

QUELS SONT LES ÉLÉMENTS INDISPENSABLES À REPORTER SUR LA FEUILLE D'ANESTHÉSIE ?

Francis Bonnet, Chrysoula Papageorgiou

Service d'anesthésie réanimation, Hôpital Tenon, 4 rue de la Chine, 75970
Paris cedex 20. Francis.bonnet@tnn.aphp.fr

INTRODUCTION

La feuille d'anesthésie fait tellement partie de la routine clinique qu'elle est utilisée quotidiennement sans qu'on s'interroge sur son intérêt, la valeur et/ou la pertinence des informations qui y sont reportées, si ce n'est périodiquement lorsqu'il est question d'en améliorer la présentation ou de faire la maquette d'un dossier informatisé. Si l'attention s'est portée au cours des dernières années sur la qualité de la tenue du dossier d'anesthésie et des éléments qu'il contient, aboutissant à des préconisations de la Haute Autorité de Santé et de la Société Française d'Anesthésie – Réanimation [1], la feuille d'anesthésie proprement dite fait souvent figure de parent pauvre pour l'attention qui lui est portée, qui contraste avec son utilisation au quotidien. Les éléments reportés sur une feuille correspondent souvent à une tradition mais sont de plus entachés d'inexactitude ou d'omission. Par ailleurs des éléments, que l'on pourrait juger pertinents, ne font pas l'objet d'un report systématique. L'intérêt de la feuille d'anesthésie est essentiellement médical mais son exécution est souvent porteuse dans l'esprit des anesthésistes d'une consonance médico-judiciaire. Avant d'envisager dans le détail les paramètres susceptibles d'être reportés sur une feuille d'anesthésie, il importe de s'interroger sur la qualité de l'information que l'on souhaite recueillir.

1. QUELLE EST LA NATURE DES INFORMATIONS REPORTÉES SUR UNE FEUILLE D'ANESTHÉSIE ?

Ces informations sont, d'une part des éléments d'identification du patient et de ceux qui interviennent auprès de lui durant l'anesthésie, d'autre part les valeurs des paramètres monitorés, et enfin l'indication des actions ou traitements entrepris.

- L'identification du patient et des soignants responsables de l'anesthésie mais aussi du geste chirurgical est bien entendu un élément de traçabilité de première importance. Ces éléments font partie des indicateurs de qualité de la tenue d'un dossier médical en général et d'anesthésie en particulier. Ainsi,

parmi les indicateurs évaluant la qualité d'un dossier anesthésique dans le cadre de l'évaluation des pratiques professionnelles, la Haute Autorité de Santé (HAS) ne retient finalement que deux indicateurs pour la période peropératoire : l'identification du médecin anesthésiste et la mention de la technique d'abord des voies aériennes. Cependant, l'évaluation des dossiers anesthésiques montre de façon surprenante que le critère d'identification de l'anesthésiste sur la feuille d'anesthésie n'est présent que dans la moitié des cas. Si l'information concernant le médecin anesthésiste n'a pas de conséquence immédiate elle a une très grande valeur pour le suivi ultérieur du patient en présence et même en l'absence d'événement adverse. Dans le même ordre d'idée un certain nombre d'informations clés recueillies avant le début de l'anesthésie pourraient être portées sur la feuille d'anesthésie. Il en est ainsi des éléments qui constituent la check-list préopératoire et qui comprennent non seulement les vérifications techniques (station d'anesthésie) mais aussi des données d'ordre organisationnel (côté à opérer). Dans ce cadre, il est inutile de détailler la procédure si ce n'est d'indiquer qu'elle a été effectuée dans un souci de traçabilité.

