UNIVERSITÉ DE LORRAINE

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4
Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10
http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php
http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm

UNIVERSITÉ DE LORRAINE FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY
2017

THÈSE

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Dans le cadre du troisième cycle de Médecine Spécialisée par

Marie OLIVIER

Le 30 mars 2017

Fonctionnement de la consultation d'anesthésie : Evaluation des pratiques professionnelles

Membres du jury :

Monsieur le Professeur Claude MEISTELMAN	Président
Monsieur le Professeur Gérard AUDIBERT	Juge
Monsieur le Professeur Pascal ESCHWEGE	Juge
M. le Docteur Julien BIRCKENER	Juge

16 février 2017

Président de l'Université de Lorraine :
Professeur Pierre MUTZENHARDT

Doyen de la Faculté de Médecine :
Professeur Marc BRAUN

Vice-doyens
Pr Karine ANGIOI-DUPREZ, Vice-Doyen
Pr Marc DEBOUVERIE, Vice-Doyen

Assesseurs :
Premier cycle : Dr Guillaume GAUCHOTTE
Deuxième cycle : Pr Marie-Reine LOSSER
Troisième cycle : Pr Marc DEBOUVERIE

Innovations pédagogiques : Pr Bruno CHENUEL

Formation à la recherche : Dr Nelly AGRINIER
Animation de la recherche clinique : Pr François ALLA

Affaires juridiques et Relations extérieures : Dr Frédérique CLAUDOT
Vie Facultaire et SIDES : Pr Laure JOLY
Relations Grande Région : Pr Thomas FUCHS-BUDER
Etudiant : M. Lucas SALVATI

Chargés de mission

Bureau de docimologie : Dr Guillaume VOGIN
Commission de prospective facultaire : Pr Pierre-Edouard BOLLAERT
Orthophonie : Pr Cécile PARIETTI-WINKLER
PACES : Dr Chantal KOHLER
Plan Campus : Pr Bruno LEHEUP
International : Pr Jacques HUBERT

==========
DOYENS HONORAIRES

Professeur Jean-Bernard DUREUX - Professeur Jacques ROLAND - Professeur Patrick NETTER Professeur Henry COUDANE

==========
PROFESSEURS HONORAIRES

Etienne ALIOT - Jean-Marie ANDRE - Alain AUBREGE - Jean AUQUE - Gérard BARROCHE Alain BERTRAND - Pierre BEY - Marc-André BIGARD - Patrick BOISSEL – Pierre BORDIGONI - Jacques BORRELLY – Michel BOULANGE - Jean-Louis BOUTROY – Serge BRIANÇON - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL - Claude CHARDOT - Jean-François CHASSAGNE - François CHERRIER Jean-Pierre CRANCE Gérard DEBRY - Emile de LAVERGNE - Jean-Pierre DESCHAMPS - Jean DUHEILLE - Jean-Bernard DUREUX - Gilbert FAURE - Gérard FIEVE - Jean FLOQUET - Robert FRISCH - Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER – Alain GERARD - Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ – Gilles GROSDIDIER - Oliéro GUERCI - Philippe HARTEMANN - Gérard HUBERT - Claude HURIET Christian JANOT - Michèle KESSLER - François KOHLER - Jacques LACOSTE - Henri LAMBERT - Pierre LANDES - Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Alain LE FAOU - Jacques LECLERE - Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS - Jean-Pierre MALLIÉ - Philippe MANGIN – Jean-Claude MARCHAL - Pierre MATHIEU - Michel MERLE - Pierre MONIN Pierre NABET - Jean-Pierre NICOLAS - Pierre PAYSANT - Francis PENIN - Gilbert PERCEBOIS - Claude PERRIN - Luc PICARD - François PLENAT - Jean-Marie POLU – Jacques POUREL - Jean PREVOT - Francis RAPHAEL - Antoine RASPILLER – Denis REGENT – Michel RENARD - Jacques ROLAND - Daniel SCHMITT - Michel SCHMITT - Michel SCHWEITZER – Daniel SIBERTIN-BLANC - Claude SIMON - Danièle SOMMELET - Jean-François STOLTZ - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Gérard VAILLANT - Paul VERT – Hervé VESPIGNANI - Colette VIDAILHET – Michel VIDAILHET - Jean-Pierre VILLEMOT - Michel WEBER

==========

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Etienne ALIOT - Professeur Gérard BARROCHE - Professeur Pierre BEY - Professeur Serge BRIANÇ
Professeur Jean-Pierre CRANCE - Professeur Alain GERARD - Professeure Michèle KESSLER –
Professeur François KOHLER - Professeur Jacques LECLÈRE - Professeur Alain LE FAOU –
Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ - Professeure Simone GILGENKRANTZ – Professeur Gilles GROSDIDIER – Professeur Philippe HARTEMANN - Professeur Alain LE FAOU - Professeur Pierre MONIN - Professeur Jean-Pierre NICOLAS - Professeur François PLENAT Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC - Professeur Jean-François STOLTZ - Professeur Paul VERT - Professeur Michel VIDAILHET

==========

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS
(Disciplines du Conseil National des Universités)

42ème Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE
1ère sous-section : ***(Anatomie)***
Professeur Marc BRAUN – Professeure Manuela PEREZ
2ème sous-section : ***(Histologie, embryologie et cytogénétique)***
Professeur Christo CHRISTOV– Professeur Bernard FOLIGUET
3ème sous-section : ***(Anatomie et cytologie pathologiques)***
Professeur Jean-Michel VIGNAUD – Professeur Guillaume GAUCHOTTE

43ème Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE
1ère sous-section : ***(Biophysique et médecine nucléaire)***
Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER
2ème sous-section : ***(Radiologie et imagerie médicale)***
Professeur René ANXIONNAT - Professeur Alain BLUM - Professeur Serge BRACARD - Professeur Michel CLAUDON
Professeure Valérie CROISÉ-LAURENT - Professeur Jacques FELBLINGER

44ème Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION
1ère sous-section : ***(Biochimie et biologie moléculaire)***
Professeur Jean-Louis GUEANT - Professeur Bernard NAMOUR - Professeur Jean-Luc OLIVIER **2ème sous-section :** ***(Physiologie)***
Professeur Christian BEYAERT - Professeur Bruno CHENUEL - Professeur François MARCHAL **4ème sous-section :** ***(Nutrition)***
Professeur Didier QUILLIOT - Professeure Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT - Professeur Olivier ZIEGLER

45ème Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE
1ère sous-section : ***(Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière)***
Professeur Alain LOZNIEWSKI – Professeure Evelyne SCHVOERER
2ème sous-section : ***(Parasitologie et Mycologie)***
Professeure Marie MACHOUART
3ème sous-section : ***(Maladies infectieuses ; maladies tropicales)***
Professeur Thierry MAY - Professeure Céline PULCINI - Professeur Christian RABAUD

46ème Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ
1ère sous-section : ***(Épidémiologie, économie de la santé et prévention)***
Professeur François ALLA - Professeur Francis GUILLEMIN - Professeur Denis ZMIROU-NAVIER **3ème sous-section :** ***(Médecine légale et droit de la santé)***
Professeur Henry COUDANE
4ème sous-section : ***(Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)***
Professeure Eliane ALBUISSON - Professeur Nicolas JAY

47ème Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE
1ère sous-section : ***(Hématologie ; transfusion)***
Professeur Pierre FEUGIER
2ème sous-section : ***(Cancérologie ; radiothérapie)***
Professeur Thierry CONROY - Professeur François GUILLEMIN - Professeur Didier PEIFFERT - Professeur Frédéric MARCHAL **3ème sous-section :** ***(Immunologie)***
Professeur Marcelo DE CARVALHO-BITTENCOURT – Professeure Marie-Thérèse RUBIO **4ème sous-section :** ***(Génétique)***
Professeur Philippe JONVEAUX - Professeur Bruno LEHEUP

48ème Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1ère sous-section : ***(Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence)***

Professeur Gérard AUDIBERT - Professeur Hervé BOUAZIZ - Professeur Thomas FUCHS-BUDER
Professeure Marie-Reine LOSSER - Professeur Claude MEISTELMAN

2ème sous-section : ***(Réanimation ; médecine d'urgence)***

Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT - Professeur Sébastien GIBOT - Professeur Bruno LÉVY

3ème sous-section : ***(Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)***

Professeur Pierre GILLET - Professeur Jean-Yves JOUZEAU - Professeur Patrick NETTER

4ème sous-section : ***(Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie)***

Professeur François PAILLE - Professeur Patrick ROSSIGNOL - Professeur Faiez ZANNAD

49ème Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION

1ère sous-section : ***(Neurologie)***

Professeur Marc DEBOUVERIE - Professeur Louis MAILLARD - Professeur Luc TAILLANDIER - Professeure Louise TYVAERT **2ème sous-section :** ***(Neurochirurgie)***

Professeur Jean AUQUE - Professeur Thierry CIVIT - Professeure Sophie COLNAT-COULBOIS - Professeur Olivier KLEIN

3ème sous-section : ***(Psychiatrie d'adultes ; addictologie)***

Professeur Jean-Pierre KAHN - Professeur Raymund SCHWAN

4ème sous-section : ***(Pédopsychiatrie ; addictologie)***

Professeur Bernard KABUTH

5ème sous-section : ***(Médecine physique et de réadaptation)***

Professeur Jean PAYSANT

50ème Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1ère sous-section : ***(Rhumatologie)***

Professeure Isabelle CHARY-VALCKENAERE - Professeur Damien LOEUILLE

2ème sous-section : ***(Chirurgie orthopédique et traumatologique)***

Professeur Laurent GALOIS - Professeur Didier MAINARD - Professeur Daniel MOLE - Professeur François SIRVEAUX

3ème sous-section : ***(Dermato-vénéréologie)***

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ

4ème sous-section : ***(Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)***

Professeur François DAP - Professeur Gilles DAUTEL - Professeur Etienne SIMON

51ème Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

1ère sous-section : ***(Pneumologie ; addictologie)***

Professeur Jean-François CHABOT - Professeur Ari CHAOUAT - Professeur Yves MARTINET **2ème sous-section :** ***(Cardiologie)***

Professeur Edoardo CAMENZIND - Professeur Christian de CHILLOU DE CHURET - Professeur Yves JUILLIERE Professeur Nicolas SADOUL

3ème sous-section : ***(Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)***

Professeur Thierry FOLLIGUET - Professeur Juan-Pablo MAUREIRA

4ème sous-section : ***(Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)***

Professeur Sergueï MALIKOV - Professeur Denis WAHL – Professeur Stéphane ZUILY

52ème Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1ère sous-section : ***(Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)***

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI - Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

3ème sous-section : ***(Néphrologie)***

Professeur Luc FRIMAT - Professeure Dominique HESTIN

4ème sous-section : ***(Urologie)***

Professeur Pascal ESCHWEGE - Professeur Jacques HUBERT

53ème Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE, CHIRURGIE GÉNÉRALE ET MÉDECINE GÉNÉRALE

1ère sous-section : ***(Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie)***

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Jean-Dominique DE KORWIN - Professeure Gisèle KANNY
Professeure Christine PERRET-GUILLAUME – Professeur Roland JAUSSAUD – Professeure Laure JOLY

2ème sous-section : ***(Chirurgie générale)***

Professeur Ahmet AYAV - Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD

3ème sous-section : ***(Médecine générale)***

Professeur Jean-Marc BOIVIN – Professeur Paolo DI PATRIZIO

54ème Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION
1ère sous-section : ***(Pédiatrie)***
Professeur Pascal CHASTAGNER - Professeur François FEILLET - Professeur Jean-Michel HASCOET
Professeur Emmanuel RAFFO - Professeur Cyril SCHWEITZER
2ème sous-section : ***(Chirurgie infantile)***
Professeur Pierre JOURNEAU - Professeur Jean-Louis LEMELLE
3ème sous-section : ***(Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)***
Professeur Philippe JUDLIN - Professeur Olivier MOREL
4ème sous-section : ***(Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale)*** Professeur Bruno GUERCI - Professeur Marc KLEIN - Professeur Georges WERYHA

55ème Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU
1ère sous-section : ***(Oto-rhino-laryngologie)***
Professeur Roger JANKOWSKI - Professeure Cécile PARIETTI-WINKLER
2ème sous-section : ***(Ophtalmologie)***
Professeure Karine ANGIOI - Professeur Jean-Paul BERROD - Professeur Jean-Luc GEORGE **3ème sous-section :** ***(Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)***
Professeure Muriel BRIX

==========

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

61ème Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL
Professeur Walter BLONDEL

64ème Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE
Professeure Sandrine BOSCHI-MULLER

==========
PROFESSEUR ASSOCIÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE
Professeur associé Sophie SIEGRIST

==========
MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42ème Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE
1ère sous-section : ***(Anatomie)***
Docteur Bruno GRIGNON
2ème sous-section : ***(Histologie, embryologie et cytogénétique)***
Docteure Chantal KOHLER

43ème Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE
1ère sous-section : ***(Biophysique et médecine nucléaire)***
Docteur Jean-Marie ESCANYE
2ème sous-section : ***(Radiologie et imagerie médicale)***
Docteur Damien MANDRY - Docteur Pedro TEIXEIRA

44ème Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION
1ère sous-section : ***(Biochimie et biologie moléculaire)***
Docteure Shyue-Fang BATTAGLIA - Docteure Sophie FREMONT - Docteure Isabelle GASTIN
Docteure Catherine MALAPLATE-ARMAND - Docteur Marc MERTEN - Docteur Abderrahim OUSSALAH
2ème sous-section : ***(Physiologie)***
Docteure Silvia DEMOULIN-ALEXIKOVA - Docteur Mathias POUSSEL
3ème sous-section : ***(Biologie Cellulaire)*** Docteure Véronique - DECOT-MAILLERET

45ème Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE
1ère sous-section : ***(Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière)***
Docteure Corentine ALAUZET - Docteure Hélène JEULIN - Docteure Véronique VENARD
2ème sous-section : (Parasitologie et mycologie)
Docteure Anne DEBOURGOGNE

