de ce paramètre.

Pour le groupe genou, nous enregistrons une évolution de la traçabilité de + 99% après la mise en place de notre outil. Cette évolution est plus marquée dans ce groupe que dans celui des thyroïdes, puisque qu'initialement (phase 1) la traçabilité dans ce bras d'étude était inférieure de près de 10 points de pourcentage à celui du groupe thyroïde (41,3% contre 52,6%). Cependant la saisie multiple n'a été utilisée dans ce groupe que dans 73% des prises en charge. Nous remarquons d'ailleurs que dans les 8 prises en charge sur 30 où l'outil n'a pas été utilisé, 6 concernent la surveillance post-opératoire d'une arthroscopie de genou. L'analyse de ce chiffre nous a permis de dégager deux hypothèses :

1) Les risques de complications post opératoire de cette chirurgie sont peut-être banalisés par les professionnels en comparaison à ceux d'une thyroïdectomie ou d'une prothèse de genou.
2) La saisie multiple augmente le temps de traçabilité dans un groupe où auparavant (phase 1) très peu de traçabilité était relevée.

De plus, comme dans le groupe thyroïde, la prise de la température a connu une évolution positive, mais n'atteint que 35 % de traçabilité dans cette seconde partie d'étude.

Enfin, la traçabilité du score de Bromage, qui était présente dans seulement 16 % des dossiers de la phase 1 de notre étude, atteint aujourd'hui 93% et connait par conséquent l'une des meilleures évolutions de traçabilité pour ce groupe.

Ces saisies multiples peuvent être comparées aux check-lists réalisées dans l'aéronautique. En effet, cette étude nous a permis de comprendre que les professionnels de SSPI avaient des contraintes organisationnelles et spatiales comparables à celles retrouvées dans un cockpit d'avion.

Tout d'abord, ils doivent faire preuve d'une grande adaptabilité dans leurs prises en charge face à des chirurgies, des techniques d'anesthésie et des patients hétérogènes.

De plus, l'activité d'un bloc opératoire entraine des flux de patients plus important à certaines heures de la journée (11h et 17h) obligeant ces professionnels à accomplir de

nombreuses tâches en un temps restreint, tout en assurant la sécurité et la qualité de prise en charge des patients.

Enfin le facteur humain associé aux éléments ci-dessus est une composante majorant le risque d'erreur.

Notre outil, permet donc au-delà d'une simple traçabilité, une chaine de garantie et de sécurité pour le professionnel de santé et son patient. En effet, il permet la validation de surveillances préétablies (check- List) et propre à un type de chirurgie au sein d'une même fenêtre informatique. Le professionnel n'a qu'à suivre ce fil conducteur, pour assurer une surveillance post-opératoire complète. Ces moyens informatiques sont donc un verrou permettant de limiter le risque d'erreurs humaines induites par une charge de travail importante et variée. De plus le regroupement de l'ensemble des surveillances sur une même saisie permet un gain de temps considérable au professionnel dans la traçabilité de ses actes et lui permet, par conséquent, d'avoir une attention plus particulière à la relation soignant/soigné.

## 5. LIMITES DE L'ETUDE

Les limites de cette étude ont été :

- **Le nombre de recueils observationnels fait dans la première partie de cette étude**, pour le groupe genou, 25, n'est peut-être pas suffisant pour permettre une significativité accomplie. Cet objectif a dû être revu à la baisse au cours de l'étude du fait d'une baisse importante de nombre de rachianesthésie au cours du dernier trimestre de 2018. Cependant, cette étroite population a été productive pour notre étude du fait de ses résultats marqués. Il aurait été intéressant dans le but d'augmenter notre population, d'ajouter dans ce groupe d'étude, les chirurgies de la hanche sous rachianesthésie, dont les surveillances post- opératoire peuvent être superposables à celles du « groupe genou ».
- **La difficulté à évaluer certains actes fait en SSPI à l'arrivée du patient** (sueurs, cyanose, dyspnée) ont été un frein à notre étude du fait qu'il était impossible de savoir si le professionnel avait ou non effectué cette surveillance purement clinique. Il a été considéré que cette surveillance était un automatisme de la part du professionnel, qui repère ces signes anormaux, de manière visuelle.

- **L'évaluation observationnelle en SSPI**, est un biais non négligeable à prendre en compte, puisqu'il a pu influencer la pratique quotidienne des professionnels du service. Cependant ces derniers n'avaient pas la notion d'une évaluation de la traçabilité de leur acte, simplement d'une étude relative à la qualité de prise en charge en SSPI sans connaitre les critères d'évaluation de notre grille.
- **Le choix d'une évaluation sur les 10 premières minutes de prise en charge**, peut-être un biais à cette étude. En effet certaines surveillances de notre grille d'évaluation ont peut-être été effectuées au-delà de ce délai. Néanmoins cette méthodologie a été appliquée dans le but de ne pas mobiliser l'évaluateur tout au long de la prise en charge d'un patient en SSPI et ainsi lui permettre l'inclusion de multiples patients dans une période donnée.
- **L'absence d'étude similaire dans la littérature** concernant l'évaluation des pratiques professionnelles en matière de qualité de la surveillance et de la traçabilité en SSPI a été un frein à cette étude. En effet, nous n'avons pu comparer nos résultats à ceux d'une tierce étude. Nous n'excluons pas l'existence d'étude ayant été faite au niveau locale, et n'ayant pas été publiée.
- **Limite des saisies multiples dans la traçabilité :** La facilité de traçabilité induite par l'automatisation des saisies multiples ne doit pas pousser l'IDE à tracer un acte qui n'a pas été réalisé. C'est avant tout la formation et le sens clinique des soignants qui doit être mis en avant.