- **Métriologie.** La conduite de l'anesthésie implique la surveillance et l'intégration d'un certain nombre de paramètres physiques assurées par la mise en place d'un monitoring. Le report de ces paramètres est considéré par la plupart des anesthésistes comme l'élément le plus important de la feuille d'anesthésie [2]. La technologie permet depuis plusieurs années d'en restituer l'intégralité et l'on peut donc s'étonner que le recueil manuel de ces informations reste la situation de loin la plus fréquente. On sait depuis longtemps que ce report manuel est incomplet et erroné [3, 4], l'erreur portant sur le moment et la durée de survenue par rapport à la grille de temps indiquée sur les feuilles et sur l'amplitude des mouvements ou des variations observées. Le pourcentage d'erreurs est indépendant de l'ancienneté ou de l'expérience de l'anesthésiste dans la profession [3]. La comparaison des données recueillies manuellement et automatiquement montre que le report manuel dit « volontaire » indique trois fois moins de déviance hors norme que le recueil automatique [5, 6]. Cooper donne deux explications à cette différence : la nécessité de démontrer l'intérêt de la traçabilité des événements adverses et un changement de culture qui attribue les erreurs à des négligences [7]. On pourrait ajouter l'absence de culture de l'exactitude et l'idée que reporter une tendance est plus importante que la valeur du chiffre observé. Enfin on peut tout simplement évoquer la présentation inadéquate de la trame de nombreux documents qui ne permet pas de reporter précisément les valeurs de certains paramètres.
- **Événements significatifs.** Il n'existe pas non plus de « culture » de la traçabilité de la totalité des événements significatifs en peranesthésie. Le report systématique de ces événements pourrait cependant avoir plus de valeur que le monitoring proprement dit. L'analyse de la mortalité anesthésique montre la relation entre les événements significatifs et les causes résiduelles des décès directement imputables à l'anesthésie, les principaux événements étant :
 - Les difficultés d'accès aux voies aériennes supérieures et l'inhalation péri anesthésique.
 - L'hémorragie et l'anémie péri-opératoire.
 - La gestion de l'hypotension artérielle péri-opératoire.

L'événement le plus clairement identifié est le contrôle des voies aériennes. Cependant, les conditions d'abord des voies aériennes supérieures sont rarement ou succinctement décrites sur une feuille d'anesthésie. La technique de contrôle des voies aériennes a néanmoins des conséquences quotidiennes sur le confort des patients. Le nombre de laryngoscopie et de tentative d'intubation et le ou les dispositifs utilisés pour contrôler les voies aériennes, peuvent influencer la survenue de douleurs pharyngo-laryngées en postopératoire. Un report précis des conditions d'intubation devrait s'attacher à préciser la technique utilisée (laryngoscopie directe, type de lame, autre dispositif, diamètre de la sonde) le nombre de tentative et les conditions de réalisation (Cormack). Il est impératif également de noter clairement la survenue d'incidents : bris dentaire et difficultés d'intubation. Ce dernier aspect a des implications à long terme : un patient ayant présenté des conditions d'intubation difficile devrait ainsi faire l'objet d'une fiche descriptive et déclarative qui lui serait remise spécifiant l'ensemble des problèmes techniques rencontrés et les solutions apportées.

Le risque de non-transfusion ou de retard transfusionnel (de l'ordre d'environ 1/1000 à 1/10000) est devenu la troisième cause de mortalité en anesthésie. Ce risque est aujourd'hui plus fréquent que celui de la transfusion elle-même. Ici encore on peut s'étonner du recueil incomplet ou approximatif des informations concernant à la fois les pertes sanguines peropératoires et la transfusion. Dans une étude canadienne, seulement un quart des 240 dossiers audités contenait une information sur les pertes sanguines peropératoires [2].

Enfin rappelons que l'absence de report d'un événement attendu n'indique pas que celui-ci s'est automatiquement produit de même que l'absence d'indication sur un paramètre n'indique pas que sa valeur était normale. La notion « d'habitude de service » qui consiste à ne pas colliger une pratique habituelle puisqu'elle est connue de tous, a peu de valeur y compris dans le service concerné pour peu qu'un des acteurs de soins ait changé son comportement ou qu'il ait à faire à un collaborateur nouveau ou inhabituel. On peut ainsi prendre l'exemple de la décurarisation en fin d'intervention. L'absence de mention de la décurarisation sur la feuille d'anesthésie n'indique pas qu'elle a été systématiquement pratiquée là où elle constituerait la routine. Le report de l'administration de prostigmine est en revanche une information de très grande valeur chez un patient qui présenterait des difficultés respiratoires après extubation.