46ème Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ
1ère sous-section : ***(Epidémiologie, économie de la santé et prévention)***
Docteure Nelly AGRINIER - Docteur Cédric BAUMANN - Docteure Frédérique CLAUDOT - Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE **2ème sous-section** ***(Médecine et Santé au Travail)***
Docteure Isabelle THAON
3ème sous-section ***(Médecine légale et droit de la santé)***
Docteur Laurent MARTRILLE

47ème Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE
1ère sous-section : ***(Hématologie ; transfusion)***
Docteure Aurore PERROT – Docteur Julien BROSEUS *(stagiaire)* **2ème sous-section :** ***(Cancérologie ; radiothérapie)***
Docteure Lina BOLOTINE – Docteur Guillaume VOGIN *(stagiaire)*
4ème sous-section : ***(Génétique)***
Docteure Céline BONNET - Docteur Christophe PHILIPPE

48ème Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE
2ème sous-section : ***(Réanimation ; Médecine d'urgence)***
Docteur Antoine KIMMOUN
3ème sous-section : ***(Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)***
Docteur Nicolas GAMBIER - Docteure Françoise LAPICQUE - Docteur Julien SCALA-BERTOLA **4ème sous-section :** ***(Thérapeutique ; Médecine d'urgence ; addictologie)***
Docteur Nicolas GIRERD

50ème Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE
1ère sous-section : ***(Rhumatologie)***
Docteure Anne-Christine RAT
3ème sous-section : ***(Dermato-vénéréologie)***
Docteure Anne-Claire BURSZTEJN
4ème sous-section : ***(Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)***
Docteure Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

51ème Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE
3ème sous-section : ***(Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire)***
Docteur Fabrice VANHUYSE

52ème Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE
1ère sous-section : ***(Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)***
Docteur Jean-Baptiste CHEVAUX

53ème Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE, CHIRURGIE GÉNÉRALE ET MÉDECINE GÉNÉRALE
3ème sous-section : ***(Médecine générale)***
Docteure Elisabeth STEYER

54ème Section : DEVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION
5ème sous-section : ***(Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale)*** Docteure Isabelle KOSCINSKI

55ème Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU
1ère sous-section : ***(Oto-Rhino-Laryngologie)***
Docteur Patrice GALLET

==========

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5ème Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES
Monsieur Vincent LHUILLIER

7ème Section : SCIENCES DU LANGAGE : LINGUISTIQUE ET PHONETIQUE GENERALES Madame Christine DA SILVA-GENEST

19ème Section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE
Madame Joëlle KIVITS

60ème Section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE, GÉNIE CIVIL
Monsieur Alain DURAND

64ème Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE
Madame Marie-Claire LANHERS - Monsieur Nick RAMALANJAONA - Monsieur Pascal REBOUL

65ème Section : BIOLOGIE CELLULAIRE
Madame Nathalie AUCHET - Madame Natalia DE ISLA-MARTINEZ - Monsieur Jean-Louis GELLY
Madame Céline HUSELSTEIN - Madame Ketsia HESS – Monsieur Hervé MEMBRE - Monsieur Christophe NEMOS

66ème Section : PHYSIOLOGIE
Monsieur Nguyen TRAN

==========
MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Docteur Pascal BOUCHE – Docteur Olivier BOUCHY - Docteur Arnaud MASSON – Docteur Cédric BERBE
Docteur Jean-Michel MARTY

==========
DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeure Mildred T. STAHLMAN (1982)
Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)
Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würtzburg (R.F.A)
Université de Pennsylvanie (U.S.A)
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)

Professeure Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)
Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
Université d'Hô Chi Minh-Ville (VIÊTNAM)
Professeur Daniel G. BICHET (2001)
Université de Montréal (Canada)
Professeur Marc LEVENSTON (2005)
Institute of Technology, Atlanta (USA)

Professeur Brian BURCHELL (2007)
Université de Dundee (Royaume-Uni)
Professeur Yunfeng ZHOU (2009)
Université de Wuhan (CHINE)
Professeur David ALPERS (2011)
Université de Washington (U.S.A)
Professeur Martin EXNER (2012)
Université de Bonn (ALLEMAGNE)

A notre Maître et Président de thèse,

Monsieur le Professeur Claude MEISTELMAN

Professeur d'Anesthésie et Réanimation

Vous me faites l'honneur de présider cette thèse et je vous exprime ici toute ma reconnaissance.

Je vous remercie pour la confiance que vous m'avez accordé en encadrant ce travail, ainsi que pour le soutien que vous m'avez apporté tout au long de ces années, tant sur mes choix professionnels que personnels.

Vos connaissances, votre charisme et votre notoriété force le respect et l'admiration.

C'est un honneur de venir compléter votre équipe et j'espère être à la hauteur de vos attentes.

A nos juges,

Monsieur le Professeur Gérard AUDIBERT
Professeur d'Anesthésie et Réanimation

Vous me faites l'honneur de juger mon travail.
Je vous remercie pour votre confiance et votre soutien depuis le début de mon parcours, vous qui avez encadré mes premiers pas dans notre spécialité.
Ce fût un honneur de partager votre expérience et vos connaissances.
Soyez assuré de mon plus grand respect et de toute ma gratitude.

Monsieur le Professeur Pascal ESCHWEGE
Professeur de Chirurgie Urologique

Nous vous remercions de juger cette thèse.
Votre présence au sein de ce jury nous honore.
Nous vous prions de croire en notre respect le plus sincère.

Monsieur le Docteur Julien BIRCKENER
Chef de Clinique Assistant d'Anesthésie et Réanimation

Tu me fais le plaisir et l'honneur de juger cette thèse.
Je te remercie pour ton investissement et ton soutien dans ce travail.
Ta passion pour notre spécialité est admirable et c'est un honneur pour moi de travailler prochainement à tes côtés.
Bien plus qu'un collègue, notre parcours d'internat m'a permis de rencontrer un véritable ami.
Soit assuré de mon amitié et de mon respect les plus sincères.

A Madame le Docteur Clotilde Latarche,

Sans qui ce travail aurait été bien difficile de mener à bien. Votre expérience, vos connaissances, votre investissement m'ont permis d'aller au bout de cette thèse. Notre passion commune pour les voyages et l'Australie a souvent allongé nos rendez-vous, mais ce fût un véritable plaisir de vous rencontrer. Je vous remercie pour votre disponibilité et votre sympathie.

A mes parents,

A qui je dois beaucoup, et les mots sont faibles.

Merci pour votre soutien infaillible et votre confiance depuis le début.

Mon parcours et ma réussite n'auraient jamais été possible sans votre présence et votre dévouement.

Je sais ô combien de concessions ont été nécessaires et je ne pourrais jamais vous remerciez suffisamment de tout ce que vous m'apportez depuis toujours.

Je suis très fière des valeurs que vous avez su m'inculquer et qui font de moi la personne que je suis devenue.

Soyez assurés de mon plus profond respect et de mon amour sincère.

A mes frères, Emmanuel et Raphaël, et leurs familles, Catherine, Natacha, Jérémy, Quentin et Lou,

Le temps a su nous rapprocher et créer les liens qui faisaient défauts.

Les instants passés ensemble sont toujours un réel plaisir. Je suis fière de la belle famille que nous formons.

Merci pour votre soutien tout au long de ces années.

A ma Famille avec un grand F,

Oncles, tantes, cousins, cousines, je ne peux tous vous citer ici mais vous avez tous une place dans mon cœur. Merci pour votre soutien, votre confiance, vos mots doux, votre fierté. La famille unie que nous formons est un pilier essentiel à mon équilibre. Merci d'être présent à chaque instant.

A ma belle famille,

Merci pour votre accueil et votre confiance. Nos différences culturelles enrichissent nos personnalités et ouvrent nos esprits.

A celles et ceux partis trop tôt,

Je sais que vous veillez sur moi où que vous soyez.

A Muhamet,

Mon amour, toi qui est à mes côtés depuis le premier jour et qui m'a poussé à croire en ma réussite.
Merci pour ta patience si précieuse et ta présence au quotidien. Je sais qu'il n'est pas facile de vivre à mes côtés tous les jours mais tu relèves aisément le défi !
Merci pour ton accompagnement et ton soutien dans les moments difficiles.
Je n'ai que trop peu de place pour écrire ici toutes les qualités qui font de toi une personne exceptionnelle : générosité, douceur, engagement, et plus encore.
Tu es un mari formidable et un père extraordinaire.
Quelques lettres suffisent à résumer notre tout, que toi seul peux comprendre : MMMG !
Soit assuré de mon amour le plus sincère.

A Gabriel,

Ma plus grande fierté, ma plus belle réussite.
Tu as révélé en moi une personne que je ne soupçonnais pas d'exister.
Tu me rends meilleure chaque jour.
Ton sourire est le plus beau des cadeaux que je puisse recevoir.
Mon amour pour toi est inconditionnel.
Merci pour tout le bonheur que tu nous apportes.

A mes amis,

A celles qui sont là depuis toujours :

A Alexandra, ma bichounette et ta générosité débordante,

A Anne, ma belle voyageuse, qui invente toujours de nouvelles expressions,

A Anne-So, ma biche et ton « Gangnam Style » inoubliable,

A Aurélie, ma Bloody, qui a toujours un « truc de fou » à nous raconter,

A Laurine, ma poule, et ton caractère de feu qui fait compétition au mien,
Les années passent, l'amitié reste.
Parfois des coups de gueules, souvent des coups de cœur, les moments passés avec vous sont toujours synonymes de bonheur.
A nos conneries, à nos fous rires, à nos ratés, à nos soirées, à nos voyages !
De Prague à Paris, en passant par Lille, Londres ou Madrid, chaque fois que nous sommes réunies, nous passons des moments incroyables ! (la Chenille à Madrid restera pour moi en tête du classement !)
Merci d'être des amies si formidables.
Merci d'être à mes côtés en toutes circonstances.
Je vous aime fort !

A Marie, Minou, amie d'enfance et d'adolescence, duo de choc ! Après quelques années éloignées, nous voici réunies à nouveau pour mon plus grand plaisir !

A Mélanie, ma poulette, et nos innombrables soirées à danser sur les « podiums » ! A nos vacances à Palavas, à Majorque, sur la côte d'Azur ; aux rondelles, aux poum-poum shorts, au 35ème verre !

A Nathalie, bien plus qu'une collègue, l'Anesthésie a mis sur mon chemin une véritable Amie. Merci pour ton aide, ton soutien, ta folie et tes bulles ! Merci pour les virées à Paris, en congrès ou en DU. Ces années passées avec toi étaient du pur bonheur !

A la LSP, Arnaud, Fabien et Julien « The King ».

A Jean-Louis, Yassine, Caro, Abdel, Lydie, Séb, Céline, Yannick, Tony, Cathy, Dom, Murielle, Pascal, Jonathan, Laura, Marie, Eric, Marie et tous ceux que j'oublie.

A vos progénitures qui raccourcissent nos soirées mais multiplient notre bonheur : Anastazja, Milàn, Léon, Capucine, Adam, Louise, Paul, Abel et les autres.

A mes cointernes, et plus particulièrement à Guillaume et Mehdi qui sont plus que des collègues mais surtout des amis. Cinq ans de fous rires inoubliables, de folies, de blagues. A Anne-Lise, Ludo, Macaire, Mathieu, Kevin, Myriam, Julien, Vali, Tiphaine, Laurent, Guilhem, Claire, Lucie-Marie, Justine.

A mes amies rencontrées sur les bancs de la fac, Maud, Mélanie et Laurence.

Au service d'Anesthésie et à l'équipe du bloc opératoire de l'Hôpital de Bonsecours à Metz, où j'ai fais mes premiers pas.

Au service de Réanimation Neurochirurgicale de l'Hôpital Central et aux Docteurs Alb, Masson et Voicu. Malgré les difficultés de la discipline et son quotidien souvent poignant, vous nous avez appris beaucoup et nous avons passé d'agréables moments.

A l'Unité d'Anesthésie et Réanimation en Chirurgie Cardiaque de l'Hôpital de Brabois et plus particulièrement aux Docteurs Hirshi, Karamostefa, Stancu, et Parlanti. Vous m'avez transmis votre passion pour l'une des plus belles chirurgies à mes yeux. Merci pour votre accueil, votre sympathie, vos conseils.

A l'équipe d'Anesthésie Pédiatrique de l'Hôpital d'enfants de Brabois. Ces quelques mois passés à vos côtés mon réconcilié avec la pédiatrie.

Au service d'Anesthésie de l'Hôpital de Brabois et à l'ensemble de l'équipe médicale, infirmière et aux secrétaires qui m'ont accompagné, encouragé et soutenu pendant la réalisation de ce travail. Vous avez encadré mes débuts dans la spécialité et m'avez transmis votre expérience. Merci pour votre amabilité, votre accueil, votre soutien.

A l'équipe de Réanimation Chirurgicale Picard de Brabois. Ce semestre passé à vos côtés fut très enrichissant. Merci pour votre disponibilité et votre bonne humeur. L'ambiance chaleureuse de l'équipe nous a permis d'allier travail et plaisir au quotidien. Merci aux Docteurs Lalot, Perrier, Pertek et Strub et à madame le Professeur Losser pour leur investissement envers les internes.

Au département d'Anesthésie de la Maternité Régionale et surtout aux Docteurs Herbain et Vial. Un semestre redouté que j'ai finalement adoré. Merci pour votre disponibilité en toutes circonstances, votre gentillesse débordante, vos conseils précieux.

Au service d'Anesthésie de la Clinique de Traumatologie et d'Orthopédie Emile Gallé, le travail au sein de votre équipe était très enrichissant.

Au service d'Anesthésie de l'Hôpital Central et aux équipes d'orthopédie, de CGU et de neurochirurgie. Merci aux binômes de gardes et aux iades pour leur sympathie. Vous avez permis d'adoucir les moments difficiles.

