

Le dossier anesthésique

Date de création du document 2008-2009

Table des matières

1	Le contenu du dossier médical du patient	1
1.1	Identifications.....	1
1.2	L'accès au dossier médical du patient.....	1
1.3	Dossier anesthésique et accréditation.....	1
2	Le compte-rendu anesthésique.....	2
2.1	Aspects réglementaires et recommandations professionnelles.....	1
2.2	Le contenu du compte rendu anesthésique.....	1
2.3	Devenir de ce document.....	1
3	Le dossier anesthésique informatisé.....	3
3.1	Généralités et conseils pour une démarche de l'informatisation.....	1
3.2	Eléments du cahier des charges du dossier anesthésique informatisé.....	1
3.2.1	Généralités.....	1
3.2.2	L'interface utilisateur.....	1
3.2.3	La consultation préanesthésique.....	1
3.2.4	La période per interventionnelle.....	1
3.2.5	Le post interventionnel.....	1
3.2.6	La sauvegarde.....	1
3.2.7	L'archivage des données informatiques.....	1
*	Conclusion	4

I LE CONTENU DU DOSSIER MÉDICAL DU PATIENT

[Art. R. 710-2-2 du Code de la Santé Publique (Décr. n° 2002-637 du 29 avril 2002, art. 9 (*En savoir plus : Décret n° 2002-637 du 29 avril 2002 relatif à l'accès aux informations personnelles détenues par les professionnels et les établissements de santé (en application des articles L. 1111-7 et L. 1112-1 du Code de la Santé Publique).*))]]

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

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

- 1 - La lettre du médecin qui est à l'origine de la consultation ou de l'admission.
- 2 - Les motifs d'hospitalisation.
- 3 - La recherche d'antécédents et de facteurs de risques.
- 4 - Les conclusions de l'évaluation clinique initiale.
- 5 - Le type de prise en charge prévu et les prescriptions effectuées à l'entrée.
- 6 - La nature des soins dispensés et les prescriptions établies lors de la consultation externe ou du passage aux urgences.
- 7 - Les informations relatives à la prise en charge en cours d'hospitalisation : état clinique, soins reçus, examens para-cliniques, notamment d'imagerie.
- 8 - Les informations sur la démarche médicale, adoptée dans les conditions prévues à l'article L. 1111-4.
- 9 - **Le dossier d'anesthésie.**
- 10 - Le compte rendu opératoire ou d'accouchement.
- 11 - Le consentement écrit du patient pour les situations où ce consentement est requis sous cette forme par voie légale ou réglementaire.
- 12 - La mention des actes transfusionnels pratiqués sur le patient et, le cas échéant, copie de la fiche d'incident transfusionnel mentionnée au deuxième alinéa de l'article R. 666-12-24.
- 13 - Les éléments relatifs à la prescription médicale, à son exécution et aux examens complémentaires.
- 14 - Le dossier de soins infirmiers ou, à défaut, les informations relatives aux soins infirmiers.
- 15 - Les informations relatives aux soins dispensés par les autres professionnels de santé.
- 16 - Les correspondances échangées entre professionnels de santé.

1.2.2. Les informations formalisées établies à la fin du séjour :

Elles comportent notamment :

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

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

Sont seules communicables les informations énumérées aux 1.2.1. et 1.2.2..

I.1 IDENTIFICATIONS

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

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

Chaque pièce du dossier est datée et comporte l'identité du patient (nom, prénom, date de naissance ou numéro d'identification) ainsi que l'identité du professionnel de santé qui a recueilli ou produit les informations. Les prescriptions médicales sont datées avec indication de l'heure et signées ; le nom du médecin signataire est mentionné en caractères lisibles.

I.2 L'ACCÈS AU DOSSIER MÉDICAL DU PATIENT

[Art. R. 710-2-1 du Code de la Santé Publique (Décr. n° 2002-637 du 29 avril 2002, art. 1 à 9)]

L'accès au dossier médical peut être demandé par la personne concernée, son ayant droit en cas de décès, la personne ayant l'autorité parentale pour un mineur, le tuteur ou encore un médecin désigné comme intermédiaire.

