



LES AVANTAGES DE L'INFORMATISATION DU DOSSIER D'ANESTHESIE

E. BARBE – Dr J.J ROBIN – E. RUSSIER – M. SIPPEL
(Bordeaux)

LES AVANTAGES DE L'INFORMATISATION DU DOSSIER D'ANESTHÉSIE

Texte rédigé pour les JARCA 2019 par

Emmanuel BARBE

Jean-Jacques ROBIN

Elodie RUSSIER

Matthieu SIPPEL

Introduction

L'informatisation du dossier médical est une évolution obligatoire qui s'est d'ores et déjà imposée dans la grande majorité des établissements de soins. Le dossier d'anesthésie, de part les informations qu'il contient, nécessite une attention particulière pour permettre sa bonne intégration dans un dossier médical informatisé.

La loi du 4 Mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé et les recommandations de la SFAR de Juin 2002 sur le dossier d'anesthésie précisent les objectifs de ce dossier et les informations qu'il doit contenir.

L'informatisation du dossier d'anesthésie doit permettre un gain de sécurité en facilitant l'accès aux informations pertinentes pour optimiser la prise en charge des patients et favoriser le dialogue entre les différents acteurs de cette prise en charge. Le dossier informatisé doit aussi mettre en exergue les points importants tels que les allergies pour réduire le risque d'événement indésirable lié aux soins. Un autre de ses avantages est de pouvoir intégrer les protocoles de soins propres au service et ainsi servir d'aide-mémoire aux professionnels de santé.

Le dossier d'anesthésie informatisé permet l'exhaustivité du recueil des données notamment per et post-opératoires grâce à la récupération des informations recueillies par les dispositifs de monitoring. Les données ainsi recueillies vont pouvoir être exploitées dans un second temps dans le cadre de l'évaluation des pratiques professionnelles ou de la recherche clinique.

Quelques limites sont cependant à noter bien que largement contrebalancées par les avantages de l'informatisation. À savoir : un temps de saisie plus long par rapport à un dossier papier (surtout lors du déploiement de la solution informatique), le recueil de données parfois peu pertinentes, les ressources matériels et humaines nécessaires à la mise en place de l'outil informatique et à l'entretien de celui-ci.

Cadre législatif et recommandations relatives au dossier d'anesthésie

La tenue du dossier médical est régie par la loi du 4 Mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé [1], il y est fait brièvement mention du dossier d'anesthésie en tant que document obligatoire du dossier médical lorsqu'un patient a nécessité une prise en charge anesthésique. La SFAR a émis en Juin 2002 des recommandations concernant le contenu de ce dossier pour les périodes pré, per et post-opératoires [2], en se référant à la loi du 4 Mars 2002 et au décret 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 [3]. Il en ressort que les éléments essentiels du dossier d'anesthésie sont la consultation pré-anesthésiques, la visite pré-anesthésique et les feuilles de surveillance per et post-opératoires. Chacun de ces éléments nécessite le recueil d'informations fondamentales telles que le protocole d'anesthésie proposé, l'information

délivrée au patient, les paramètres vitaux et les médicaments administrés durant les périodes per et post-opératoire.

La HAS a également publié en 2008 la liste des indicateurs qualités définis au préalable par la SFAR et sur lesquels se fonde l'évaluation de la qualité de la tenue du dossier d'anesthésie [4]. C'est, entre autre, sur cette évaluation que repose l'accréditation des établissements de soins. Un des avantages de l'informatisation est de permettre une meilleure exhaustivité du recueil et ainsi d'améliorer la validation des critères qualités.

Améliorer la sécurité du patient

L'un des enjeux primordiaux de l'informatisation du dossier d'anesthésie est de diminuer les risques encourus par le patient lors de sa prise en charge. Ceci est possible grâce à un accès facilité aux informations essentielles telles que l'existence d'une allergie, la connaissance du groupe sanguin, un antécédent d'intubation difficile ou encore le poids du patient. L'informatisation permet aussi d'améliorer l'échange d'informations entre les différents intervenants grâce au référencement des consultations et interventions diagnostics, thérapeutiques ou de l'ordre du soin courant, et ce, tout au long du parcours patient.

La saisie des prescriptions et le suivi des administrations médicamenteuses sont aussi améliorées. Le détail de la préparation du médicament rendu obligatoire lors de la prescription, parfois oublié ou non-mentionné sur le papier, permet d'éviter des erreurs de reconstitution. Le suivi des administrations médicamenteuses bénéficie largement de l'informatisation en termes de précision concernant la préparation et l'horaire d'administration. Le paramétrage d'alertes automatisées peut prévenir la survenue d'une erreur lors de la prescription et/ou de l'administration. Par exemple, le dépassement d'une dose maximale ou des interactions médicamenteuses néfastes peuvent être rappelées à l'utilisateur.