# 6. PROPOSITION & PERSPECTIVES

Les résultats de cette étude, couplés à notre rencontre avec les professionnels de SSPI du CHU de Poitiers, nous permettent la projection suivante :

1) **Généralisation des saisies multiples en SSPI**, à toutes les chirurgies dans le but d'une standardisation de la surveillance infirmière. La création de ces saisies multiples et d'un classeur « ressource » regroupant l'ensemble des surveillances liées à une intervention est confiée à l'équipe de SSPI, qui se dit ouverte à ce projet, au travail de groupe de travail. Le délai proposé pour la mise en place de ces saisies multiples est fixé à 1 an.

2) **Réévaluation des besoins de formation des professionnels de SSPI**, de manière à renforcer leurs connaissances théoriques et pratiques et donc de perfectionner la qualité de prise en charge des patients opérés au CHU de Poitiers. Cette perspective est laissée à la charge de Mme CHEVEREAU, cadre de santé de SSPI dans le cadre des évaluations individuelles annuelles.
3) **Formation des nouvelles recrues et étudiants** à l'utilisation de cet outil informatique, dans le but d'optimiser et de faciliter l'intégration de ces nouveaux arrivants. Nous proposons la nomination d'un référent DIANE (volontaire) pour le service de SSPI qui sera missionné de la présentation du logiciel aux nouvelles recrues et aux étudiants exerçant dans le service. La mise en place de cet encadrement est fixée à 3 mois.

# CONCLUSION

Dans une société où la qualité des soins est en consonance avec la sécurité des soins, il est indispensable d'accompagner les équipes soignantes au travers d'évaluations des pratiques professionnelles afin de se placer dans une démarche réflexive, d'amélioration continue.

Cette étude a permis de mettre en avant la qualité de la prise en charge des patients, en SSPI, au CHU de Poitiers. Cependant, elle décèle certains manquements durant la surveillance post-opératoire et rapporte un défaut significatif de traçabilité des actes de la part des professionnels du service. Ces éléments ne peuvent être négligés, lors de cette période « pourvoyeuse de nombreuses complications », puisqu'ils garantissent une sécurité et une continuité des soins optimaux aux patients.

Avec plus de 10 000 passages en salle de réveil l'année dernière, il est indéniable de comprendre que les professionnels de SSPI doivent faire preuve d'une grande flexibilité face à des techniques chirurgicales et anesthésiques qui ne cessent d'évoluer.

Ainsi, la création de saisies multiples sous forme de check-list semble être un outil intéressant pour le service de SSPI. En effet, elles permettent la traçabilité dans le dossier patient de l'ensemble des éléments de surveillance dispensés lors de la phase de réveil, et

offrent aux professionnels un fil conducteur dans leur prise en charge, permettant de verrouiller chaque étape de cette surveillance.

Ce moyen informatique, ne peut cependant à lui seul, assurer une qualité des soins accomplis pour les patients. Ainsi la formation continue des professionnels, et l'accès à des dispositifs médicaux adaptés à leur quotidien, permettront de contribuer au renforcement de démarches « qualité » conduites par le CHU de Poitiers.

# REFERENCES BIBLIOGRAPHIES


[1] Rose DK, Cohen MM, Wigglesworth DF, et al. Critical respiratory events in the postanesthesia care unitpatient, surgical, and anesthetic factors. *Anesthesiology*. 1994 Aug 01 ; 81(2) : 410-18.

[2] Lienhart A, Auroy Y, Pequignot F, et al. Premiers résultats de l'enquête SFAR-INSERM sur la mortalité imputable à l'anesthésie en France : réduction par 10 du taux de ces décès en 20 ans. *Académie nationale de médecine*. 2004 ; 8 : 1429-41.

[3] Loi n°2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie. Journal officiel n°0190 du 18 août 2004 [en ligne] : p 14598. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2004/8/13/SANX0400122L/jo/texte (consulté le 25/08/2018)

[4] Société Française d'Anesthésie et de Réanimation. Recommandations concernant la surveillance et les soins postanesthésiques. [En ligne]. 1990 ; 2ème édition. Disponible sur : https://portailsamu.gcsdsisif.fr/IMG/pdf/survpostanesth.pdf ( Consulté le 01/09/2018).

[5] 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. Journal officiel n°294 du 8 décembre 1994 [en ligne] : p 17383. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000549818&categorieLien=id (consulté 25/08/2018).

[6] Pitte M. Salle de surveillance post-interventionnelle [en ligne]. 05/08/2017. Disponible sur : https://sofia.medicalistes.fr/spip/spip.php?article479 ( Consulté le 30/08/2018).

[7] Agence régionale de santé. Le dossier de soins : contenu, utilisation, évaluation. [En ligne]. *Amélioration des pratiques professionnelles paramédicales*. Paris. Décembre 2012. Disponible sur : http://www.iledefrance.paps.sante.fr/fileadmin/ILE-DE-FRANCE/PAPS/Qualite_des_pratiques_pro/APPP/Dossier_de_soins_version_Def.pdf ( Consulté le 25/08/2018).