La réponse doit intervenir dans un délai de huit jours, ou de deux mois quand les informations remontent à plus de cinq ans.

Le demandeur peut consulter les documents sur place et en obtenir des copie ou les recevoir par courrier.

I.3 DOSSIER ANESTHÉSIQUE ET ACCRÉDITATION

Le dossier anesthésique ne fait actuellement l'objet d'aucun référentiel spécifique.

Seule la référence Dossier Patient (DPA) 5d mentionne directement le dossier d'anesthésie : « le dossier du patient comporte, lorsque sa prise en charge l'exige, des éléments d'information spécialisés ».

Les éléments d'information spécialisés sont notamment :

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

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

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

(En savoir plus : Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé et ses principaux articles : Art. L. 1110-4 (respect de la vie privée et du secret des informations) ; Art. L. 1111-4 (respect de la volonté de la personne) ; Art. L. 1111-5 (consentement et personne mineure) ; Art. L. 1111-6 (personne de confiance) ; Art. L. 1111- 7 (droits d'accès) ; Art. L. 1111-8 (hébergement des données) ; Art. L. 1112-1 (obligation de communication des informations médicales dans les établissements de santé).) Loi n°2002-303 du 4 mars 2002.

(En savoir plus : Loi n° 79-18 du 3 janvier 1979 sur les archives) Loi n° 79-18 du 3 janvier 1979.

(Bibliographie : Falcon D, François P, Jacquot C, Payen JF. Evaluation de la qualité de remplissage du dossier d'anesthésie. SFAR 1997. Abstract R066.) Evaluation de la qualité de remplissage du dossier d'anesthésie.

(Bibliographie : Evaluation de la qualité des comptes rendus de consultation pré anesthésique. SFAR 1998. Abstract R362.) Evaluation de la qualité des comptes rendus de consultation pré anesthésique.

(Bibliographie : Dossier anesthésique et accréditation. Ann Fr Anesth Réanim 2001 ; 20 : 21-24.) Dossier anesthésique et accréditation.

II LE COMPTE-RENDU ANESTHÉSIQUE

II.1 ASPECTS RÉGLEMENTAIRES ET RECOMMANDATIONS PROFESSIONNELLES

Le compte rendu anesthésique n'est pas explicitement cité dans les textes officiels (art R 710- 2-2 du code de la Santé Publique) parmi les documents établis au moment de l'admission et durant le séjour.

En pratique, et selon les moyens de l'établissement ou de la structure, il ne peut être possible de réaliser un compte rendu pour chaque patient. Il apparaît cependant nécessaire de le faire lors de tout incident ou accident per ou post interventionnel ainsi qu'à la demande du patient et/ou de son médecin traitant.

Au sein du référentiel ANAES Dossier du Patient (DPA), la référence 5 précise que le contenu du dossier du patient permet d'assurer la coordination de la prise en charge entre professionnels et entre secteurs d'activité. Le critère 5g évoque un document écrit permettant la continuité de la prise en charge.

Il importe de distinguer le compte rendu anesthésique des patients pris en charge dans le cadre d'une structure ambulatoire. *Le décret relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les structures de soins alternatives à l'hospitalisation* mentionnées à l'article L. 712-2 du code de la santé publique en application de l'article L. 712-9 (3o) de ce même code énonce que « *chaque patient reçoit un bulletin de sortie avant son départ de la structure. Ce bulletin, signé par l'un des médecins de la structure, mentionne l'identité des personnels médicaux ayant participé à l'intervention, les recommandations sur les conduites à tenir en matière de surveillance postinterventionnelle ou anesthésique et les coordonnées de l'établissement de santé assurant la permanence et la continuité des soins* ».

(Recommandation : Haute Autorité de Santé. Dossier du patient : Amélioration de la qualité de la tenue et du contenu - Réglementation et recommandations [en ligne].) Dossier du patient : Amélioration de la qualité de la tenue et du contenu.