A l'équipe de Réanimation Médicale de l'Hôpital Central, pour leur gentillesse et leur sympathie. Vous avez pris grand soin de moi tout au long de ma grossesse pendant ce semestre et je vous en remercie. Merci au Docteur Conrad pour ses conseils de jeune maman, au Docteur Cravoisy avec qui j'ai partagé ma passion pour l'équitation pour sa rigueur, aux Docteurs Lemarié et Barraud pour leur humour sur mon « état », aux Professeurs Gibot et Bollaert et à mes supers cointernes qui m'ont bichonné et accompagné dans mon overdose de « mascotte au chocolat » !

A l'équipe du bloc opératoire de la clinique Louis Pasteur d'Essey, où je termine mon long parcours d'internat. Vous m'avez fait gagner en autonomie, en expérience, en confiance et je vous en suis très reconnaissante. Ce fut un réel plaisir de partager ces mois avec vous, tant votre accueil et votre sympathie est immense. J'ai une pensée particulière pour le Docteur Deparis, qui m'a pris sous son aile afin de m'enseigner les ficelles du métier, avec toute sa rigueur et son exigence. Je suis très honorée d'avoir pu partager votre expérience. Mais je n'oublie pas les autres membres de l'équipe : les Docteurs Thiebaut, Tisserant, Chalot, Rocq, Grandjean, Finance, Pourel, Fréderic, Vit, Tatopoulos, Lelarge, De Guis, Jurkolow, Pottie, Zecchi. Je vous remercie infiniment pour tout, et j'inclus bien sûr l'équipe paramédicale exceptionnelle.

A tous les assistants chefs de cliniques croisés pendant ces cinq années, qui nous ont transmis les conseils, les astuces et nous ont accompagné sur la route sinueuse de l'internat : Valérie, Philippe, Gaittha, Nicolas, Goeffrey, Sébastien, Anne, Aurélien, Alexandre, PP, Amélie, Marie, Nicolas, Rostane.

Et puis à tous ceux que j'oublie, volontairement ou involontairement, qui m'ont encouragé ou pas mais que je salue tout de même !

SERMENT

« Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque »

TABLE DES MATIERES

TABLE DES ILLUSTRATIONS ET DES TABLEAUX 19

LISTE DES ABREVIATIONS 20

INTRODUCTION 21

GENERALITES 22

1. HISTOIRE ET CADRE LÉGAL DE LA CONSULTATION PRÉANESTHÉSIQUE 22
2. INFORMATISATION MÉDICALE 23
3. EVALUATION DES SOINS ET DÉMARCHE QUALITÉ 24

ARTICLE 26

RESUME 27
INTRODUCTION 29
MATERIELS ET METHODES 31
RESULTATS 34
DISCUSSION 49
CONCLUSION 56

PERSPECTIVES ET CONCLUSION 57

ANNEXES 58

BIBLIOGRAPHIE 77

TABLE DES ILLUSTRATIONS

Figure 1: Personnel présent par jour observé au cours de la première période 36
Figure 2: Personnel présent par jour observé au cours de la deuxième période 37
Figure 3: Nombre de rendez-vous de consultation par jour observé au cours des deux périodes 38
Figure 4: Nombre d'annulations et d'ajouts de rendez-vous au cours des deux périodes 39
Figure 5: Modalités de prise de rendez-vous des 48 patients interrogés 41
Figure 6: Durée estimée avant la consultation 41
Figure 7: Durée estimée de la consultation 41
Figure 8: Avis de 13 praticiens sur l'informatisation de la consultation d'anesthésie . 43
Figure 9: Cartographie du processus cible de la consultation d'anesthésie 46

TABLE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Audit d'observation de la consultation d'anesthésie au cours de la période avant et après. 35

Tableau 2 : Risques résiduels et propositions de correction après cartographie du processus de la consultation d'anesthésie. 47

LISTE DES ABREVIATIONS

AG : anesthésie générale

ALR : anesthésie locorégionale

CFAR : collège français des anesthésistes-réanimateurs

CHRU : centre hospitalier régional universitaire

CHU : centre hospitalo-universitaire

CNIL : commission nationale de l'informatique et des libertés

EPP : évaluations des pratiques professionnelles

HAS : haute autorité de santé

IHN : interne des hôpitaux de Nancy

PH : praticien hospitalier

SFAR : société française d'anesthésie et de réanimation

SMS : short message service

INTRODUCTION

La consultation d'anesthésie est un point primordial d'un parcours patient de qualité. Elle permet de réaliser la première étape de la constitution du dossier d'anesthésie. Ce dossier est un élément essentiel de communication de l'information relative au patient entre les différents professionnels de santé. Sa bonne complétude est le gage d'une prise en charge assurant la qualité et la sécurité des soins.

Notre travail a été réalisé au cours d'une période charnière correspondant au passage d'un dossier papier à un dossier informatisé, modifiant les organisations, à la fois des anesthésistes et des services qui accueillent les patients. L'objectif de l'informatisation est de permettre un suivi et une accessibilité aux données en tout temps, surtout dans le cadre de l'urgence.

Cette période d'étude a été privilégiée pour faire le point sur les pratiques et les organisations en cours. Plusieurs questions se sont alors posées à nous :

- réalisons-nous des consultations qualitativement conformes à ce que recommande la Société Française d'Anesthésie et Réanimation (SFAR) ? Nous répondons via un audit de pratiques.
- notre organisation de la consultation est-elle optimisée ? Nous décrivons les modalités d'organisation du service de consultation et les comparons à de l'observation de terrain.
- notre organisation de la consultation impacte-t-elle le parcours patient ? La réalisation de patients-traceurs permet d'évaluer concrètement le parcours.

La recherche perpétuelle d'une amélioration de la qualité des soins proposés aux patients a entraîné le développement par la Haute Autorité de santé (HAS) d'outils d'évaluation, telle que l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP). Cet outil peut se décliner sous différentes formes.

L'analyse des résultats des travaux sus-cités est menée conformément à la méthodologie d'évaluation des pratiques professionnelles telle que définie par la HAS et permet de proposer une organisation cible pour laquelle les risques résiduels sont identifiés.

Ce travail présente les résultats des différents travaux cités.

GENERALITES

1. Histoire et cadre légal de la consultation préanesthésique

La consultation d'anesthésie est un élément incontournable de la prise en charge opératoire, dont le but principal est de permettre l'évaluation de l'état de santé du patient pour réduire au maximum la mortalité et la morbidité périopératoire. Il s'agit d'une obligation réglementaire pour tout patient nécessitant une anesthésie générale (AG) ou locorégionale (ALR) lors d'une intervention programmée régie par le décret du 5 décembre 1994[1]. Ce décret fait suite à plusieurs circulaires du Ministère de la Santé Publique dont la première est la circulaire n°394 du 30 avril 1974[2] qui constitue la première référence à laquelle toutes les constructions ultérieures ont du se conformer. Elle a été complétée par d'autres textes[3,4], jusqu'à la parution du décret du 5 décembre 1994 sur la pratique de l'anesthésie en France. Les recommandations de la SFAR[5] et ce décret constituent les premiers modèles d'assurance qualité. Ils ont permis aux patients de bénéficier d'une chaîne de garanties et de sécurité. De même, le rapport du Haut Comité de la Santé Publique[6] souligne l'importance de la consultation préanesthésique. En effet, la sécurité des patients candidats à une intervention sous anesthésie est une préoccupation permanente des anesthésistes-réanimateurs. L'examen médical préopératoire représente un temps essentiel de la prise en charge anesthésique[7] et permet de recueillir un consentement libre et éclairé de la part du patient après lui avoir transmis une information claire et appropriée[8]. Depuis 1991, la Nomenclature Générale des Actes Professionnels reconnaît la consultation d'anesthésie comme une consultation spécialisée[9]. Elle est bien acceptée par les patients et permet une réduction de l'anxiété préopératoire[10]. En effet, d'après une enquête réalisée par l'institut BVA en 1992[11], l'anesthésie est perçue comme l'élément le plus dangereux du processus chirurgical et suscite une peur chez 43% des personnes interrogées. Elle a également permis de diminuer le nombre de report d'interventions pour cause médicale[12] et de réduire la durée d'hospitalisation préopératoire[13]. D'autres travaux ont évalué de façon prospective l'intérêt de la consultation d'anesthésie pour les patients, les médecins anesthésistes-réanimateurs, l'organisation des programmes

opératoires et l'économie de la santé[13,14]. La consultation préanesthésique est et restera l'une des bases de l'exercice médical en anesthésie-réanimation quelles que soient les évolutions futures de la discipline[15] bien que cet aspect du métier demeure peu formalisé, peu enseigné et dont la pertinence est peu évaluée.

2. Informatisation médicale

L'informatisation du système de santé a débuté il y a une vingtaine d'années en France[16]. Les apports attendus étaient de plusieurs ordres : permettre une meilleure relation médecin-malade avec un recours et un accès aux informations facilités, améliorer la qualité d'un diagnostic avec l'utilisation d'outil d'aide à la décision et développer la communication entre les différents professionnels de santé. Ainsi, la prise en charge des malades, et notamment en urgence, serait améliorée.

En 2015, 92% des établissements de santé déclarent avoir engagé l'informatisation du dossier patient, mais seulement 53% des Centres Hospitalo-Universitaires (CHU) ont achevé ce projet[17]. Pour ce faire, 277 sociétés sont déclarées et 112 logiciels référencés. L'achat d'un outil industriel a l'avantage de bénéficier d'une expertise technique supérieure mais nécessite une intégration au service et une adaptation à la pratique locale.

En ce qui concerne les dossiers d'anesthésies, 55% de projets étaient achevés ou en cours dans les établissements concernés en 2015[17]. L'objectif de la consultation d'anesthésie informatisée est d'apporter une plus-value en terme de prise en charge de nos patients et dans la gestion des tâches administratives, sans n'être qu'une copie informatisée d'une consultation papier. Grâce au traitement automatique et rapide des données, l'informatique peut aider les praticiens dans leur prise de décision, attirer leur attention sur des situations cliniques et contribuer à optimiser le protocole d'anesthésie.

Toutefois, deux points attirent particulièrement notre attention : la sauvegarde et la sécurité des données. Ces deux éléments sont étroitement liés l'un à l'autre. En effet, il est très important de sauvegarder régulièrement les données, afin de ne perdre aucune information essentielle du dossier patient. Cela constitue la sécurité « physique » des données. Quant à la sécurité de « l'accès » aux données, elle est

bien évidemment indispensable et s'effectue par le biais de login et mot de passe personnalisés changés régulièrement.
Ces deux derniers points sont très importants à prendre en compte pour préserver le secret médical et garantir une sécurité des soins.
Enfin, comme tout système d'information, la consultation informatisée fait l'objet d'une déclaration à la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) et le patient doit être averti d'un tel système de recueil de données[18].

3. Evaluation des soins et démarche qualité

L'ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant sur la réforme hospitalière[19] introduit la certification au sein du système de santé français. Il s'agit d'une procédure obligatoire d'évaluation externe d'un établissement de santé mise en œuvre par la HAS dont l'objectif est d'inscrire les établissements de santé dans une dynamique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. L'article L4133-1-1 du Code de Santé Publique[20] expose l'obligation d'évaluer les pratiques professionnelles auxquelles sont soumis les médecins. Le Collège Français des Anesthésistes Réanimateurs (CFAR), organisme agréé pour l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) des médecins anesthésistes, a mis au point des recommandations pour effectuer une telle démarche[21]. L'EPP est une démarche dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins. Régie par de nombreux décrets[22], elle consiste en l'analyse des pratiques professionnelles en référence à des recommandations et la mise en œuvre d'actions d'amélioration. L'EPP s'inscrit dans le modèle proposé par DEMING appelé roue de DEMING ou roue de la qualité, qui comprend 4 étapes distinctes qui se succèdent indéfiniment: Planifier/ Faire/ Vérifier/ Réagir. La réalisation d'un audit est une des modalités possibles pour la réalisation de cette évaluation.
Depuis 2014, une nouvelle procédure de certification des établissements de santé est déployée (procédure V2014) et prévoit notamment l'évolution des méthodes de visite avec l'évaluation de la prise en charge de patients-traceurs[23]. Cette méthode d'évaluation consiste, à partir d'une expérience d'un patient hospitalisé, à évaluer les processus de soins, les organisations et les systèmes qui s'y rattachent, toujours

dans une démarche d'amélioration de la qualité, de la sécurité et de l'organisation des parcours de santé.

Afin de s'inscrire dans une démarche d'amélioration continue, il est indispensable de cartographier ses processus[24]. La modélisation des processus de soins dans une organisation hospitalière permet de prendre en compte à chaque étape les objectifs visés et les risques potentiels, et offre une vue globale du fonctionnement d'un organisme. Elle trouve sa place dans toute démarche de description, rationalisation et de sécurisation des organisations.

ARTICLE

Version préliminaire en français pour une soumission à *Anesthésie & Réanimation*

Fonctionnement de la consultation d'anesthésie : évaluation des pratiques professionnelles

M. Olivier[1], C. Latarche[2], J. Birckener[1], C. Meistelman[1]

[1] Service d'anesthésie, Hôpital Brabois, CHRU Nancy, France

[2] Service de la qualité et de la sécurité des soins, Hôpitaux Urbains, CHRU Nancy, France

RESUME

Introduction : La consultation d'anesthésie est obligatoire pour tout acte sous anesthésie générale ou locorégionale et permet la planification du parcours patient. L'informatique se déploie dans les établissements de santé, permettant un traitement rapide des données et leur accès à tout instant, mais modifie les organisations en place. Nous avons analysé nos pratiques en matière de consultation d'anesthésie après informatisation de notre service en combinant plusieurs méthodes.