[8] Décret n°2002-194 du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier. Journal officiel n°40 du 16 février 2002 [en ligne]. Texte 18 p 3040. Disponible sur https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000410355&categorieLien=id (consulté 25/08/2018).

[9] Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Evaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé : Dossier du patient. [En ligne]. *Réglementation et recommandations*. Paris. Juin 2003. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-08/dossier_du_patient_-_fascicule_1_reglementation_et_recommandations_-_2003.pdf ( Consulté le 25/08/2018).

[10] Société Française d'Anesthésie et de Réanimation. Recommandations pour la pratique clinique : Les blocs périmédullaires chez l'adulte. *Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation*. 2007 ; 26 : p 720-52.

[11] Hurtado-López LM, Zaldivar-Ramirez FR, Basurto Kuba E, et al. Causes for early reintervention after thyroidectomy. *Medical Science Monitor*. 2002 Apr ; 8(4) : p 247-50.

[12] Leyre P, Desurmont T, Lacoste L, et al. Does the risk of compressive hematoma after thyroidectomy authorize 1-day surgery ? *Langenbeck's Archives of Surgery*. 2008 Sep ; 393(5) : p 733-37.

[13] Alastor E, Philippot I, Mion G. La surveillance d'une thyroïdectomie en SSPI [en ligne] : 15ème Congrès National des Infirmiers Anesthésistes, de réanimation et de SSPI, 24/11/2006. Villejuif. Disponible sur : http://staff.afisar.fr/Fiches/2%20SSPI%20Thyroide.pdf (consulté le 03/09/2018).

[14] Promberger R, Ott J, Kober F, et al. Risk factors for postoperative bleeding after thyroid surgery. *British Journal of Surgery*. 2012 Mar ; 99(3) : 373-79.

[15] Salzler MJ, Lin A, Miller CD, et al. Complications After Arthroscopic Knee Surgery. *The American Journal of Sports Medicine*. 2014 Feb ; 42(2) : 292-96.

[16] Hagino T, Ochiai S, Watanabe Y, et al. Complications after arthroscopic knee surgery. Archives of Orthopaedic and Trauma Surgery. 2014 Nov ; 134(11) : 1561-64.

[17] Elvire S. Arthroscopies difficiles & complications peropératoires [en ligne] : DIU arthroscopie 2016. Lyon. Disponible sur : http://www.sofarthro.com/medias/telechargements/20_servien.pdf (consulté le 08/09/2018).

[18] Healy WL, Della Valle CJ, Iorio R, et al. Complications of Total Knee Arthroplasty: Standardized List and Definitions of The Knee Society. *Clinical Orthopaedics and Related Research*. 2013 Jan ; 471(1) : 215-20.

[19] Agence Nationale de la Sécurité du Médicament et des produits de santé. Surveillance des dispositifs médicaux à risque : Prothèses totales de genou [en ligne]. 07/2015. Disponible sur : https://www.ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/3798f4f2a1e239b28ddf80c8b675ee86.pdf (consulté le 10/09/2018)

[20] Société Française d'ORL. Paralysies récurrentielles de l'adulte. *Référentiel SFORL 2011*. 2011. Disponible sur https://www.orlfrance.org/wp-content/uploads/2017/06/referentiel_paralysie_recurrentielle_adulte_2011.pdf (consulté le 04/12/2018).

[21] Auroy Y, Bargues L, Benhamou D, et al. Complications des anesthésies rachidiennes : acquisitions récentes. *Conférences d'actualisation.* Paris : Elsevier ; 1999 : 309-16.

[22] Société Française d'Anesthésie et de Réanimation. Prévention de l'hypothermie peropératoire accidentelle au bloc opératoire chez l'adulte. *Recommandation Formalisée d'Experts.* 2018. Disponible sur : https://sfar.org/wp-content/uploads/2018/09/2_RFE-Hypothermie-Version-Finale-_-Validee-CRC120618.pdf (consulté le 18/03/2019).

[23] Haute Autorité de Santé. Dossier d'anesthésie en médecine, chirurgie et obstétrique. 5ème *campagne nationale de recueil des indicateurs de qualité et de sécurité des soins*. Décembre 2014. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-12/dan_rapport_2014_vf_2014-12-17_14-39-26_406.pdf (consulté le 04/04/2019).

[24] Haute Autorité de Santé. Dossier du patient : qualité du dossier d'anesthésie. *Certification des établissements de santé*. 2017. Disponible sur : https://www.scopesante.fr/#/etablissements/860000223//0/0.377423/46.560413///5/0/0/ (consulté le 04/04/2019).