2. EXPLOITATION DES INFORMATIONS

L'intérêt des informations rapportées sur la feuille d'anesthésie peut être estimé à trois échéances :

- A court terme, l'ensemble des éléments indiqués permet de suivre la progression de l'anesthésie pour celui qui l'effectue sachant que le monitoring, bien qu'il donne accès à l'évolution des paramètres sur l'ensemble de la période concernée, n'affiche que les valeurs à un instant donné. La conduite de l'anesthésie implique en effet de réagir non seulement aux valeurs affichées à un instant donné mais aussi de le faire en prenant en compte leur évolution. Le report des valeurs a donc un intérêt immédiat pour la conduite de l'anesthésie.
- A moyen terme, l'exploitation des informations se déplace vers la survenue d'événements significatifs. Certes, à titre d'exemple, pour apprécier l'état volémique postopératoire immédiat on se tournera encore vers le bilan des perfusions et des pertes hémorragiques et hydrosodées correspondant à

la période préopératoire mais c'est surtout pour interpréter ou traiter une complication que l'on recherchera la survenue d'événements préopératoire. Ainsi, en face d'un infarctus du myocarde postopératoire est-il important de savoir s'il est survenu en peropératoire une hypotension (importance et durée) ou une anémie et si elles ont fait l'objet de mesures correctrices.

- A plus long terme, la traçabilité de certains événements peropératoires (intubation difficile imprévue, réaction anaphylactique) revêt une importance particulière pour le futur du patient et le report sur la feuille d'anesthésie doit en être non seulement détaillé mais aussi transmis au patient sous une forme codifiée.

3. IMPACT SUR LA MORBIDITÉ ET LA MORTALITÉ

La littérature médicale a montré que la vérification des informations avait un impact sur la morbi-mortalité postopératoire [8, 9]. Cette constatation a prévalu la mise en place de check-list de bloc opératoire, soutenue par la HAS. En ce qui concerne la feuille d'anesthésie et les éléments qui y figurent (ou pas), il y a peu d'informations pour étayer l'idée que la fiabilité du document a un impact sur la morbidité postopératoire.

4. VALEUR MÉDICO-JUDICIAIRE

La feuille d'anesthésie est l'un des éléments essentiels sur lequel s'appuie une expertise médico-judiciaire dans laquelle est impliqué un anesthésiste. Les questions qui sont posées aux experts sont de savoir s'il existe une relation entre une complication, dont souffre le patient devenu plaignant et l'acte anesthésique et, en cas de survenue d'une complication, de savoir si elle a été correctement prise en charge. Le premier élément qui est examiné est de savoir si le « contrat » qui a été passé entre le médecin et le patient lors de la consultation d'anesthésie a été respecté lors de la réalisation de l'anesthésie, même si celle-ci est effectuée par un autre médecin. De ce fait en cas de changement de technique (par exemple renoncement à une technique d'anesthésie locorégionale en raison de problème d'hémostase), il importe que les raisons en soient clairement indiquées sur la feuille. La qualité de la feuille d'anesthésie qui permettra son exploitation répond aux mêmes critères que ceux qui font son intérêt dans la pratique médicale quotidienne. Une attention particulière doit être portée à la survenue d'événements indésirables car l'absence d'indication de survenue de ces événements peut être interprétée comme une négligence ou une absence de prise en compte conduisant à l'absence de traitement. L'absence de report d'information routinière en peropératoire est également la porte ouverte à des spéculations et des interprétations quant à la compréhension des mécanismes des complications survenues. En cas de complication sévère (ex : choc anaphylactique), le report dans la feuille d'anesthésie sur un mode « habituel » ne suffit pas et il est recommandé de faire de façon détaillée un descriptif chronologique des événements et de la façon dont ils ont été pris en charge. Ce document doit être conservé par le praticien et joint au dossier. Le même raisonnement peut être tenu pour des complications dont on sait qu'elles donnent fréquemment lieu à un litige tel les bris dentaires. Dans ce cas un document type rappelant les conditions de détection préopératoire, les précautions prises et les dégâts survenus malgré tout, peut être établi, conservé et remis au patient. Si le praticien