II.2 LE CONTENU DU COMPTE RENDU ANESTHÉSIQUE

Il pourrait comprendre :

- outre les renseignements administratifs,
- les conclusions de la consultation pré anesthésique précisant en particulier l'information fournie au patient
- le déroulement de l'acte anesthésique retenant en particulier les incidents et accidents éventuels
- les principaux éléments de la surveillance postanesthésique immédiate incluant les critères de sortie de la SSPI
- les prescriptions établies à la sortie du patient
- le signalement des incidents, accidents ou complications de la période postinterventionnelle
- une conclusion générale

Lorsque le patient a bénéficié de soins postinterventionnels prolongés par l'équipe d'anesthésie réanimation, le compte-rendu est joint.

II.3 DEVENIR DE CE DOCUMENT

Il pourrait être le même que celui des autres documents établis à la fin de chaque séjour hospitalier, c'est à dire « adressé au praticien que le patient ou son représentant légal aura désigné afin d'assurer la continuité des soins ». Il est également « établi des doubles de ces mêmes documents qui demeurent dans le dossier du patient ».

Dans le cadre de l'anesthésie ambulatoire, un document doit être remis au patient lors de sa sortie (Art. D. 712-33 du Décr. n° 92-1102 du 2 octobre 1992 (En savoir plus : Décret no 92-1102 du 2 octobre 1992 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les structures de soins alternatives à l'hospitalisation mentionnées à l'article L. 712-2 du code de la santé publique en application de l'article L. 712-9 (3o) de ce même code [en ligne].)).

L'archivage informatique de ce document apparaît aujourd'hui indispensable.

Un document personnalisé (« carte d'anesthésie ») peut également être remis au patient, notifiant en particulier les éventuels problèmes rencontrés et pouvant être source d'incidents ou d'accidents lors d'anesthésies ultérieures (réactions allergiques, intubation difficile etc...).

(Recommandation : Haute Autorité de Santé. Programmes EPP/Tenue du dossier d'anesthésie/Anesthésie □ Réanimation [en ligne].) Programmes EPP/Tenue du dossier d'anesthésie.

III LE DOSSIER ANESTHÉSIQUE INFORMATISÉ

III.1 GÉNÉRALITÉS ET CONSEILS POUR UNE DÉMARCHE DE L'INFORMATISATION

Le dossier d'anesthésie informatisé s'articule autour de 2 piliers principaux qui doivent fonctionner en réseau pour être complémentaires :

- le pôle consultation d'anesthésie avec toutes les aides et fonctionnalités bureautiques nécessaires.

- le pôle bloc opératoire-SSPI avec toutes les fonctionnalités feuille d'anesthésie, acquisitions automatiques, aides aux prescriptions post-interventionnelles.

L'informatisation globale du dossier d'anesthésie a pour but :

- la vision synthétique de la consultation d'anesthésie,
- de rendre disponible en tout lieu et à toute heure l'information nécessaire à une bonne pratique anesthésique de qualité,
- l'acquisition en continu des données émises en per et postinterventionnel par les différents moniteurs et ventilateurs
- de hiérarchiser et permettre la validation de l'information recueillie, la rendant ainsi pertinente,
- l'objectivité du recueil des données, en éliminant la subjectivité de la transcription manuelle .
- de diminuer la charge de travail en accompagnant le médecin anesthésiste dans sa démarche de collecte et de partage de l'information, lui permettant de consacrer plus de temps à la prise en charge médicale de son patient.