# ANNEXES

ANNEXE 1 : Attestation de la déclaration CNIL ..... I

ANNEXE 2 : GRILLE D'OBSERVATION« Surveillance en SSPI de la chirurgie du genou » ..... II

ANNEXE 3 : GRILLE D'OBSERVATION « Surveillance en SSPI de la chirurgie de la Thyroïde » ..... III

ANNEXE 4 : Questionnaire diffusé après des IDE de SSPI ..... IV

ANNEXE 5 : Saisies multiples « Thyroïde » ..... VI

ANNEXE 6 : Saisies multiples « Genoux » ..... VII

ANNEXE 7 : Ancienne/Nouvelle version du score de Bromage en SSPI ..... VIII

ANNEXE 8 : Prévention de l'hypothermie SFAR (2018) ..... IX

ANNEXE 9 : Score d'Aldrete « modifié » ..... X

# ANNEXE 1 : Attestation de la déclaration CNIL

**Objet :** Inscription au registre des traitements CNIL/RGPD du CHU de Poitiers : Etude de la qualité de prise en charge en SSPI au CHU de Poitiers Thyroïdes et Genoux

Bonjour Monsieur Lecourtiller,

Suite à nos derniers échanges, et votre validation de mes dernières remarques contenues dans votre message du 08/01/2019, j'ai le plaisir de vous confirmer l'inscription au registre des traitements CNIL/RGPD du CHU de Poitiers à compter de ce jour 08/01/2019 des traitements suivants :

- Etude de la qualité de prise en charge en SSPI au CHU de Poitiers Thyroïdes et Genoux

Numéro d'inscription au registre : CHU86-R2019-01-02

Cordialement,

Jean-Jacques Sallaberry

CHU de Poitiers

Délégué à la protection des données

Directeur Adjoint des Systèmes d'Information et du Dossier Patient
Délégué à la Protection des Données (DPO/DPD)
Bâtiment AGORA Directions – RDC – Bureau 34
2 Rue de la Milètrie – CS 90577
86021 POITIERS Cedex
Tél : 05 49 44 40 39 – Fax : 05 49 44 44 02
Mail : jean-jacques.sallaberry@chu-poitiers.fr

# ANNEXE 2 : GRILLE D'OBSERVATION

## « Surveillance en SSPI de la chirurgie du genou »

| TYPES DE SURVEILLANCE | SURVEILLANCE EFFECTUEE | SURVEILLANCE NON EFFECTUEE | TRACABILITE DE L'ACTE EFFECTUE | TRACABILITE DE L'ACTE NON EFFECTUE |
|---|---|---|---|---|
| ***SYSTEME CARDIO-VASCULAIRE*** | | | | |
| Tension artérielle | | | | |
| Pouls | | | | |
| Surveillance de l'apparitions d'une pâleur | | | | |
| Surveillance des saignements | | | | |
| Surveillance de l'état du pansement | | | | |
| Type de pansement (compressif) | | | | |
| Surveillance des signes d'hématome | | | | |
| Type de redon (aspiratif ou non aspiratif) | | | | |
| Niveau du redon (ml) | | | | |
| ***SYSTEME RESPIRATION*** | | | | |
| Fréquence respiratoire | | | | |
| Saturation en oxygène | | | | |
| Surveillance de l'oxygénothérapie | | | | |
| Surveillance des signes de dyspnée | | | | |
| Surveillance de la présence de sueurs | | | | |
| Recherche d'une cyanose | | | | |
| ***SYSTEME NERVEUX*** | | | | |
| Score de Bromage | | | | |
| Echelle de sédation | | | | |
| Evaluation de la douleur (EN) | | | | |
| Température | | | | |
| ***SYSTEME DIGESTIF*** | | | | |
| Nausées / Vomissements | | | | |
| ***DIVERS*** | | | | |
| Surveillance des accès vasculaire | | | | |
| Position demi assise | | | | |
| Couleur, chaleur du membre | | | | |
| Mobilité, sensibilité des membres | | | | |

# ANNEXE 3 : GRILLE D'OBSERVATION

## « Surveillance en SSPI de la chirurgie de la Thyroïde »

| TYPES DE SURVEILLANCE | SURVEILLANCE EFFECTUEE | SURVEILLANCE NON EFFECTUEE | TRACABILITE DE L'ACTE EFFECTUE | TRACABILITE DE L'ACTE NON EFFECTUE |
|---|---|---|---|---|
| ***SYSTEME CARDIO-VASCULAIRE*** | | | | |
| Tension artérielle | | | | |
| Pouls | | | | |
| Surveillance de l'apparition d'une pâleur | | | | |
| Surveillance des saignements | | | | |
| Etat du pansement | | | | |
| Type de redon (aspiratif ou non aspiratif) | | | | |
| Niveau du redon (ml) | | | | |
| Surveillance clinique de l'hématome cervical | | | | |
| ***SYSTEME RESPIRATION*** | | | | |
| Fréquence respiratoire | | | | |
| Saturation | | | | |
| Surveillance de l'oxygénothérapie | | | | |
| Surveillance de l'apparition de sueurs | | | | |
| Recherche d'une cyanose | | | | |
| Recherche d'une gêne respiratoire | | | | |
| Recherche d'une dysphonie | | | | |
| Recherche d'une dysphagie | | | | |
| ***SYSTEME NEUROLOGIQUE*** | | | | |
| Echelle de sédation | | | | |
| Evaluation de la douleur (EN) | | | | |
| Température | | | | |
| ***SYSTEME DIGESTIF*** | | | | |
| Nausées / Vomissements | | | | |
| ***DIVERS*** | | | | |
| Surveillance de l'accès vasculaire | | | | |
| Position demi assise | | | | |

## ANNEXE 4 : Questionnaire diffusé après des IDE de SSPI

# EVALUATION DE LA TRACABILITE EN SSPI

*Questionnaire faisant suite à l'étude observationnelle réalisée dans votre service entre Octobre 2018 et Novembre 2018, permettant de compléter les données quantitatives recueillies.*