Matériel et méthodes : Il s'agissait d'une étude en qualité des soins dans le cadre d'une évaluation des pratiques professionnelles réalisée au sein du service d'anesthésie de l'hôpital de Brabois du CHRU de Nancy, du 1er novembre 2014 au 31 janvier 2017. Elle comportait 5 étapes : un audit de pratiques, une évaluation du processus d'organisation du service, une mesure de satisfaction des professionnels et des usagers, une évaluation de 2 patients-traceurs et une cartographie du processus avec mise en exergue de risques résiduels.

Résultats : L'audit de pratiques a observé 53 grilles au premier tour et 66 grilles au deuxième tour. L'organisation de référence prévoyait la présence de 2 secrétaires, 2 infirmières et 2 praticiens par vacation. Le nombre de rendez-vous prévu était de 48 par jour au premier tour et 40 par jour au deuxième tour. Jusqu'à 6 annulations survenaient sur 5 jours observés au premier tour versus 3 jours au deuxième. La durée moyenne calculée d'une consultation était de 19,6 minutes versus 24,4 minutes au deuxième tour. Sur 48 patients interrogés, 94% étaient totalement satisfaits du déroulement de leur consultation et 85% l'estimaient aussi importante que la consultation chirurgicale. Les 13 praticiens ayant répondus étaient plutôt d'accord pour dire que l'informatisation de la consultation a modifié leur pratique. L'évaluation par 2 patients-traceurs rapportait une satisfaction globale des usagers. La cartographie du processus élaborée à l'issue des enquêtes mettait en exergue des risques résiduels dont 5 avec une criticité ≥15.

Conclusion : Toute réorganisation, qu'elle soit liée à une augmentation ou à un transfert d'activité, doit comporter une phase d'appropriation du processus cible décrit puis une analyse de risque afin de mettre en place un plan d'actions d'amélioration.

Mots clés : consultation d'anesthésie, informatisation médicale, évaluation des pratiques professionnelles.

INTRODUCTION

La consultation d'anesthésie est un élément structurant et incontournable de la prise en charge opératoire, réglementée par le décret du 5 décembre 1994[1]. Il s'agit d'un passage obligatoire pour tout patient devant bénéficier d'une anesthésie générale (AG) ou locorégionale (ALR) et requiert une attention particulière sur son état de santé. Elle est également le prélude à la planification du parcours du patient avant, pendant et après le geste interventionnel. Actuellement, face aux contraintes administratives et temporelles, la stratégie de prise en charge anesthésique se doit d'intégrer un nombre croissant de données. On observe malheureusement une réduction des effectifs médicaux[25] contrastant avec un développement quantitatif des besoins en consultation d'anesthésie liée à l'augmentation des actes[26]. Par ailleurs, on remarque un développement qualitatif des consultations, avec une complexité croissante des pathologies médicales en partie liée à la prise en charge de patients plus âgés, aux antécédents plus lourds. Pour se faire, le déploiement de l'outil informatique avec l'utilisation de logiciel dédié se généralise dans l'ensemble des établissements de santé[17]. En effet, grâce à son traitement automatique et rapide des données, l'informatique peut nous aider dans notre prise de décisions, attirer notre attention sur des situations cliniques et/ou des options de prise en charge, contribuer à optimiser la prise en charge du patient mais aussi faciliter l'organisation logistique.

Notre travail a été réalisé au cours d'une période charnière correspondant au passage d'un dossier papier à un dossier informatisé, modifiant ainsi les organisations, à la fois des anesthésistes et des services qui accueillent les patients.

Ainsi, nous avons souhaité analyser les pratiques en matière de consultation d'anesthésie, en combinant différentes méthodes, relevant de l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) telle que la définit la Haute Autorité de Santé (HAS).

Nos objectifs étaient :

- Analyser la pratique professionnelle en matière de consultation d'anesthésie en référence à la recommandation de la SFAR, dans le cadre d'un audit de pratiques,
- Evaluer le processus de réalisation de la consultation,
- Connaître le niveau de satisfaction des professionnels et des usagers,

- Evaluer la consultation d’anesthésie dans le parcours patient au travers de la réalisation de patients traceurs,
- Décrire une organisation cible, basée sur les résultats de cette analyse des pratiques, complétée par une analyse des risques résiduels.

MATERIELS ET METHODES

Type d'étude

Ce travail est une étude en qualité des soins menée dans le cadre de l'EPP. Elle est réalisée au sein du service d'anesthésie de l'hôpital de Brabois du CHRU de Nancy. La période d'évaluation s'étendait du 1er novembre 2014 au 31 janvier 2017. Notre projet d'étude a été présenté et validé auprès de la commission des EPP de l'établissement.

Méthodologie

L'étude a comporté 5 étapes :

1. Un audit de pratiques de la consultation en 2 tours : le premier avec un dossier papier, le deuxième après déploiement du dossier informatisé. La comparaison des pratiques a été réalisée en référence aux recommandations de la SFAR[27] transcrites dans une grille de recueil présentée en annexe n°1. La grille comportait 9 items : la présence d'un courrier accompagnant la demande de consultation, le remplissage du questionnaire préanesthésique, la disponibilité des informations concernant le patient, la disponibilité des comptes-rendus nécessaire à l'évaluation de l'état de santé du patient, la nécessité de recours à un correspondant pendant la consultation, la présence des documents du bilan préopératoire dans le dossier patient, la nécessité d'adaptation des traitements habituels, l'établissement du protocole d'anesthésie, la délivrance d'une information claire et appropriée. Il s'agit d'un audit observationnel, réalisé de façon prospective.
   Le premier tour a été réalisé pendant 6 jours d'observation répartis sur une période de 2 mois (du 1er novembre 2014 au 31 décembre 2014). Les 6 journées d'observation permettaient d'observer les pratiques des différents praticiens intervenant en consultation. Durant cette période, le dossier était en format papier.
   Le deuxième tour a été réalisé sur 6 jours d'observation du 1er janvier 2017 au 31 janvier 2017, le dossier informatisé étant déployé depuis plusieurs mois.

2. Une évaluation du processus d'organisation du service de consultation : elle a été réalisée en référence à l'organisation régie par l'établissement. Ont été évalués les ressources humaines et l'activité avec le nombre de rendez-vous en activité réglée, en urgence, le cadencement, la durée des consultations, le respect des horaires.

3. Une mesure de la satisfaction des professionnels et des usagers. Pour les professionnels, elle s'effectuait, lors de la première période, au moyen d'un auto-questionnaire ad hoc, rempli à la fin d'une vacation. Le questionnaire secrétaires/infirmières comportait 15 questions sur la modalité de prise des rendez-vous, le rapport avec les patients et le recueil d'examen. Celui destiné aux praticiens comportait 6 questions sur le questionnaire préanesthésique et l'activité de consultation. Pour les patients, elle était recueillie au cours d'un entretien individuel mené par l'enquêteur à l'issue d'une consultation. Il comportait 24 questions sur la modalité de prise de rendez-vous, l'accessibilité au lieu, le déroulement de la consultation d'anesthésie, le questionnaire préanesthésique et l'entretien avec le médecin anesthésiste. Au cours de la deuxième période, les praticiens répondaient à un auto-questionnaire sur la perception de l'amélioration de la consultation liée à l'informatisation. Les questionnaires d'entretien sont présentés en annexes 2, 3, 4 et 5.

4. Une évaluation de deux patient-traceurs : cette évaluation menée selon les recommandations de la HAS[28] a comporté la réalisation d'un patient traceur (entretien avec le patient et analyse du dossier en équipe) pour deux parcours ayant comporté une consultation d'anesthésie : un patient opéré en chirurgie ambulatoire d'une cataracte sous ALR et un patient ayant bénéficié d'une endoscopie sous AG dans le cadre d'un suivi cancérologique.

5. Une synthèse des résultats sous forme d'une cartographie du processus cible et une mise en exergue de risques résiduels. Pour déterminer les risques, les praticiens de la consultation ont été interrogés par questionnaire comportant des questions ouvertes. Chaque risque a fait l'objet d'une quantification de la gravité en lien et de la probabilité de survenue, en utilisant 2 échelles

comportant 5 niveaux de gravité et de fréquence (annexe 6). La détermination de la criticité, produit de la gravité par la fréquence, permet de prioriser les risques majeurs pour lesquels une maîtrise devrait être mise en œuvre pour garantir la sécurité des soins.

La consultation d'anesthésie désigne à la fois l'acte et le lieu où est pratiqué l'examen préanesthésique.

Analyse statistique

L'analyse statistique a été réalisée à l'aide du logiciel Microsoft Office Excel 2007®. Les mesures qualitatives sont exprimées sous forme de pourcentage. Conformément à l'usage dans le domaine de l'évaluation des pratiques professionnelles et des audits cliniques, il n'a pas été effectué de comparaison statistique des résultats.

RESULTATS

I. Audit de pratiques

Au cours de la première période, nous avons recueilli 53 grilles d'observation, concernant 53 consultations d'anesthésies, dont 48 consultations externes (91%).
Au cours de la deuxième période, nous avons recueilli 66 grilles d'observation, concernant 61 consultations externes (92%).
L'ensemble des résultats de cet audit figure dans le tableau 1.

Tableau 1 : Audit d'observation de la consultation d'anesthésie au cours de la période avant et après.

CRITERES	AVANT	APRES
Nombre de consultations	N=53	N=66
Consultation externe	48 (91%)	61 (92%)
Patient hospitalisé	5 (9%)	5 (8%)
Courrier accompagnant	44 (83%)	44 (67%)
Remplissage du questionnaire	48 (91%)	65 (98%)
- **remplissage partiel**	15 (31%)	5 (8%)
- **reformulation nécessaire**	12 (25%)	-
Disponibilité des informations sur l'état de santé du patient	48 (91%)	60 (91%)
Informations manquantes :		
- **antécédents**	16 (33%)	5 (8%)
- **traitements**	17 (17%)	3 (5%)
- **mode de vie**	4 (8%)	-
- **allergies**	2 (4%)	-
Disponibilité des comptes-rendus/résultats biologiques	26 (49%)	43 (65%)
Nécessité de recours à un correspondant pendant la consultation	11 (21%)	17 (26%)
- **médecin traitant**	1 (9%)	-
- **médecin spécialiste**	7 (64%)	13 (76%)
- **médecin spécialiste et chirurgien**	1 (9%)	1 (6%)
- **chirurgien**	1 (9%)	1 (6%)
- **service d'hospitalisation/autre hôpital**	1 (9%)	2 (12%)
Disponibilité des documents du bilan préopératoire	24 (45%)	41 (62%)
Données manquantes :		
- **cardiologique**	9 (69%)	9 (75%)
- **pneumologique**	2 (15%)	1 (8,3%)
- **allergologique**	1 (8%)	-
- **biologique**	1 (8%)	-
- **endocrinien**	-	1 (8,3%)
- **dossier patient**	-	1 (8,3%)
Adaptation des traitements au cours de la consultation	12 (23%)	16 (24%)
- **antihypertenseur**	1 (8,3%)	3 (19%)
- **antidiabétique oral**	1 (8,3%)	5 (31%)
- **insulinothérapie intraveineuse**	1 (8,3%)	-
- **anticoagulant/antiagrégant**	9 (75%)	8 (50%)
Etablissement du protocole d'anesthésie	51 (96%)	65 (98%)
Causes de non réalisation du protocole :		
- **geste chirurgical non défini**	53(100%)	-
- **date opératoire non définie**	53(100%)	-
- **bilan préopératoire incomplet**	-	(100%)
Information claire et précise	49 (92%)	63 (95%)
Non délivrance de l'information car		
- **troubles cognitifs**	3 (75%)	2 (66%)
- **barrière linguistique**	1 (25%)	-
- **pathologie psychiatrique**	-	1 (33%)

II. Processus de l'organisation logistique de la consultation

1. Ressources humaines

L'organisation de référence prévoyait 2 secrétaires, 2 infirmières et 2 praticiens consultants chaque jour, et la présence d'un interne d'anesthésie le mercredi après-midi dans les deux périodes. Le service de consultation était fermé le vendredi après midi.

Lors du premier tour, la cible était atteinte 3 jours sur 6 observés. A J2 et J3, il n'y avait qu'1 secrétaire et 1 infirmière. A J5, il n'y avait qu'1 infirmière.

Lors du deuxième tour, la cible était atteinte 3 jours sur 6 observés. A J5, il n'y avait qu'1 infirmière. A J3, J5 et J6 il y avait 1 praticien supplémentaire.

L'ensemble de ces résultats sont représentés sur les figures 1 et 2.