Critères de choix déterminants pour la consultation d'anesthésie informatisée :

- saisie fluide et intuitive des données classées par grands thèmes eux-mêmes hiérarchisés de façon utile
- édition simple de tous les formulaires ou ordonnances nécessaires
- présentation synthétique d'ensemble à l'écran
- existence de menus déroulants ou listes de choix préexistants suffisants pour une utilisation immédiate, sans paramétrage initial obligatoire
- possibilités de personnalisation suffisantes
- transfert automatique de toutes les données requises dans la feuille d'anesthésie informatisée
- temps de consultation inférieur ou égal à la consultation « papier »

Critères de choix déterminants pour la réalisation d'une feuille d'anesthésie informatisée, trois facteurs sont essentiels :

La maîtrise des processus d'acquisition :

Elle représente l'étape la plus difficile, en raison d'une double contrainte :

- acquisition possible à partir de moniteurs et ventilateurs de marques différentes
- configuration transparente pour l'utilisateur. La continuité d'acquisition pour un patient donné doit naturellement être réalisée quel que soit l'environnement technique. Les solutions pour y parvenir peuvent être logicielles, ou mixtes (logicielle et multiplexeur).

L'interface homme-machine :

Se doit d'être souple, performante, intuitive, adaptée à nos contraintes professionnelles.

Le traitement des données :

- *en salle d'opération* : la présentation doit être claire, synthétique, personnalisable, hiérarchisée de manière structurée ; la visualisation doit permettre une analyse d'ensemble, toutes les associations paramétriques étant possibles.

- *au secrétariat* : les informations recueillies sur le serveur doivent être structurées de manière à permettre un accès facile suivant des clefs de recherche. Elles doivent être disponibles sous des formats permettant leur manipulation et leur exploitation par d'autres logiciels utilisés dans les domaines graphiques, statistique ou de gestion et pouvant tourner sous d'autres systèmes d'exploitation.

Cette extraction de données est essentielle aux fins d'évaluation et de suivi. Cette ouverture doit permettre un traitement simple et souple de l'information, sans le recours à un informaticien.

III.2 ELÉMENTS DU CAHIER DES CHARGES DU DOSSIER ANESTHÉSIQUE INFORMATISÉ

III.2.1 Généralités

- Doit couvrir les trois phases pré, per et post interventionnelle de l'acte anesthésique jusqu'à la sortie du patient de la SSPI.

- Doit répondre aux obligations légales, réglementaires et aux recommandations de la SFAR.

- Doit pouvoir être accessible en tout lieu et à toute heure, lisible, pertinent, actualisé et partagé.
- Doit permettre l'identification des données "patients" sans risque d'erreur, faciliter le recueil de données pour les soins, la recherche, l'enseignement, l'accréditation, la démarche qualité, la gestion des risques et les procédures médico-juridiques.
- Le système doit être organisé en réseau ou susceptible de l'être indépendamment de l'architecture informatique retenue (néanmoins, l'architecture réseau doit être conforme aux standards de l'industrie informatique).
- L'interconnexion avec le système d'information hospitalier doit être possible et transparente pour l'utilisateur final (acceptation des principales normes pour l'interopérabilité entre le système et les bases de données).
- L'accès au dossier informatique anesthésique doit être protégé et hiérarchisé. Il doit être consultable en tout lieu et à tout moment.
- Un dossier ne peut être clôturé :
 - que s'il y a fusion entre les 3 périodes anesthésiques (pré, per et postinterventionnelle),
 - qu'une fois les items rendus obligatoires remplis.
- L'interface doit être conviviale, rapide et précise.
- La nature de l'interface doit être adaptée aux différentes phases du recueil des données.
- La visualisation des données sous différentes formes doit être possible.
- La téléconsultation du dossier anesthésique per interventionnel doit être possible à partir d'un autre poste quelle que soit sa localisation (autre salle d'opération / SSPI / ...).
- Le transfert vers la salle de SSPI, en fin d'intervention doit être possible, afin qu'une vue synoptique de l'ensemble de la période per interventionnelle soit effective.
- Le regroupement des données : l'ensemble des données (paramètres physiologiques, drogues, évènements) per interventionnelles doivent être à disposition du Médecin Anesthésiste Réanimateur sur le même support de visualisation, afin de lui faciliter l'expertise à un moment donné d'une situation donnée (analyse de cohérence).