L'intégration de protocoles de soin peut servir d'aide-mémoire mais peut aussi permettre un gain de temps non négligeable lors de la saisie des prescriptions. Ceci peut aussi bien concerner les protocoles médicamenteux que les protocoles d'urgence ou de soins courant tel que l'installation d'un patient pour une procédure spécifique par exemple.

Enfin l'accès à l'ensemble des informations recueillies au niveau d'un établissement facilitera l'évaluation des pratiques professionnelles et la mise en place du cycle vertueux «planification, réalisation, évaluation, correction».

Exhaustivité du recueil, pérennité des données et dématérialisation

La récupération des données des dispositifs de monitoring en per et postopératoire permet un suivi précis de l'intervention, et éventuellement, un nouvel éclairage sur des incidents

dont les causes sont parfois mal comprises. En effet, le recueil manuscrit des paramètres vitaux est souvent impossible en situation d'urgence alors que les dispositifs de monitoring autorisent une récupération de ces paramètres à la minute.

Par ailleurs, le risque de perte d'information est largement réduit par l'informatisation et la récupération des données est grandement facilitée avec la possibilité de requêter sur des paramètres bien spécifiques. Ceci présente un avantage évident dans le cadre de la recherche clinique mais aussi pour l'évaluation des pratiques professionnelles et l'amélioration de la qualité des soins.

L'informatisation est aussi synonyme de dématérialisation. Elle permet donc d'économiser de nombreuses ressources matériels et ne nécessite pas d'espace dédié à l'archivage, points qui au vue des enjeux environnementaux actuels ont toute leur importance.

L'expérience du CHU de Bordeaux : MétaVision

En 2011, le CHU de Bordeaux a initié un projet en vue de l'informatisation du dossier d'anesthésie au sein de l'établissement. Ce projet mené conjointement par la Direction du Système d'Information (DSI) et le Pôle Anesthésie Réanimation (PAR) devait permettre l'utilisation d'un outil informatique unique dans l'ensemble des services d'anesthésie et de réanimation du CHU tout en répondant aux critères de qualité attendus pour un dossier d'anesthésie-réanimation.

Préalable indispensable au choix d'une solution informatique, la DSI a mené conjointement avec le PAR plusieurs mois de travail en lien avec les professionnels de terrain de l'établissement pour élaborer un cahier des charges précis recensant l'ensemble des fonctionnalités attendues. S'en est suivi, une phase de dialogue concurrentiel entre les différentes sociétés ayant répondu à l'appel d'offre. Cette phase de sélection a abouti au choix et paramétrage de la solution METAVISION en 2013. Les très larges possibilités de configuration et de personnalisation du logiciel ont très largement participé au choix de ce logiciel.

Pour la gestion du projet, le CHU de Bordeaux a fait le choix de créer une cellule permanente dédiée au pilotage projet, à la configuration, au déploiement et à l'assistance utilisateur. Cette cellule pluridisciplinaire constituée d'informaticiens et de professionnels du PAR (médecins anesthésistes-réanimateurs, infirmiers-anesthésistes et infirmiers) dédiés à cette activité a pour avantage de concentrer les savoir-faire techniques et cliniques pour in fine proposer une configuration du logiciel offrant une expérience utilisateur au plus prêt des attentes des professionnels.

Le déploiement de METAVISION a débuté sur le site de Haut-Lévêque. Ce choix s'est appuyé sur l'expérience acquise par les équipes d'anesthésie des blocs opératoires de chirurgie viscérale et thoracique, dont les services étaient déjà informatisés depuis le début des années 2000. La configuration finale et les test-fonctionnels du logiciel avant mise en production dans le service ont été réalisés en étroite collaboration entre la cellule METAVISION et les référents informatiques paramédicaux et médicaux du service. Cette

phase de test et de validation des fonctionnalités demande un travail étroit entre service informatique, professionnels de terrain et service biomédical concernant l'interfaçage des appareils biomédicaux).

La formation des professionnels, phase primordiale pour l'appropriation et l'acceptation du logiciel s'est articulée en trois phases : une formation délocalisée assurée par les super-utilisateurs de la cellule METAVISION sur une demi-journée, une phase d'appropriation du logiciel dans le service avant le déploiement et un accompagnement sur le terrain par les super-utilisateurs et les référents de site lors du déploiement.