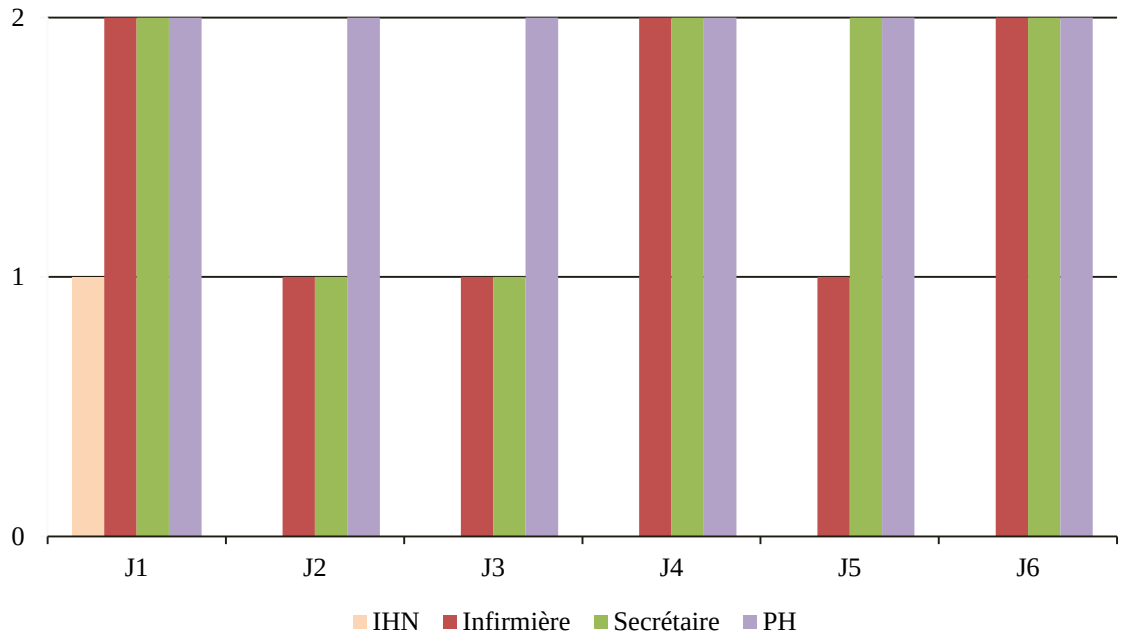

Figure 1: Personnel présent par jour observé au cours de la première période

IHN : interne des hôpitaux de Nancy, PH : praticien hospitalier

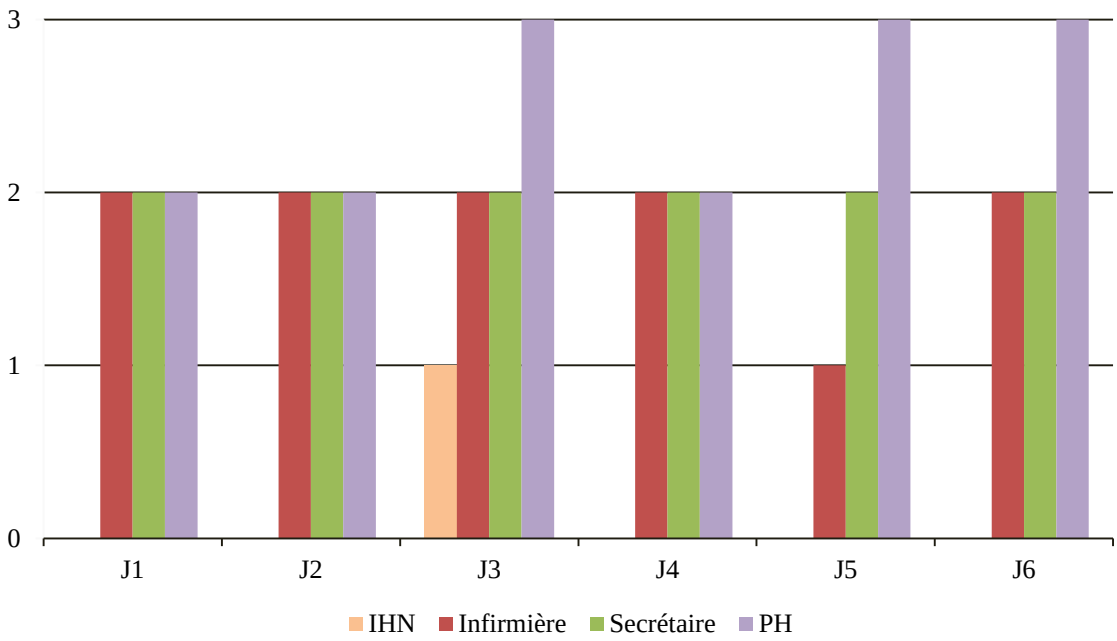

Figure 2: Personnel présent par jour observé au cours de la deuxième période

IHN : interne des hôpitaux de Nancy ; PH : praticien hospitalier

2. Activité

a. Nombre de consultations

Lors du premier tour, l'organisation de référence prévoyait 12 rendez-vous de consultations par praticiens chaque demi-journée en dehors du mercredi après-midi avec 10 rendez-vous par consultants. Ceci correspondait à 48 consultations les lundis, mardis, jeudis ; 54 consultations les mercredis et 24 consultations les vendredis. La cible était atteinte sur 1 journée observée.

Lors du deuxième tour, l'organisation de référence prévoyait 10 rendez-vous de consultations par praticiens chaque demi-journée, soit 40 consultations les lundis, mardis, jeudis ; 50 consultations les mercredis et 20 consultations les vendredis. La cible était atteinte sur 1 journée observée et dépassée sur 2 journées observées.

Les résultats de ces observations sont représentés sur la figure 3.

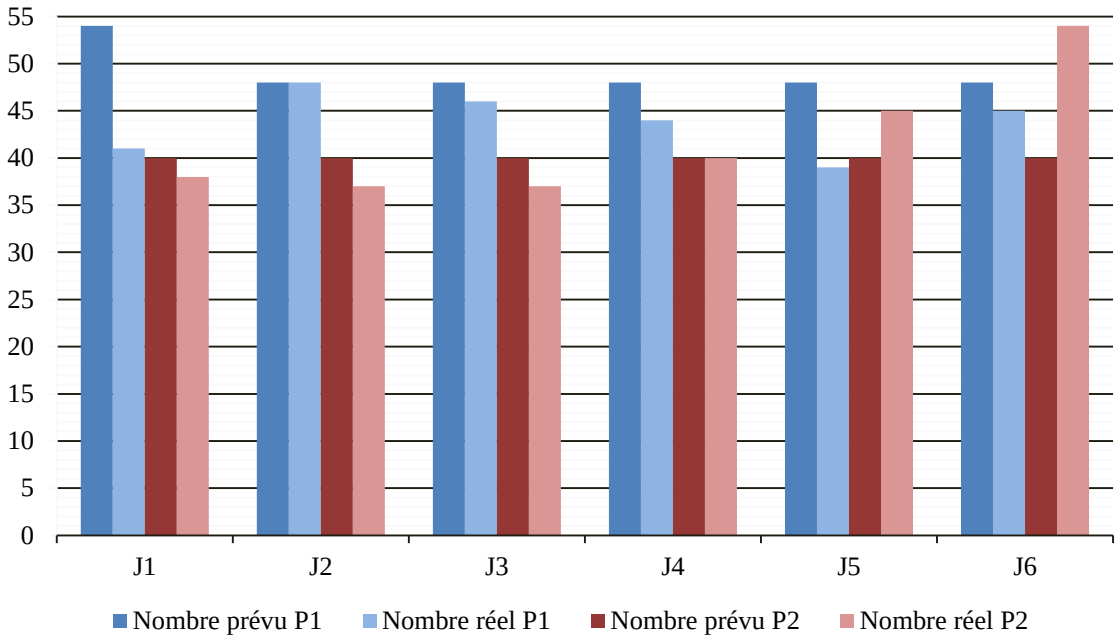

Figure 3: Nombre de rendez-vous de consultation par jour observé au cours des deux périodes

P1 : premier tour ; P2 : deuxième tour

b. Ajouts/ Annulations

Lors du premier tour, l'organisation de référence ne prévoyait aucun ajout de rendez-vous par vacation. La cible était atteinte pour 3 jours observés.

Lors du deuxième tour, l'organisation de référence prévoyait l'ajout d'1 consultation en urgence par vacation par praticien, soit 4 ajouts quotidiens possibles. La cible était atteinte pour 1 jour observé et dépassée pour 2 jours observés.

Aucune annulation de rendez-vous ne pouvait être prévue au cours des deux périodes. Une mise en place du rappel automatique de rendez-vous par SMS était instaurée entre les deux tours.

Des annulations survenaient lors de 5 jours observés au cours du premier tour et au cours de 3 jours observés au cours du deuxième tour.

Ces résultats figurent sur la figure 4.

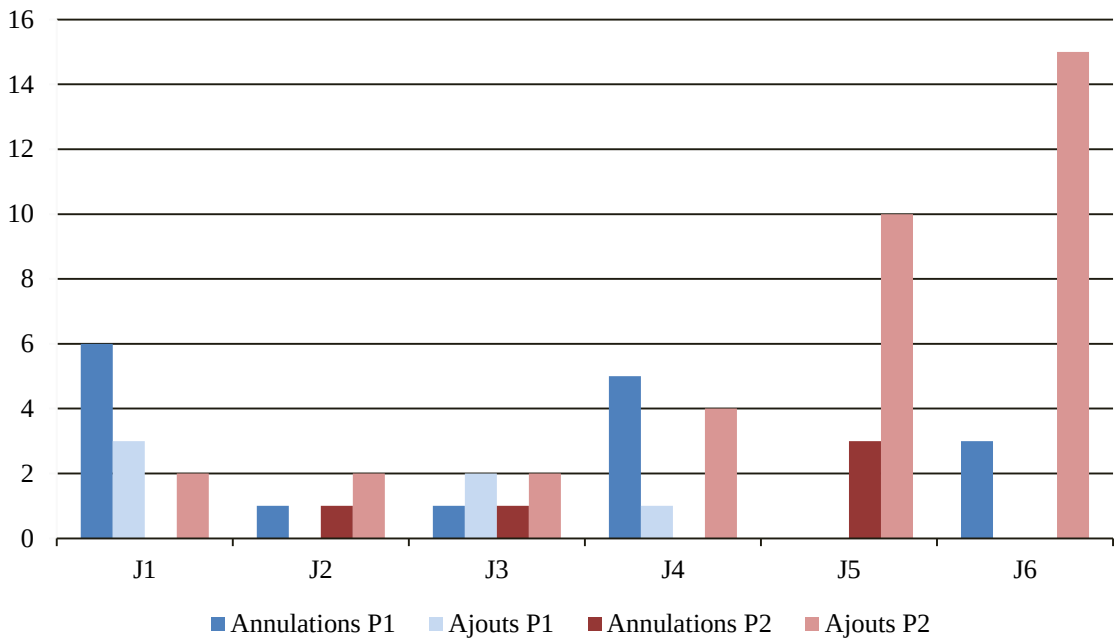

Figure 4: Nombre d'annulations et d'ajouts de rendez-vous au cours des deux périodes

P1 : premier tour ; P2 : deuxième tour

c. Durée de la vacation

L'organisation de référence prévoyait le début des vacations à 8h15 le matin, 13h15 l'après midi. La fin des vacations était prévue à 12h le matin et 17h l'après midi.
La cible était atteinte tous les jours observés au cours des deux tours.

d. Durée moyenne de consultation

L'organisation de référence prévoyait une durée de 15 minutes par entretien au cours du premier tour et 20 minutes par entretien au cours du deuxième tour.
Lors du premier tour, la durée moyenne calculée d'un entretien était de 19,6 minutes [min : 17,5 minutes ; max : 26 minutes].
Lors du deuxième tour, la durée moyenne calculée d'un entretien était de 24,4 minutes [min : 22,5 minutes ; max : 28 minutes].

III. Questionnaires de satisfaction

1. Personnel

Les 4 secrétaires/infirmières dédiées au service de consultation d'anesthésie rapportaient que la modalité de prise de rendez-vous était variable, soit par le patient ou le secrétariat de chirurgie, le même jour ou à distance de la consultation chirurgicale.

Le délai estimé pour l'obtention d'un rendez-vous d'anesthésie était d'une semaine à un mois après la consultation chirurgicale, la date proposée dépendant toujours de la date d'intervention.

Les difficultés rapportées étaient de devoir proposer une date de rendez-vous différente de celle de la consultation chirurgicale, une localisation différente de notre service par rapport aux services de chirurgie et la barrière linguistique. Enfin, elles estimaient devoir prendre contact avec des correspondants médicaux 5 à 10 fois par jours pour récupérer des examens complémentaires.

2. Patients

Nous avons interrogés 48 patients à la fin de leur consultation d'anesthésie au cours d'un entretien individuel.

Concernant la prise de rendez-vous en consultation d'anesthésie, 26 patients (54%) confirmaient avoir pris eux-mêmes rendez-vous. Dans 40% des cas il s'agissait de la secrétaire de chirurgie et dans 6% des cas d'une autre personne. Ce rendez-vous était fixé par téléphone dans 85% des cas. Ces résultats sont représentés dans la figure 5.

Quinze patients (31%) ont obtenu leur rendez-vous dans un délai d'une semaine, 29 (60%) entre une semaine et un mois et 4 (9%) au-delà d'un mois. Trente huit (79%) trouvaient ce délai complètement satisfaisant.

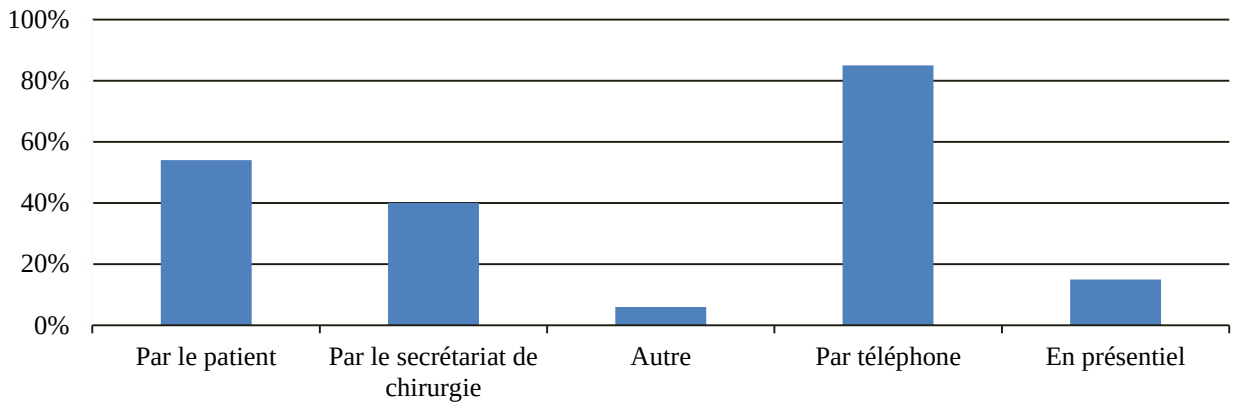

Figure 5: Modalités de prise de rendez-vous des 48 patients interrogés

Concernant l'accessibilité à notre service, 7 patients (15%) ont éprouvés des difficultés. Elles étaient liées soit à une indication insuffisante du lieu soit à une localisation trop éloignée du hall d'accueil ou du service de chirurgie.