**Question n°1 : Depuis quand travaillez-vous en SSPI ?**

- ☐ Moins de 1 an
- ☐ 1 à 5 ans
- ☐ 6 à 10 ans
- ☐ Plus de 10 ans

**Question n°2 : L'absence de prise de température en SSPI se justifie pour vous, par le fait que :**

- ☐ Les patients sortent normo thermes du bloc opératoire.
- ☐ Les thermomètres actuellement disponibles ne sont pas adaptés à l'activité de la SSPI.
- ☐ L'estimation de la température se fait cliniquement (toucher, sueurs, frisson...).
- ☐ Vous manquez de formation / informations en ce qui concerne la thermorégulation.
- ☐ Autre : _____

**Question n°3 : La faible utilisation du score de Bromage en SSPI se justifie pour vous, par le fait que :**

- ☐ Ce score n'est pas adapté à la SSPI.
- ☐ Le score proposé sur DIANE n'est pas applicable en SSPI.
- ☐ Vous manquez de formation / informations en ce qui concerne ce score.
- ☐ L'accès au score est difficile sur DIANE.
- ☐ Autre : _____

**Question n°4 : Le manque d'utilisation du score de sédation en SSPI se justifie pour vous, par le fait que :**

- ☐ Ce score n'est pas adapté à la SSPI.
- ☐ Il s'utilise uniquement pour la surveillance d'une titration par morphinique.
- ☐ Vous manquez de formation / informations en ce qui concerne ce score.
- ☐ L'accès au score est difficile sur DIANE.
- ☐ Autre : _____

**Question n°5 : Pensez-vous que la création de saisies multiples peut faciliter la traçabilité des actes effectués en SSPI ?**