III.2.2 L'interface utilisateur

Se doit de respecter quelques principes ergonomiques :

- La compatibilité avec l'environnement de l'utilisateur, le principe de compatibilité repose sur le fait que les transferts d'information seront d'autant plus rapides et efficaces que le re-codage d'information est réduit et se calque sur le contexte d'utilisation habituel (supports papiers rencontrés, vocabulaire employé).
- La concision : le principe de concision repose sur l'existence de limites en mémoire à court terme de l'opérateur humain. Il convient donc de réduire la charge mnésique des utilisateurs. L'application de ce principe consiste à éviter à l'utilisateur de mémoriser et de visualiser des informations trop longues et à réduire les niveaux d'encombrement visuel à l'écran.

- La flexibilité est une exigence liée à l'existence de variation au sein de la population des utilisateurs. Il est souhaitable que le logiciel comporte différents niveaux et qu'il prenne en compte l'acquisition d'expérience des utilisateurs. La configuration personnalisée d'un poste selon ses habitudes, la nature de l'acte ou la possibilité d'emprunter des raccourcis pour effectuer la même tâche peut imager le principe.

- Le retour d'information et le guidage : la nécessité du retour d'information repose sur l'influence de la connaissance du résultat sur la qualité de la performance. Les résultats de l'action de l'utilisateur doivent toujours être répercutés de façon explicite. Ce dernier doit toujours savoir où il se trouve (au sein des écrans) et ce qui a été fait. Tous les écrans doivent être explicites quant à ces deux points.

- La charge informationnelle de l'utilisateur : la prise en compte de la charge informationnelle de l'utilisateur est essentielle dans la mesure où la probabilité d'erreur humaine augmente dans les situations à charges élevées. Il faut minimiser le nombre d'opérations à effectuer par l'utilisateur ainsi que les temps de traitements de l'information.

- Le contrôle explicite : le principe de contrôle explicite signifie que même si c'est le logiciel qui a le contrôle, l'interface doit apparaître comme étant sous contrôle de l'utilisateur et surtout n'exécuter des opérations qu'à la suite d'actions explicites de l'utilisateur.

- La gestion des erreurs. Il est indispensable de fournir aux utilisateurs des moyens de corriger leurs propres erreurs. Le système doit réduire les occasions propices à l'erreur, augmenter la capacité de l'utilisateur à détecter ses propres erreurs et fournir des moyens simples et faciles de correction.

- L'homogénéité repose sur le fait que la prise de décision, le choix d'un item ou d'un écran peuvent se répéter de façon d'autant plus satisfaisante que l'environnement est constant. Cela signifie que d'un écran à l'autre les points de repère ou d'action sont toujours situés aux mêmes endroits.

Dans tous les cas, le dossier anesthésique informatisé ne peut correspondre à la disparition du dossier papier.

III.2.3 La consultation préanesthésique

- Informatisée en salle de consultation ou au lit du patient,
- L'interface ne doit pas être une gêne à la relation médecin / patient,
- L'interface doit être paramétrable :
 - en fonction des conditions d'exercice (Public, Privé...),
 - en fonction de la nature des actes chirurgicaux et spécialités médicales pratiquées,
 - en fonction de la géographie des lieux et de l'organisation du service,
 - en fonction de chacun des médecins anesthésistes appelés à intervenir.
- La saisie, quelqu'en soit le mode existant ou à venir (clavier, souris, écran tactile, crayon optique, code barre...) ne doit pas être plus lente que l'écriture conventionnelle.