La première phase de déploiement a concerné le plateau technique de chirurgie viscérale comprenant le bloc opératoire, la réanimation puis quelques mois plus tard la SSPI pour laquelle une phase de configuration supplémentaire a été nécessaire. Le déploiement s'est opéré selon le principe de la montée en charge, pour progressivement atteindre un déploiement total des services concernés.

A l'issue de cette première étape de déploiement, le même principe a été appliqué au plateau technique de chirurgie thoracique puis plus tard à celui de la réanimation médicale sur le site de Pellegrin.

METAVISION a permis une harmonisation de la traçabilité et de la qualité des dossiers d'anesthésie. Le logiciel permet un accès permanent à l'ensemble de la base de données patients. Il serait utilisable dans l'ensemble des spécialités de l'établissement si son déploiement avait été élargi comme prévu initialement (des problèmes de contractualisation avec l'éditeur du logiciel ont mis fin au projet de développement).

L'utilisation d'une telle infrastructure informatique nécessite un travail collaboratif entre les référents de service, la cellule informatique dédiée et le service biomédical afin de garantir au quotidien le bon fonctionnement de l'outil (suivi de la fonctionnalité logicielle et matérielle). Les pannes restent possibles et peuvent engendrer lorsqu'elles surviennent des pertes de données, de la perte de temps que seul un travail collaboratif entre les différents intervenants du projet peut éviter.

La grande plasticité du logiciel et le choix initial de proposer un outil permettant dans toutes les spécialités de l'établissement une traçabilité exhaustive par la saisie de formulaires structurés complexifie l'outil. Le retour des utilisateurs indique qu'une phase d'appropriation de plusieurs semaines voire mois est nécessaire pour se sentir à l'aise avec l'utilisation du logiciel mais la plus part s'accordent à dire qu'ils ne reviendraient pas en arrière et que METAVISION constitue un outil de travail de qualité.

Les limites de l'informatisation

Les limites à l'informatisation, outre la nécessité de ressources matérielles et humaines conséquentes telles que décrites précédemment, sont peu nombreuses mais doivent être prises en considération. L'exhaustivité des données recueillies dans le dossier informatisé est contrebalancé par un temps de saisie souvent allongé lorsque comparé à la saisie

manuscrite.

Un recueil exhaustif se heurte nécessairement à la pertinence des informations recueillies et l'information recherchée peut parfois être "noyée" dans une masse de valeurs numériques ne revêtant que peu d'intérêt.

Une fois informatisé, le dossier d'anesthésie est soumis aux caprices de l'informatique : lenteur des postes de travail, matériel défectueux, pannes informatiques, problèmes de connectique... il est donc capital de prévoir des procédures dégradées permettant de maintenir l'activité au bloc opératoire.

Il faut aussi noter que les établissements de santé - comme le CHU de Bordeaux - sont souvent pourvus de plusieurs solutions informatiques dédiées et que le dialogue entre les différentes applications est souvent partiel voire totalement absent.

Mais la principale limite à l'informatisation du dossier d'anesthésie reste l'humain. En effet, rappelons-le : "errare humanum est". La grande majorité des erreurs rencontrées en pratique sont des erreurs ayant pour origine une mauvaise utilisation de l'outil, et un des aspects les plus complexes lors du déploiement d'une nouvelle solution informatique est souvent la satisfaction des utilisateurs qui est une condition essentielle à la bonne utilisation du logiciel et donc à la bonne tenue du dossier d'anesthésie.

Conclusion

L'informatisation du dossier d'anesthésie répond aux exigences légales et aux attentes institutionnelles. Bien qu'elle possède certaines limites qui ont été éprouvées dans la pratique, celles-ci sont largement contrebalancées par ce qu'elle apporte en ce qui concerne la sécurité du patient, l'exhaustivité et la pérennité du recueil des données.

Les futures solutions informatiques devront s'attacher à favoriser la récupération des données entre les différents applicatifs déjà déployés dans les établissements et détecter les informations pertinentes en fonction du contexte clinique. La "convivialité" est aussi un point essentiel à développer pour permettre l'adhésion des utilisateurs. Enfin la bonne utilisation de l'outil informatique passe avant tout par une bonne formation de ceux-ci.

Références bibliographiques

1. 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
2. Document du groupe de travail de la SFAR sur le dossier anesthésique validé par le CA de la SFAR en Décembre 2001 et publié en Juin 2002
<http://www.sfar.org/dossierar.html>
3. Décret 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
4. Fiche descriptive de l'indicateur : Tenue du dossier anesthésique (DAN)
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2008-06/fiche_descriptive_dan_030608.pdf