- ☐ OUI
- ☐ NON

**Question n°6 : Avez-vous des suggestions pour améliorer la traçabilité en SSPI ?**

_____

_____

_____

_____

**Question n°7 : Ressentez-vous le besoin de vous former pour améliorer vos prises en charge au quotidien ?**

- ☐ OUI
- ☐ NON

**Question n°8 : Si oui, dans quel(s) domaine(s)?**

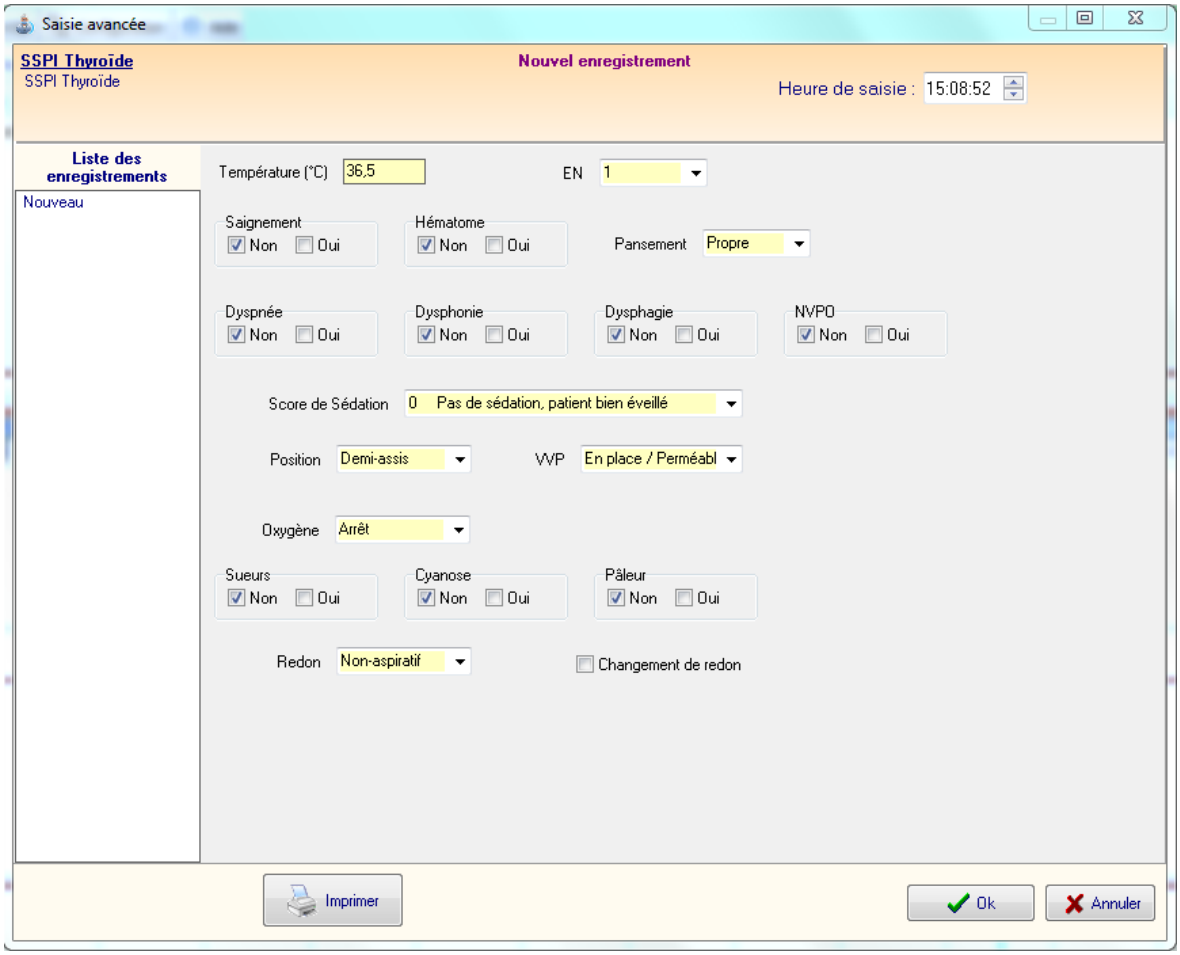
_____

_____

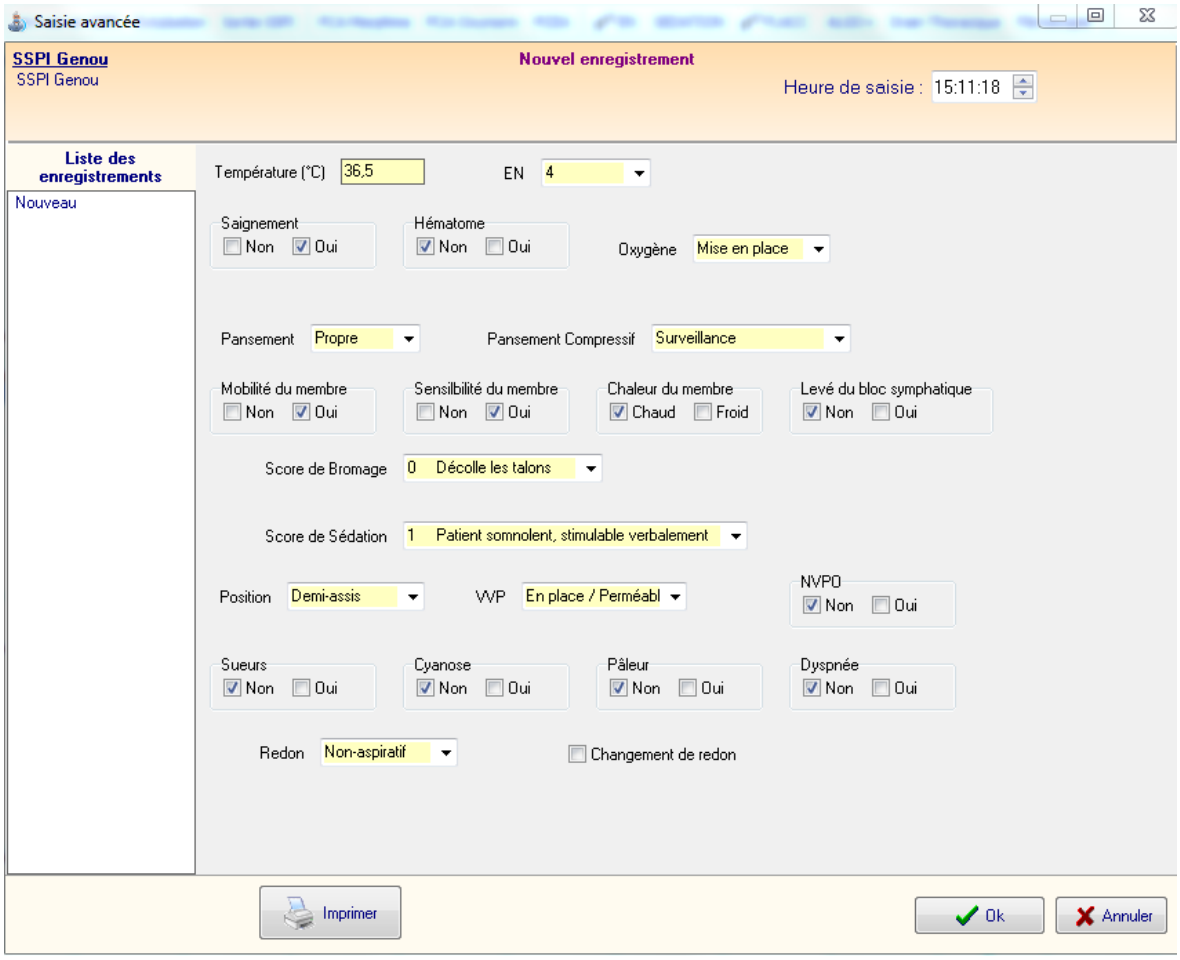
_____

_____

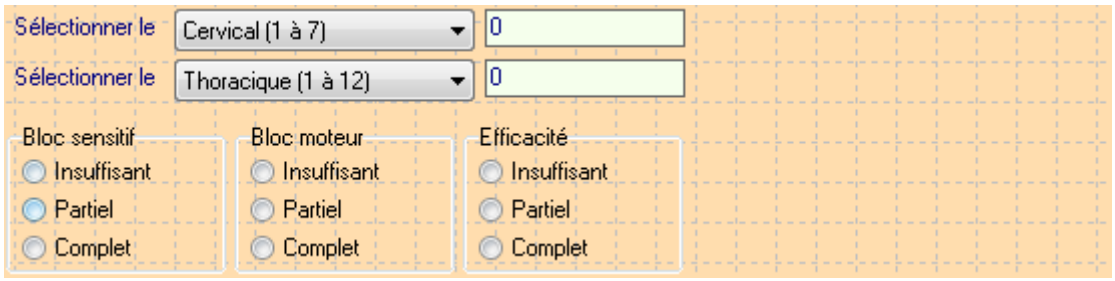
# ANNEXE 5 : Saisies multiples « Thyroïde »