- Les données doivent pouvoir être organisées en fonction des méthodes de travail de chaque médecin anesthésiste ou groupe de médecins anesthésistes.
- La nature de ces données doit répondre aux recommandations de la SFAR, aux textes réglementaires et aux bonnes pratiques médicales (Evidence based Medecine).
- Consultable sous réserve d'accès autorisé, en n'importe quel point "du réseau anesthésique".
- Les données pré-existantes (dossier antérieur) doivent être récupérables, non modifiables et consultables. La récupération des données figées doit pouvoir enrichir le dossier actualisé, indépendamment des données d'évaluation du risque qui évoluent avec le patient.
- Ainsi, le dossier pré-interventionnel doit pouvoir être :
 - rempli,
 - consulté (consultation dossier antérieur),
 - modifié (voir dossier antérieur),
 - repris (si l'opération n'a pas eu lieu, les données de la précédente feuille sont reprises et actualisées).
- Les données, déjà saisies par l'hôpital au moment de l'admission du patient, doivent pouvoir être récupérées au moment de l'ouverture d'un dossier de consultation (identification, âge, date de naissance, numéro d'identification unique, sexe...).
- Le dossier reprendra la liste et les recommandations du dossier papier.
- Le dossier doit s'accompagner : de l'édition automatique de l'ordonnance des examens biologiques, complémentaires, des lettres de consultation spécialisée.
- Il devrait être possible d'accéder à des bases de données, tels le Vidal et Interférences médicamenteuses ou autres...
- Les connexions à un serveur d'identité, de résultats ou d'images sont souhaitables mais fonction du degré d'informatisation de l'établissement de santé.
- L'ensemble des données pré-interventionnelles devrait pouvoir s'enrichir et enrichir le dossier médical commun du patient.

III.2.4 La période per interventionnelle

En perinterventionnel, le dossier préinterventionnel doit pouvoir être :

- Consulté,
- Enrichi,
- Commenté.

En perinterventionnel, aucune donnée saisie à la consultation ne doit pouvoir être effacée.

- Toutes les données émises, par tous les appareils connectés au patient, doivent être recueillies automatiquement et sauvegardées dans la base de données "patients" en temps réel. (ventilateur, moniteur, pousse seringue...). Le Médecin Anesthésiste Réanimateur (MAR) doit avoir la possibilité à tout instant d'afficher l'ensemble des paramètres qui lui semble les plus pertinents.

- Les valeurs affichées peuvent avoir une résolution différente de leur fréquence d'acquisition (liée au protocole de communication du constructeur). Cette résolution doit être modifiable à tout instant à la demande du MAR ou de l'IADE.

- Les artéfacts ou éléments considérés comme tel ne doivent pas être effacés ni au moment de leur acquisition ni secondairement. Ils doivent cependant pouvoir être mentionnés comme tel par le témoin de l'évènement (MAR/IADE)

- Les alarmes de chacun des appareils connectés doivent être recueillies et stockées en tâche de fond quand ces appareils, en fonction de leur protocole de communication, émettent cette information. Cette information doit pouvoir être accessible en différé, à la demande, par analyse de la base de données.

- Tous les événements anesthésiques, chirurgicaux et biologiques doivent être saisis chronologiquement en temps réel ou en temps différé. Leur synchronisation par rapport aux variables physiologiques doit être la plus précise possible. Le mode de saisie ne doit pas être un obstacle à la lisibilité et à la précision des données quel que soit l'artifice informatique utilisé pour saisir l'évènement. L'ensemble des événements doit être mémorisé y compris les événements imprévus. Des événements préalablement définis en fonction d'un thésaurus (local, national, professionnel...) doivent être les attributs de la gestion du risque.

- Tous les médicaments utilisés, quel que soit le mode d'administration doivent être saisis chronologiquement en temps réel ou différé. Leur synchronisation par rapport aux variables physiologiques doit être la plus précise possible. Doivent figurer, la nature du médicament, sa posologie, son mode d'administration (bolus et / ou SE), son système d'unité, sa voie d'administration. Un cumul intermédiaire et en fin d'intervention doit être possible et automatique.

- Tous les solutés et produits sanguins labiles et non-labiles doivent être saisis chronologiquement en temps réel ou différé. Leur synchronisation par rapport aux variables physiologiques doit être la plus précise possible. Doivent figurer la nature du soluté, son volume. Un cumul intermédiaire et de fin d'intervention doit être possible et automatique. Pour les produits sanguins, doivent également figurer, leur nature (autologue ou homologue) ainsi que la saisie de leur numéro d'identification dans le cadre de la traçabilité. Le cumul intermédiaire et de fin d'intervention par type de produit sanguin et en fonction de leur nature doit être possible et automatique.