Concernant le déroulement de la consultation d'anesthésie, la durée d'attente avant la consultation (Figure 6) était estimée entre 5 et 30 minutes dans 22 cas (46%), à moins de 5 minutes dans 9 cas (19%) et au-delà de 30 minutes dans 17 cas (35%). Dix neuf patients (40%) estimaient la durée de la consultation inférieure à 15 minutes (Figure 7), 28 (58%) entre 15 et 30 minutes et 1 (2%) supérieure à 30 minutes.

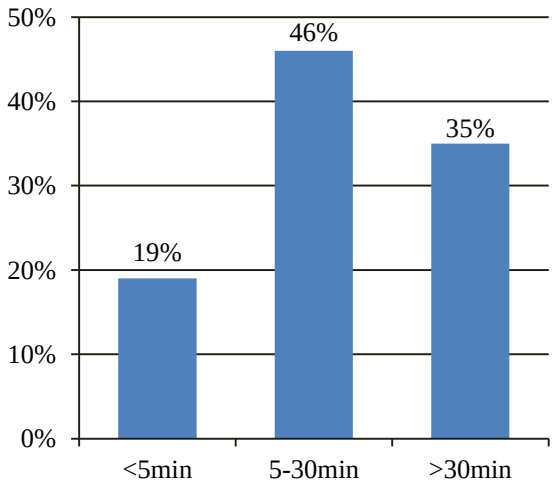

Figure 6: Durée estimée avant la consultation

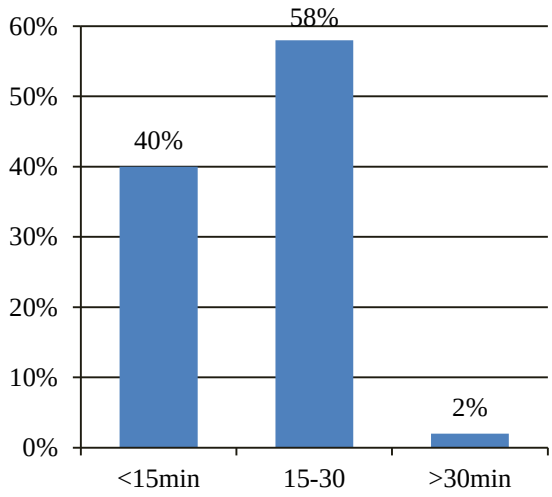

Figure 7: Durée estimée de la consultation

Notre consultation était jugée aussi importante que la consultation chirurgicale par 41 patients (85%). Huit patients (17%) avaient été informés d'apporter leur dossier

médical personnel pour l'entretien avec l'anesthésiste dont 6 (75%) par le secrétariat de chirurgie ou le chirurgien.

Concernant le questionnaire d'anesthésie, 47 patients (98%) l'avaient reçu en main propre, 34 (72%) par le secrétariat de chirurgie. Trente cinq patients (73%) affirmaient l'avoir rempli plusieurs jours avant la consultation d'anesthésie, 11 (23%) à l'arrivée en consultation et 2 (4%) ne l'avaient jamais rempli. Neuf patients (19%) avaient eu des difficultés pour le remplir et 8 patients (17%) ont été aidés. Au moment de la consultation, 71% des patients pensaient que leur questionnaire étaient complètement rempli.

Concernant l'entretien avec le médecin anesthésiste, 46 patients (96%) pensaient qu'il joue un rôle important dans la prise en charge de leur problème de santé. Quarante cinq patients (94%) étaient totalement satisfaits du déroulement de leur consultation d'anesthésie.

3. Praticiens

Lors du premier tour, 11 praticiens anesthésistes ont répondus au questionnaire. Trois (27%) estimaient que le questionnaire d'anesthésie était systématiquement rempli et 8 (73%) estimaient qu'il était souvent rempli. Six (55%) avaient vu moins de 10 patients en consultation et 5 (45%) entre 10 et 15 patients. Des annulations ou des ajouts de rendez-vous ont été observé par 9 praticiens (82%). Trois (27%) estimaient que cela avait eu un impact négatif sur leur consultation par une modification de la durée de la vacation (1 cas) et par une désorganisation du planning de la consultation (2 cas).

Lors du deuxième tour, 13 praticiens ont répondus au questionnaire. Les résultats sont disponibles dans la figure 8.

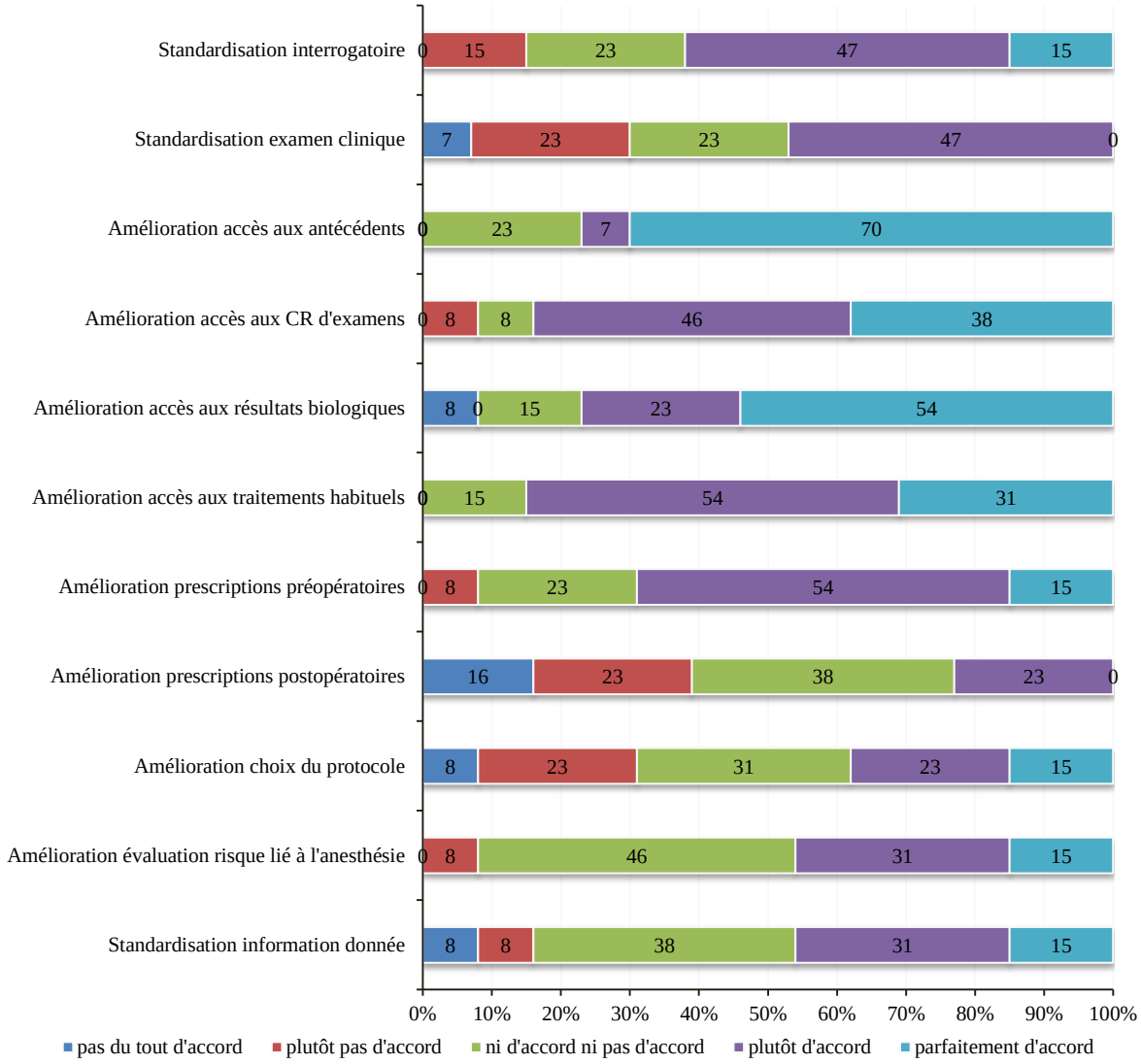

Figure 8: Avis de 13 praticiens sur l'informatisation de la consultation d'anesthésie

IV. Patients traceurs

La synthèse de chacun des patients traceurs est présentée en annexe 7 et 8, selon le modèle institutionnel. Le focus sur la consultation d'anesthésie montrait que :

- le compte rendu de la consultation d'anesthésie était présent dans le dossier patient et comportait les informations nécessaires à la prise en charge du patient ;
- le délai d'obtention du rendez-vous était compatible avec la prise en charge ;
- les deux entretiens avec le patient rapportaient une bonne information quant aux modalités de l'anesthésie et une satisfaction globale.

V. Organisation cible par cartographie du processus et risques résiduels

Cette cartographie est une proposition de formalisation d'une organisation cible. Elle est très détaillée pour anticiper la survenue d'évènements indésirables lors d'une consultation d'anesthésie.

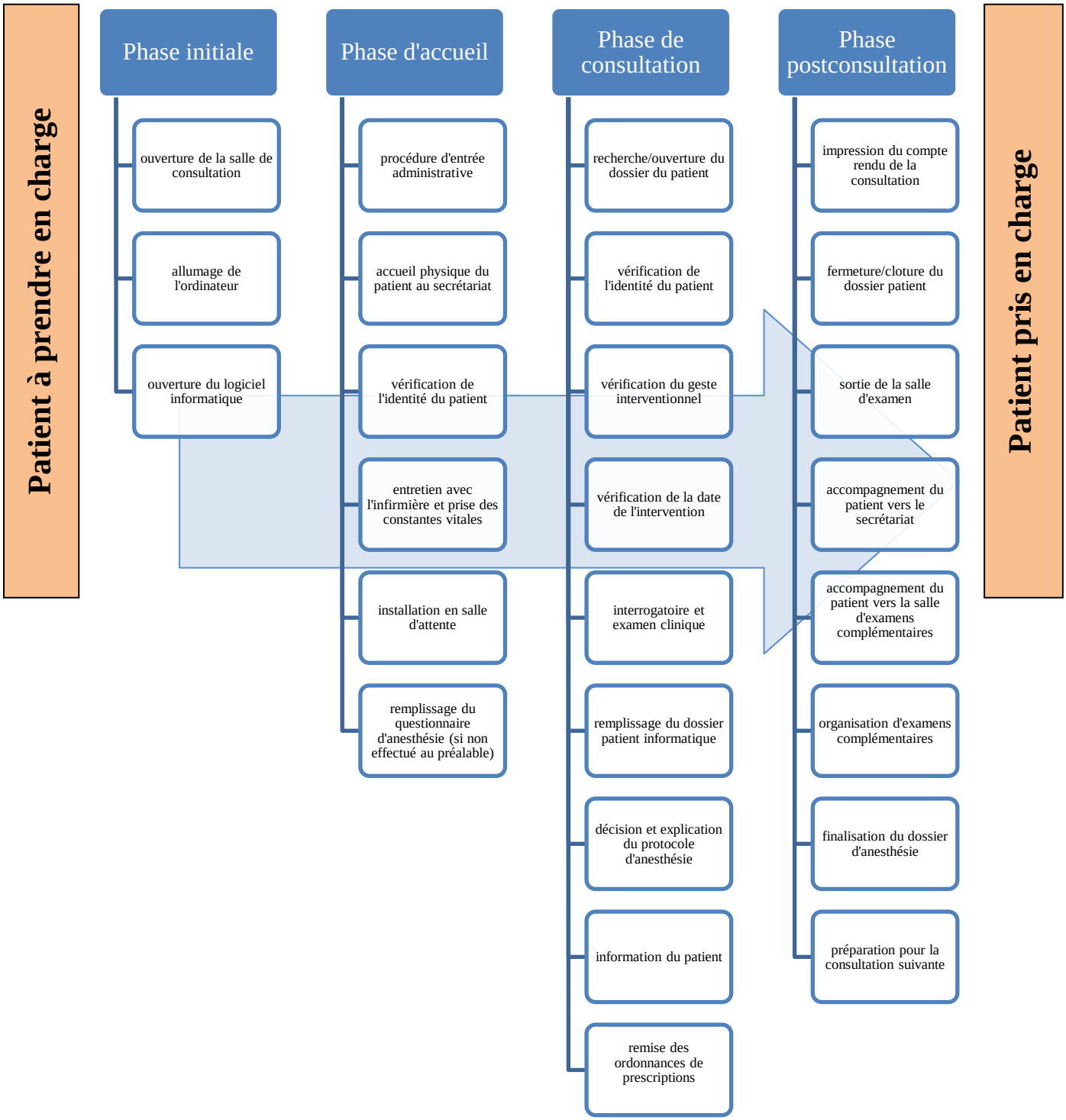

Figure 9: Cartographie du processus cible de la consultation d'anesthésie

Les risques associés à cette cartographie sont regroupés dans le tableau 2.

Tableau 2 : Risques résiduels et propositions de correction après cartographie du processus de la consultation d'anesthésie.