juge que les informations contenues sur la feuille d'anesthésie sont incomplètes (par exemple parce que le traitement d'une situation d'urgence l'a empêché d'en faire simultanément le suivi en temps réel), il est recommandé également de ne pas reprendre a posteriori la feuille pour la « compléter » mais plutôt d'établir un compte rendu détaillé sur le mode précédent.

CONCLUSION

La feuille d'anesthésie est trop souvent orientée vers des informations dont la fiabilité peut être mise en doute notamment en ce qui concerne le recueil manuel. A l'inverse elle comporte peu d'informations sur le déroulement d'événements significatifs qui peuvent avoir une implication à distance et qui mériteraient une description plus détaillée ainsi que de leur prise en charge thérapeutique. La généralisation du recueil informatisé des paramètres monitorés durant l'anesthésie devrait permettre à l'anesthésiste de focaliser son attention sur le rendu de ces événements. Un recueil fiable des événements peropératoire est un pré-requis indispensable à leur analyse qui est le gage de la mise en place de mesures correctrices. Il semble souhaitable d'évoluer vers un report automatique des variables monitorées en anesthésie, couplé à un dossier peropératoire préformaté où seraient reportés les événements adverses survenus en cours d'anesthésie.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Dossier anesthésie : <http://www.sfar.org/article/54/dossier-anesthesique-sfar-2001>
- [2] Tessler MJ, Tsiodras A, Kardash KJ, Shrier I. Documentation on the anaesthetic record : correlation with clinical important variables. *Can J Anaesth* 2006 ;53 :1086-91
- [3] Devitt JH, Rapanos T, Kurrek M, Cohen MM. The anesthetic record: accuracy and completeness. *Can J Anaesth* 1999;46:122-8
- [4] Hubert B, Ausset S, Auroy Y, Bilard-Decré C, Tricaud-Vialle, Djihoud A. Indicateur de tenue du dossier anesthésique dans les établissements de santé d'Aquitaine. *Ann Fr Anesth Réanim* 2008 ;27 :216-21
- [5] Benson M, Junger A, Fuchs C, Quinzio L, Böttger S, Jost A, Uphus D, Hempelmann G. Using an anesthesia information management system to prove a deficit in voluntary reporting of adverse events in a quality assurance program. *J Clin Monitor Comput* 2000;16:211-7
- [6] Sanborn KV, Castro J, Kuroda M, Thys DM. Detection of intraoperative incidents by electronic scanning of computerized anesthesia records. 1996;85:977-87
- [7] Cooper J. Is voluntary reporting of critical events effective for quality assurance? *Anesthesiology* 1996;85:961-4
- [8] Hayne AB, Weiser TG, Berry WR, Lipsitz SR, Breizat AH, Dellinger EP, Herbosa T, Joseph S, Kibatala PL, Lapitan MC, Merry AF, Moorthy K, Reznick RK, Taylor B, Gawande AA; Safe Surgery Saves Lives Study Group. for the Safe Surgery Saves Lives Study Group. A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in global population. *N Engl J Med* 2009;360:491-9
- [9] Haynes AB, Weiser TG, Berry WR, Lipsitz SR, Breizat AH, Dellinger EP, Dziekan G, Herbosa T, Kibatala PL, Lapitan MC, Merry AF, Reznick RK, Taylor B, Vats A, Gawande AA; Safe Surgery Saves Lives Study Group. Changes in safety attitude and relationship to decreased postoperative morbidity and mortality following implementation of a checklist-based surgical safety intervention. *Qual Saf Health Care*. 2011 Jan;20(1):102-7.