- Le bilan entrée/sortie doit être disponible automatiquement en période intermédiaire et en fin d'intervention.

- L'ensemble du matériel et des consommables.

- La session opératoire devra comprendre les informations concernant :

- Les chirurgiens,
- Les anesthésistes-réanimateurs,
- Les IADE,
- Les IBODE,
- Le début et la fin de la session opératoire,
- La salle,
- La position,
- La date,
- Les horaires étant automatiquement attribués par le système d'une manière plus générale,
- Le caractère programmé ou urgent de l'intervention,
- L'ensemble des items d'évaluation de l'activité doivent figurer dans le dossier per interventionnel. Ce dernier support permettant d'alimenter en tâche de fond les items, servant à l'établissement des statistiques d'évaluation et d'activité.

III.2.5 Le post interventionnel

- Récupération de l'intégralité du dossier pré-opératoire / per opératoire.
- Acquisition de l'ensemble des valeurs des paramètres surveillés.
- Mise en continuité de ces valeurs post interventionnelles pour un même paramètre, avec celles acquises en per interventionnel.
- Enregistrement des évènements post interventionnels sur la même base qu'en per interventionnel.
- Configuration et impression d'une feuille d'anesthésie avec tout ou partie des paramètres surveillés et enregistrés en per et post interventionnel.
- Les événements, médicaments, solutés, produits sanguins seront intégralement imprimés et horodatés.
- Validation et impression d'une feuille de critères de réveil et d'aptitude à la sortie (anesthésie ambulatoire).

III.2.6 La sauvegarde

La sauvegarde des données est le corollaire de toute acquisition informatique d'une information.

C'est un processus indissociable du stockage de données. L'extrême densité d'informations sur des supports mécaniques expose ceux-ci à des erreurs, des anomalies d'écriture, ou simplement des pannes malgré l'extrême robustesse de ces matériels. En l'absence de sauvegarde, c'est toute la mémoire du système qui est susceptible de disparaître d'une

manière irréversible, effaçant en quelques secondes des milliers d'heures de travail.

La sauvegarde indépendamment des solutions logicielles et techniques est primordiale, indispensable et a pour objectif d'assurer la pérennité des données acquises.

La fréquence des sauvegardes doit être proportionnée à la nature et au nombre de données acquises.

Il est conseillé de réaliser une sauvegarde journalière ou bi-journalière et hebdomadaire.

III.2.7 L'archivage des données informatiques

L'archivage électronique est un secteur essentiel de la gestion électronique des documents.

L'information utile peut être dispersée sur plusieurs serveurs. Compte-tenu de la complexité des stratégies utilisées par les systèmes informatiques pour répertorier les objets qu'ils contrôlent, des outils de gestion documentaire doivent libérer l'utilisateur de cette complexité sous jacente. Ce capital d'information doit pouvoir rapidement être retrouvé et partagé entre tous les intéressés attelés à la même tâche et ceci qu'elle que soit l'heure de la journée.

Chacun doit pouvoir retrouver l'ensemble des informations disponibles quelle qu'en soit la forme (texte, image, tableau de chiffres, graphiques, son...) et le lieu de stockage.

L'utilisateur doit se contenter de décrire l'information qu'il recherche. Il doit pouvoir désigner le document par son titre, le nom, prénom, date de naissance du patient, la nature de l'acte (chirurgical, endoscopique, ambulatoire...), la date de sa première intervention ou des éventuelles interventions successives. Lorsque le patient n'a aucun souvenir précis de son intervention ou de son hospitalisation, la recherche doit pouvoir être guidée par son contenu. Une telle recherche par le contenu ne peut s'exercer que sur des documents contenant une partie textuelle, directement accessible, car stockés dans les mémoires actives des ordinateurs connectés au réseau.