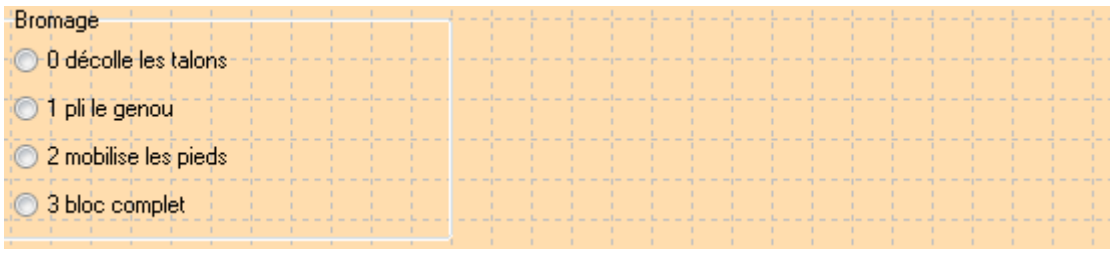


# ANNEXE 6 : Saisies multiples « Genoux »

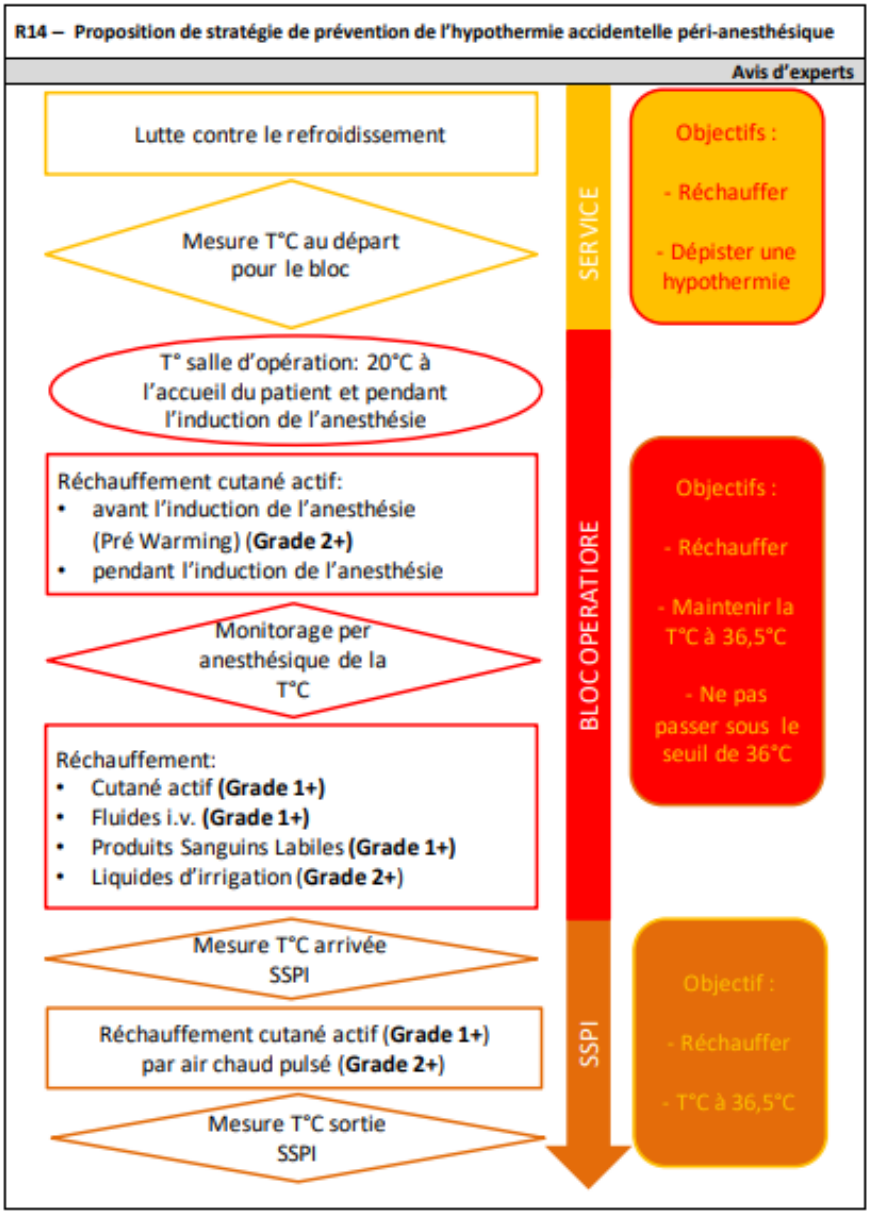


# ANNEXE 7 : Ancienne/Nouvelle version du score de Bromage en SSPI



# ANNEXE 8 : Prévention de l'hypothermie SFAR (2018)



# ANNEXE 9 : Score d'Aldrète « modifié »

| SCORE D'ALDRETE | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | **Activité** | **Respiration** | **Circulation** | **Conscience** | **Saturation pulsée en oxygène** |
| 2 pts | Bouge les 4 membres à la demande | Respire profondément et peut tousser sans difficulté | PA ± 20 % de la valeur pré-anesthésique | Complètement réveillé | $SpO_2$ > 92% à l'air |
| 1 pt | Bouge 2 membres | Dyspnéique, respiration superficielle ou limitée | PA ± 20-50 % de la valeur pré-anesthésique | Réveillable à l'appel | Apport d'$O_2$ nécessaire pour maintenir une $SpO_2$ > 90% |
| 0 pt | Ne bouge aucun membre | Apnéique | PA ± 50 % de la valeur pré-anesthésique | Aucun réveil à l'appel | SpO2 < 92% malgé supplémentation en $O_2$ |