PHASE	RISQUE	G	F	C	CORRECTION DU RISQUE (en place ou a prévoir)
INITIALE	Indisponibilité du bureau de consultation	2	3	6	Infrastructure adaptée au nombre de consultant
	Panne électrique	5	1	5	Essais électriques réguliers
	Panne matérielle (ordinateur ne fonctionne pas)	3	3	9	Révision régulière du matériel de support, infrastructure informatique appropriée
	Panne informatique avec dysfonctionnement du logiciel	5	2	10	Mise à jour régulière du logiciel
	Accessibilité au dossier patient par plusieurs intervenants (praticiens, personnel, étudiants…)	3	5	15	Accessibilité limitée en fonction du statut
	Piratage des données	5	2	10	Améliorer la sécurité du site
ACCUEIL	Erreur d'identitovigilance	5	2	10	Vérification de l'identité du patient
	Temps prolongé en salle d'attente	1	5	5	Adapter la durée de rendez-vous, informer les patients en temps réel du délai d'attente
CONSULTATION	Dysfonctionnement du logiciel	3	2	6	Mise à jour régulière, équipe informatique disponible
	Erreur d'identitovigilance	5	2	10	Vérification systématique de l'identité du patient avec dossier informatique ouvert
	Perte d'attention vis-à-vis du patient	2	5	10	Allonger la durée de vacation
	Données enregistrées erronées	5	2	10	Vérification pendant l'entretien avec le patient
	Impossibilité de corriger des erreurs relevées	4	4	16	Amélioration du logiciel
	Modification des données par d'autres personnes	1-5	5	5-25	Traçabilité de l'accès au dossier
	Informations inaccessibles pendant l'entretien (compte-rendu d'autre consultation ou d'hospitalisation)	4	2	8	Adapter les droits d'accès en fonction des intervenants
	Mauvaise visualisation d'une information importante	5	2	10	Ajouter des signaux d'alertes, des sigles
	Protocole d'anesthésie inadapté par défaut d'information	5	1	5	Installation d'outil d'aide à la décision
	Perte des données recueillies lors de l'ouverture du logiciel de prescription	5	1	5	Utilisation d'un logiciel unique pour l'ensemble des tâches

POST-CONSULTATION	Panne technique empêchant la transmission du compte-rendu de consultation	5	2	10	Double papier
	Absence d'enregistrement des données à la fermeture du dossier	5	2	10	Enregistrement automatique régulier et rapproché des données
	Absence de lien avec le per et le post opératoire	3	5	15	Installation d'un logiciel métier complet
	Absence de lien avec le logiciel de prescription	3	5	15	Installation d'un logiciel de prescription lié au logiciel métier Harmonisation des supports

G ; gravité, F : fréquence, C : criticité

DISCUSSION

A l'issue de ce travail, nous pouvons faire la synthèse des points engageant une réflexion d'amélioration grâce aux 5 enquêtes.

L'audit de pratiques montre l'amélioration de 4 points majeurs :
Tout d'abord, une meilleure disponibilité des informations concernant l'état de santé des patients avec une diminution nette de données manquantes, telles que les antécédents et les traitements habituels. Ceci peut s'expliquer de plusieurs façons : une complétude du questionnaire préanesthésique, un accès aux informations directement dans le dossier informatique, une meilleure utilisation du logiciel.
D'autre part, nous observons une meilleure disponibilité des comptes-rendus d'examens spécialisés et des résultats biologiques. En effet, les données relatives aux patients suivis dans l'établissement sont enregistrées dans le dossier informatique. Pour les autres, l'information et la formation, à la fois des patients mais également des secrétaires de notre service, sur l'importance de la présence de ces documents lors de l'entretien anesthésique a permis une meilleure complétude du dossier. Toutefois, l'utilisation de logiciel métier différent entre les services, notamment cardiologique, ou un suivi spécialisé externe à l'établissement, nécessitent de récupérer ces comptes-rendus en format papier après contact téléphonique et envoi fac-similé pour les adjoindre au dossier patient. Ces données restent alors au format papier et imposent la création d'un dossier papier en plus du dossier informatique. Une solution serait d'intégrer ces résultats dans le dossier informatique au moyen d'une scannographie des documents ou par l'envoi via l'interface web sécurisée Apicrypt®.
Ainsi, la présence des documents du bilan préopératoire dans le dossier patient permet d'obtenir une meilleure évaluation globale en vue de l'anesthésie à venir et donc une meilleure efficience des soins. Dans notre étude l'élément le plus souvent nécessaire est le suivi cardiologique. La consultation préopératoire de cardiologie est une démarche quasi rituelle dès lors que le patient candidat à une chirurgie, présente un facteur de risque cardiovasculaire. Le cardiologue est consulté pour évaluer le risque périopératoire et optimiser les traitements pour surmonter la phase postopératoire, la plus à risque d'ischémie myocardique [29].

Cependant, l'audit met en évidence 2 points négatifs.

On observe d'abord une nette diminution de la présence de courrier accompagnant la demande de consultation. Actuellement, les services de chirurgie de notre établissement sont dotés de feuilles de demande de consultation d'anesthésie pré-remplies mentionnant le geste chirurgical, sa durée prévisible, la date de l'intervention et la possibilité d'ajouter des remarques personnelles. Or, ce document au format papier est voué à disparaitre au profit du dossier informatique. De plus, la consultation d'anesthésie est reconnue comme une consultation spécialisée[9]. Or, un avis médical spécialisé demandé par un praticien fait habituellement l'objet d'une demande écrite précisant le motif de la requête, les antécédents et les traitements habituels du patient. Malheureusement, l'anesthésie échappe fréquemment à cette règle[30]. Les résultats observés dans notre étude peuvent s'expliquer de plusieurs manières : soit les feuilles pré-remplies ne sont pas associées à la demande de consultation, soit elles sont insuffisamment renseignées, soit les praticiens consultants sont plus exigeants et souhaitent un courrier plus détaillé. Une option d'amélioration de la démarche serait d'informatiser la demande à l'aide d'un onglet spécifique comportant des renseignements standardisés et de l'intégrer au dossier patient. Ainsi, il serait disponible à l'ouverture du dossier informatique au moment de la consultation d'anesthésie.

Enfin, notre travail montre une augmentation de la nécessité de recours à un correspondant spécialiste pendant la consultation, essentiellement cardiologue. Il y a plusieurs hypothèses majeures. L'absence de concordance entre notre logiciel métier et celui du service de cardiologie est responsable d'une inaccessibilité à l'information et nécessite donc un contact fréquent. Le choix d'un suivi spécialisé externe par le patient impose une mise en relation avec le correspondant pour obtenir les informations. L'augmentation de la complexité des pathologies médicales et chirurgicales en partie liée à la prise en charge de patients plus âgés avec des antécédents plus lourds[26] peut également expliquer cette requête plus fréquente.

L'observation du processus d'organisation du service montre un non respect des effectifs cibles sur la moitié des deux périodes observées.

En termes de ressources humaines, on note lors du premier tour l'absence d'une secrétaire ou d'une infirmière sur 3 jours observés. Les conséquences de ces absences n'ont eu que peu de répercussions sur l'organisation du service

puisqu'elles étaient liées à des congés, ce qui a permis au personnel présent une adaptation préalable. En revanche, lors du deuxième tour, on remarque la présence d'un praticien consultant supplémentaire sur 3 jours d'observations en lien avec une augmentation de l'activité de notre service.

En termes d'activité, l'informatisation du dossier a entraîné une diminution du nombre de consultations prévues au profit d'une augmentation de la durée de rendez-vous. Or, si l'examen du premier tour montre une prédominance d'annulations, il en va du contraire pour le second tour. En effet, la cible fixée à 40 rendez-vous par jour est dépassée pour 2 jours observés avec un nombre d'ajout de consultations dépassant la cible fixée à 4 pour ces 2 journées. Cela a nécessité la présence d'un praticien supplémentaire non prévue dans l'organisation cible.

Par ailleurs, si l'on ne peut parler de notion de « débordement » dans la mesure où les créneaux de vacations respectent les horaires de début et de fin cibles, il est toutefois important de souligner que la durée moyenne calculée de 24,4 minutes par consultation dépasse la durée cible de 20 minutes.

Ces résultats soulèvent plusieurs hypothèses.

Tout d'abord, la diminution des annulations lors du deuxième tour peut s'expliquer par la mise en place du rappel automatique de rendez-vous via SMS.

D'autre part, l'augmentation du nombre de rendez-vous est concomitante à la délocalisation de services chirurgicaux au sein de notre établissement. Ces services, initialement sur un autre site géographique, effectuaient leurs consultations d'anesthésie sur les lieux. Leur intégration au sein de nos locaux entraîne donc une délocalisation de l'activité d'un point à un autre et une désorganisation par rapport à l'antériorité. Or, toute réorganisation, qu'elle soit liée à une augmentation d'activité ou à un transfert d'activité doit comporter une phase d'appropriation du processus cible décrit. Les risques doivent être pris en compte à chacune des étapes afin d'en assurer la maîtrise de façon anticipée. Ce qui n'a pas été fait au sein de notre établissement.

Enfin, le respect des horaires cibles malgré une durée moyenne calculée de consultation de 24,4 minutes peut être liée au fait que chaque consultation dépend à la fois du geste interventionnel prévu et du patient rencontré. Les antécédents, les traitements, les besoins en examens complémentaires ne sont pas les mêmes et les consultations de durées plus courtes compensent celles dépassant la durée cible. L'autre explication possible est la présence d'un praticien consultant supplémentaire

permettant l'observation d'un plus grand nombre de patient. Aucun texte de référence ne donne le nombre de consultations à réaliser, ou les horaires à respecter, mais les recommandations de la SFAR de 1994[5] visent tout de même à aider à l'obtention d'une dotation adéquate en personnel médical et paramédical et encadrent les besoins structurels.

Les questionnaires de satisfaction mettent plusieurs points en exergue. L'interrogatoire du personnel dédié montre qu'il n'y a pas de modalité fixe définie pour la prise de rendez-vous. Celui-ci est donné à une date dépendante de l'acte interventionnel afin de respecter le délai réglementaire de plusieurs jours pour tout acte programmé[1]. Dans notre démarche d'amélioration du parcours patient, nous pourrions envisager une prise de rendez-vous en saisie directe par le chirurgien ou son personnel depuis une interface Web. Cela permettrait de diminuer l'attente du patient et d'optimiser son parcours au sein de l'établissement. Une autre option d'amélioration consisterait en une prise de rendez-vous avec le médecin anesthésiste réalisant l'anesthésie le jour de l'intervention, afin d'instaurer une relation de confiance médecin-patient, primordiale pour la qualité des soins.
L'utilisation de l'outil informatique devrait diminuer le travail de récupération des données. Or, comme nous l'avons souligné auparavant, la différence de logiciel métier entre les services rend cette tâche difficile à l'heure actuelle. De plus, il persiste des patients bénéficiant d'un suivi spécialisé extrahospitalier, pour lesquels les données ne sont pas enregistrées dans notre base. Seul un renforcement de l'information des patients sur l'importance de la présence de ces éléments lors de l'entretien anesthésique permettrait d'améliorer ce point. En effet, seulement 17% des patients interrogés dans notre travail avaient été informés.

Les autres points abordés lors de l'entretien avec les usagers recoupent les réponses obtenues par le personnel, notamment sur la prise des rendez-vous. Les durées estimées avant et pendant la consultation sont assez larges, dans une échelle entre 5 et 30 minutes. Les patients arrivant à leur consultation n'ont actuellement pas la notion du délai d'attente avant d'être pris en charge. Nous pourrions envisager que l'outil informatique permette la gestion de la salle d'attente. A l'arrivée en consultation, le patient est accueilli au secrétariat. La validation de sa présence par la secrétaire détermine son entrée en salle d'attente. L'ouverture de

son dossier par le médecin et sa fermeture par la secrétaire lors de son départ initient les différents temps : durée d'attente, passage en consultation, durée de celle-ci, départ du patient. Quatre vingt cinq pour cent des patients estiment que la consultation d'anesthésie est aussi importante que la consultation chirurgicale et 96% pensent que le médecin anesthésiste joue un rôle important dans la prise en charge de leur problème de santé actuel. Cela montre l'intérêt porté par les patients envers cette consultation. Plusieurs travaux ont montré qu'elle permettait non seulement de réduire l'anxiété préopératoire, d'améliorer le sentiment de sécurité mais aussi d'augmenter la satisfaction globale des patients[30,31]. Nous ne pouvons malgré tout pas exclure l'existence d'un biais d'influence puisque l'entretien était réalisé par un anesthésiste en formation.

Le remplissage du questionnaire d'anesthésie a également été évalué au moyen de plusieurs méthodes : audit d'observation, questionnaire de satisfaction des patients et des praticiens. Les résultats sont plutôt favorables et concordants. La grille d'audit montre une quasi complétude lors du deuxième tour (98%) et seulement 2 patients avouent ne jamais l'avoir rempli. Les avantages du questionnaire sont certains. Il est une aide pour le médecin qui réalise la consultation et/ou l'anesthésie. Il doit permettre de réduire le temps que l'on passe à poser certaines questions de base afin de se concentrer sur des questions cruciales puisqu'il permet la synthèse des antécédents par le patient lui-même. Toutefois, ses inconvénients ne sont pas négligeables avec l'oubli d'informations essentielles et l'interprétation des questions par le patient. Il s'agit donc d'un outil intéressant mais qui ne peut se substituer à l'interrogatoire effectué par le médecin[27].