Le contrôle des droits d'accès doit s'exercer sur l'ensemble des documents patients du service d'anesthésie réanimation. Ces droits peuvent être définis en référence à des profils d'utilisateurs individuels ou de groupe. La restriction d'accès peut être totale ou partielle. Les modifications en fonction des droits d'accès sont autorisées ou non (autorisées sur le dossier pré interventionnel: actualisation des données antérieurement acquises mais interdites sur le per et le post interventionnel des interventions antérieures).

Quand un utilisateur accède à un document, l'archivage doit en garder la trace. La librairie

d'archivage doit contrôler les numéros de version des documents et en gérant leur affectation à chaque instant doit garantir aux différents utilisateurs qu'ils travaillent toujours sur la version la plus récente. Cette librairie doit également permettre aux utilisateurs autorisés l'accès aux versions antérieures suivant des critères de recherche préalablement établis.

(En savoir plus : le dossier anesthésique informatisé) Le dossier anesthésique informatisé.

CONCLUSION

Le dossier anesthésique fait partie intégrante du dossier patient, élément clef du processus de soins. Ce dossier est le véritable fil conducteur de la prise en charge anesthésique qui, à chaque étape, génère, utilise et transmet les informations relatives au patient.

Le document de travail proposé est **un outil** et un guide mettant en valeur la nécessité de la qualité des documents et de leur archivage. Il souligne aussi la valeur pédagogique d'une démarche d'amélioration de la qualité.

Les principes qui structurent cet outil fixent des objectifs plutôt que des normes à atteindre. La tenue du dossier anesthésique varie selon les structures et les organisations. Ces différences sont légitimes ; elles témoignent des modes de fonctionnement des équipes d'anesthésistes-réanimateurs visant à optimiser la prise en charge du patient.

IV ANNEXES

BIBLIOGRAPHIE

- Eon B, Gouvitsos F, Gouin S, Scemama F, Grégoire R, Gouin F. : Evaluation de la qualité des comptes rendus de consultation pré anesthésique. SFAR 1998. Abstract R362.
- Falcon D, François P, Jacquot C, Payen JF. : Falcon D, François P, Jacquot C, Payen JF. Evaluation de la qualité de remplissage du dossier d'anesthésie. SFAR 1997. Abstract R066.
- Granry JC, Poirier N, Houi N. : Dossier anesthésique et accréditation. Ann Fr Anesth Réanim 2001 ; 20 : 21-24.

EN SAVOIR PLUS

- Décret n° 2002-637 du 29 avril 2002 relatif à l'accès aux informations personnelles détenues par les professionnels et les établissements de santé (en application des articles L. 1111-7 et L. 1112-1 du Code de la Santé Publique). : <http://www.droit.org/jo/20020430/MESP0221143D.html>
- Décret no 92-1102 du 2 octobre 1992 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les structures de soins alternatives à l'hospitalisation mentionnées à l'article L. 712-2 du code de la santé publique en application de l'article L. 712-9 (3o) de ce même code [en ligne]. : <http://www.droit.org/jo/19921008/SANH9201575D.html>
- le dossier anesthésique informatisé : <http://www.sfar.org/dossierarfr.html>
- Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé et ses principaux articles : Art. L. 1110-4 (respect de la vie privée et du secret des informations) ; Art. L. 1111-4 (respect de la volonté de la personne) ; Art. L. 1111-5 (consentement et personne mineure) ; Art. L. 1111-6 (personne de confiance) ; Art. L. 1111- 7 (droits d'accès) ; Art. L. 1111-8 (hébergement des données) ; Art. L. 1112-1 (obligation de communication des informations médicales dans les établissements de santé). : <http://admi.net/jo/20020305/MESX0100092L.html>
- Loi n° 79-18 du 3 janvier 1979 sur les archives : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000006068663&dateTexte=20090514>

RECOMMANDATION

- Haute Autorité de Santé. Dossier du patient : Amélioration de la qualité de la tenue et du contenu - Réglementation et recommandations [en ligne]. : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_438115/dossier-du-patient
- Haute Autorité de Santé. Programmes EPP/Tenue du dossier d'anesthésie/ Anesthésie □ Réanimation [en ligne]. : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_272400/tenue-du-dossier-d-anesthesie