***Figure 3 :*** *Score d'Aldrete «modifié»*

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

2017-2019

# EVALUATION DE LA QUALITE DE LA SURVEILLANCE ET DE LA TRACABILITE REALISEE EN SSPI AU CHU DE POITIERS

La période post opératoire immédiate représente un risque accru de complications dans le parcours d'un patient ayant bénéficié d'une anesthésie. Une surveillance adaptée par des professionnels de santé formés semble être l'un des meilleurs remparts afin de garantir la sécurité des patients. L'objectif de cette étude a été d'observer les pratiques professionnelles des soignants de SSPI, afin de rechercher si la surveillance post-opératoire réalisée au CHU de Poitiers est en adéquation par rapport à la surveillance standard recommandée dans la littérature.

Il s'agit d'une étude descriptive, observationnelle et mono-centrique de type évaluation des pratiques professionnelles, réalisée au sein de la SSPI du CHU de Poitiers sur une période de quatre mois. L'étude a inclus les patient majeurs (ASA 1 à 3) pris en charge en SSPI après une chirurgie thyroïdienne sous anesthésie générale ou une chirurgie du genou sous anesthésie locorégionale. Elle consiste en l'observation des premières minutes de prise en charge afin de relever les éléments de surveillance non pris en compte en SSPI, par rapport aux recommandations faites par la littérature et de mesurer les écarts existants. De manière secondaire, notre étude s'est intéressée à la traçabilité de ces surveillances sur le dossier patient informatisé.

Un total de 75 patients a été inclus dans la première partie de notre étude, permettant de manière générale de mettre en avant une bonne qualité de prise en charge de ces populations en SSPI au CHU de Poitiers. Cependant, elle décèle certains manquements durant la surveillance post-opératoire et rapporte un défaut significatif de traçabilité des actes sur le logiciel informatique DIANE®.

Un outil de traçabilité a donc été créé à l'issu de cette première partie et instauré dans le service afin de facilité le travail des professionnels. L'évaluation de l'outil, réalisée de manière rétrospective au travers de 95 dossiers patients montre un intérêt certain de ce dernier pour optimiser la traçabilité.

Cette évaluation des pratiques professionnelles nous montre donc la nécessité d'uniformiser les pratiques « soignantes » afin de créer une chaine de garantie pour les professionnels de santé et leurs patients.

**Mots clés :** Salle de surveillance post-interventionnelle, Anesthésie, Standardisation, Traçabilité, Check-list.

**Auteur :** LECOURTILLER Julien

**Directeur de mémoire :** Docteur LANQUETOT Hervé

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

**UE 7 - PROFESSIONAL DISSERTATION**

To obtain the National Diploma in Anaesthetic Nursing

2017-2019

# ASSESSMENT OF THE QUALITY OF SURVEILLANCE AND TRACEABILITY CARRIED OUT IN THE POST ANESTHESIA CARE UNIT AT POITIERS UNIVERSITY HOSPITAL


The immediate postoperative period represents an increased risk of complications for a patient having undergone anesthesia. Appropriate monitoring by trained health professionals appears to be the best way to ensure the patient's safety. The objective of this study was to observe the professional practices of post anesthesia care unit caregivers, in order to investigate whether the postoperative monitoring carried out at the Poitiers University Hospital is in adequacy with the standard monitoring recommended in medical literature.

It is a descriptive, observational and mono-centric study of professional practices, carried out within the post anesthesia care unit (PACU) of the Poitiers University Hospital over a period of four months. The study included adult patients (ASA 1 to 3) who were looked after by the PACU after thyroid surgery under general anesthesia or knee surgery under loco-regional anesthesia. It consists of observing the first minutes of care, in order to identify the monitoring elements not taken into account in PACU, in relation to the recommendations made by the medical literature and to measure the existing gaps. In a secondary way, our study was interested in the traceability of these observations on the computerized patient file.

A total of 75 patients were included in the first part of our study, making it possible to highlight the good quality of care of these populations in the PACU at Poitiers University Hospital. However, it shows us certain deficiencies during postoperative monitoring and a significant lack of traceability of care acts using the computer software DIANE®.

A tool for traceability was created at the end of this first part and introduced in the unit to facilitate the work of professionals. The evaluation of the tool, carried out retrospectively through 95 patient files shows a certain advantage of the latter to optimize traceability.

This evaluation of professional practices shows us the need to standardize "caregiver" practices in order to create a safe chain for health professionals and their patients.



**Keywords :** Post Anesthesia Care Unit, Anesthesia, Standardization, Traceability, Check-list.



**Author :** LECOURTILLER Julien

**Supervisor :** Dr LANQUETOT Hervé