Enfin, l'ensemble des praticiens ayant répondu lors du deuxième tour avoue que l'informatisation de la consultation d'anesthésie a changé leur pratique. Outre une meilleure lisibilité, la majorité des répondeurs s'accordent à dire que cela a permis une standardisation de l'interrogatoire et de l'examen clinique, ainsi qu'une amélioration de l'accès aux antécédents, aux comptes-rendus d'examens, aux traitements habituels et aux résultats biologiques. Ces résultats concordent avec ceux des autres enquêtes.
Cependant, s'ils sont d'accord sur l'amélioration des prescriptions préopératoires, ce n'est pas le cas pour les prescriptions postopératoires. Cela s'explique par

l'utilisation d'un logiciel de prescription différent de notre logiciel métier. Les prescriptions anesthésiques sont manuscrites alors que l'ensemble des services prescrivent et administrent les traitements via un logiciel dédié. Ce travail met en avant l'importance d'harmoniser les supports de prescription afin d'améliorer la qualité et la sécurité de nos soins. Ainsi, nous pourrions même envisager la création de protocole de prescription dépendant du type de chirurgie que l'on pourrait adapter à chaque patient en fonction de ses antécédents.
D'autre part, notre logiciel en l'état actuel n'intègre pas de fonction d'aide à la décision, ce qui peut expliquer les avis négatifs quant au rôle de l'informatique au sujet du choix du protocole d'anesthésie et de l'évaluation du risque lié à l'anesthésie. La création de symboles ou d'alertes en fonction des données rentrées permettrait de guider la réflexion du praticien. Par exemple, si le praticien valide un score de Mallampati à 3 pour le patient examiné, la création d'un symbole ou d'une alerte « signes prédictifs d'intubation difficile » apparaitrait sur le compte rendu de consultation, permettant à l'ensemble des intervenants de prendre les dispositions nécessaires pour l'anesthésie future (ordre de passage au bloc opératoire, matériel spécifique disponible pour l'intubation).
Cela met donc en avant une utilisation partielle du logiciel qui pourrait être optimisée si nous le couplons avec la gestion du tableau opératoire, la gestion de la période per et postopératoire et la gestion des prescriptions médicales.

L'évaluation de notre fonctionnement global par patient traceur est plutôt favorable et montre une satisfaction des usagers quant à notre consultation et son organisation. Cette nouvelle méthode d'évaluation de la prise en charge des patients s'intègre dans la procédure de certification des établissements depuis 2014[23].

Enfin, la synthèse des résultats sous forme d'une cartographie du processus a permis la mise en évidence de risques résiduels. Les risques majeurs déterminés par une criticité élevée (≥ 15) sont :
- l'accessibilité au dossier patient par différents intervenants,
- l'impossibilité de corriger des erreurs relevées,
- la modification possible des données par d'autres personnes ayant un code d'accès au logiciel,
- l'absence de lien avec le per et le postopératoire,

- l’absence de lien avec le logiciel de prescription.

Ils nécessitent une réflexion prioritaire afin de mettre en œuvre des mesures de maîtrise pour garantir la sécurité des soins. Celles citées dans le tableau 2 sont proposées par les praticiens interrogés. Nous devons envisager l’organisation d’une réunion de concertation avec l’ensemble des intervenants pour discuter et instaurer ces mesures.

Plusieurs points forts ressortent de notre étude. Premièrement, nous avons utilisé différentes méthodes d’EPP pour avoir une vision globale du processus et des pratiques, ce qui nous permet d’observer une concordance des résultats entre ce qui est déclaratif et observé. A ce terme, il est possible de proposer une organisation cible permettant de pointer les risques résiduels. Enfin, nous pouvons noter une bonne participation de l’ensemble des professionnels.

Quant aux points négatifs, nous pouvons citer tout d’abord l’arrivée pendant une période charnière de restructuration, avec une augmentation de l’activité de la consultation d’anesthésie sans analyse de risque a priori, mais aussi l’existence de peu d’éléments dans la littérature.

CONCLUSION

L’évaluation de nos pratiques entre dans une démarche d’amélioration de la qualité et de la sécurité des soins dont le résultat est gage d’un bon parcours patient. Le fonctionnement de la consultation d’anesthésie est soumis aux contraintes liées à la restructuration actuelle rencontrée dans notre établissement, notamment à l’informatisation du dossier patient. Cela modifie les organisations à la fois des anesthésistes mais aussi des services et expose à la survenue d’un certain nombre d’événement qu’il est important d’identifier. C’est pourquoi toute restructuration doit comporter une analyse de risque, afin de mettre en place un plan d’actions d’améliorations sur les risques individuels. Une fois réalisé, ce plan doit être révisé régulièrement pour évaluer l’efficacité des améliorations proposées et observer l’impact des modifications.

PERSPECTIVES ET CONCLUSION

Le développement du dossier patient informatisé offre une multitude de perspective.
La consultation d'anesthésie informatisée n'est qu'un premier outil qui s'intègre dans une vision à moyen terme où les données de la consultation seront combinées à celles relevées en peropératoire informatisé et au suivi postopératoire.
Dans le but d'améliorer la prise en charge, nous pourrions envisager de développer un questionnaire de santé électronique qui permettrait d'optimiser à la fois l'agenda de consultation, ainsi que l'obtention ou l'organisation d'examens complémentaires avant la consultation.
Le design actuel de la consultation informatisée est identique quel que soit le type de chirurgie, mais il est envisageable de créer des consultations en fonction du type d'intervention et du parcours clinique pour une certaine catégorie de patients, tout en gardant la possibilité de dévier du profil standard. Ces deux éléments (le questionnaire informatisé et le parcours patient) sont des éléments déterminants de l'amélioration de l'efficience des consultations.
Face à l'augmentation de l'activité ambulatoire il est indispensable que l'organisation de l'évaluation chirurgicale et anesthésique se coordonne afin d'obtenir et de partager un maximum d'informations et de définir des algorithmes de prise en charge. Ce processus passe également par une collaboration accrue avec les médecins traitants. L'informatique a alors toute sa place pour permettre un partage d'information entre les différents correspondants.
Bien sûr, toutes ces mesures doivent être mises en place en gardant comme objectif principal l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins offerts aux patients. La mise en œuvre de ces actions d'amélioration doit être révisée régulièrement afin d'analyser leur efficacité mais aussi leur impact comme le recommande nos autorités compétentes.

ANNEXES

Annexe 1

Numéro :	**Date :**	**Consultation externe** □ **Patient hospitalisé** □			**Oui Non** **Courrier accompagnant** □ □ **Accès DX Care** □ □
		Oui	**Non**	**NA**	**Remarques**
Le questionnaire patient est rempli et disponible					Remplissage partiel Reformulation nécessaire
Les informations sur l'état de santé du patient sont disponibles					*Informations manquantes:* Antécédents méd/chir Traitements habituels Mode de vie *Autre, précisez :*
Les comptes-rendus et/ou résultats nécessaire au bon déroulement de la consultation sont disponibles					
Pas de nécessité de recours à un autre professionnel de santé durant la consultation					*Prise de contact avec :* Médecin traitant IDE Pharmacien Médecin spécialiste Laboratoire d'analyse *Autre, précisez :*
Toutes les informations du bilan préopératoire sont présentes					*Données manquantes :* Cardiologique Pneumologique Allergologique Biologique Autre, précisez : *Organisation du bilan :* Cardiologique Pneumologique Allergologique *Autre, précisez :* *Durée nécessaire :*
Les traitements sont adaptés					*Adaptation par le MAR du traitement :* Beta-bloquant Antihypertenseur Anticoagulant Antibiotique *Autre, précisez :*
Le protocole d'anesthésie est établit					*Causes de non réalisation du protocole :* Geste chirurgical non défini Date opératoire non définie Informations manquantes Refus du patient
Une information claire et précise a été délivrée					Manque de temps Défaut de compréhension du patient : - surdité - troubles cognitifs - barrière linguistique *Autre, précisez :*

Annexe 2

QUESTIONNAIRE SECRETAIRE

<u>Concernant la prise de rendez-vous de consultation d'anesthésie :</u>

1. Qui prend contact avec le secrétariat d'anesthésie ? (plusieurs réponses possibles)

- o le patient
- o la secrétaire de chirurgie
- o le chirurgien
- o le médecin traitant
- o autre, précisez :

2. Par quel moyen la prise de rendez vous se fait-elle au CHU de NANCY ?

- o téléphonique
- o présentiel
- o autre, précisez :

3. En général, à quel moment a lieu de premier contact avec le patient ?

- o avant la consultation chirurgicale
- o le même jour que la consultation chirurgicale
- o immédiatement après la consultation chirurgicale
- o quelques jours après la consultation chirurgicale

4. En général, à quel moment est communiquée la date du rendez-vous avec l'anesthésiste ?

- o avant la consultation chirurgicale
- o en même temps que la consultation chirurgicale
- o immédiatement après la consultation chirurgicale
- o quelques jours après la consultation chirurgicale

5. Vous arrive-t-il d'être directement contacté par le secrétariat de chirurgie pour fixer le rendez-vous ?

- o Oui, systématiquement
- o Oui, souvent
- o Oui mais rarement
- o Non jamais

6. Quel est le délai entre la demande de rendez-vous et le rendez-vous effectif de la consultation d'anesthésie pour une chirurgie lourde programmée ?

- o Dans la semaine
- o Dans le mois

7. A quel moment le patient est-il vu par l'anesthésiste ?

- o le même jour que la consultation chirurgicale
- o dans la semaine suivant la consultation chirurgicale

- dans le mois suivant la consultation chirurgicale
- au-delà d'un mois après la consultation chirurgicale

8. La date de rendez-vous dépend-elle de la date de la consultation en chirurgie ?

- Oui, systématiquement
- Oui, souvent
- Oui mais rarement
- Non jamais

9. La date proposée donne-t-elle satisfaction au patient ?

- oui toujours
- oui le plus souvent
- oui mais rarement
- non jamais

10. Quels sont les principaux motifs d'insatisfaction des patients ?

- délai trop important
- jour ou horaire indisponible
- date proposée ne correspondant pas à celle de la consultation de chirurgie

11. Vous arrive-t-il d'être confronté aux problèmes de la langue ?

- souvent
- rarement
- quelquefois
- jamais

Accessibilité de la consultation d'anesthésie :

12. A votre avis, les patients sont-ils généralement satisfaits de l'accessibilité de la consultation ?

- Oui certainement
- Oui peut être
- Aucune idée

13. En cas d'insatisfaction, quels en sont les raisons principales ?

- Eloignement de la consultation de chirurgie (si elle a lieu le même jour)
- Difficultés pour s'y retrouver dans le bâtiment
- Autre, précisez :

Au moment de la consultation :

14. Vous arrive-t-il de devoir joindre le médecin traitant ou le médecin spécialiste ou tout autre correspondant pour récupérer des informations indispensables au déroulement de la consultation d'anesthésie ?

- Oui, entre 1 et 5 fois par jour
- Oui, 5 à 10 fois par jour
- Oui, plus de 10 fois par jour
- Non

15. Vous arrive-t-il de fixer un rendez-vous de consultation spécialisée à la demande du médecin anesthésiste?

- oui, plusieurs fois par jour
- oui, pas plus d'une fois par jour
- non

Merci de votre participation

Annexe 3

QUESTIONNAIRE PATIENT

Concernant la prise de rendez-vous pour la consultation d'anesthésie :

1. Qui a pris rendez-vous en consultation d'anesthésie ?

- vous-même ou l'un de vos proches
- la secrétaire du chirurgien
- autre, précisez :

2. Par quel moyen le rendez-vous a-t-il été fixé ?

- par téléphone
- en présentiel
- autre, précisez :

3. Dans quel délai avez-vous obtenu votre consultation d'anesthésie ?

- moins d'une semaine
- entre une semaine et un mois
- plus d'un mois

4. Vous trouvez ce délai :

- complètement satisfaisant
- partiellement satisfaisant
- insatisfaisant
- NA

Concernant l'accessibilité à la consultation d'anesthésie (et/ou son secrétariat)

5. Avez-vous eu des difficultés pour vous rendre à la consultation d'anesthésie (et/ou son secrétariat)

- oui
- non
- NA

6. **Si oui,** quelles en sont les raisons ? (plusieurs réponses possibles)

- une indication du lieu insuffisante
- trop éloigné du hall d'accueil
- trop éloigné de la consultation chirurgicale
- autre, précisez :

Concernant la consultation d'anesthésie ?

7. Au bout de combien de temps avez-vous été pris en charge par le médecin anesthésiste consultant ?

- moins de 5 min
- entre 5 et 30min plus de 30 min

8. A combien estimez-vous la durée de la consultation ?

- moins de 15 min
- entre 15 et 30 min

- plus de 30 min

9. Comment jugeriez-vous l'importance de la consultation d'anesthésie par rapport à la consultation chirurgicale ?

- plus importante que la consultation chirurgicale
- moins importante que la consultation chirurgicale
- aussi importante que la consultation chirurgicale
- NSP

10. Quelqu'un vous a-t-il demandé d'apporter des éléments de votre dossier médical à la consultation d'anesthésie ?

- oui
- non
- NSP
- NA

11. **Si oui,** qui a effectué cette demande ?

    - le chirurgien (et/ou son secrétariat)
    - le secrétariat d'anesthésie au moment de la prise du rendez-vous d'anesthésie
    - votre médecin traitant

<u>Concernant le questionnaire d'anesthésie :</u>

12. Le questionnaire d'anesthésie vous a-t-il été remis en main propre ?

- oui
- non

13. **Si oui,** par qui ?

    - par la secrétaire de chirurgie
    - par le secrétaire d'anesthésie

14. **Si non,** comment avez-vous récupéré le questionnaire d'anesthésie ?

    - dans la salle d'attente de consultation de chirurgie
    - dans la salle d'attente de consultation d'anesthésie
    - par courrier

15. A quel moment avez-vous rempli le questionnaire d'anesthésie ?

    - plusieurs jours avant la consultation d'anesthésie
    - à l'arrivée à la consultation d'anesthésie
    - jamais

16. Avez-vous eu des difficultés pour remplir le questionnaire d'anesthésie ?

- oui
- non
- NA

17. **Si oui,** pour quelle(s) raison(s) ? (plusieurs réponses possibles)

    - manque de lisibilité
    - certaines questions sont difficiles à comprendre
    - le nombre de questions est trop important

- vous ne connaissiez pas les réponses aux questions posées
- autre, préciser :

18. Avez-vous été aidé par une ou plusieurs personnes pour remplir le questionnaire ?

- oui
- non
- NA

19. **Si oui**, qui vous aidé ?

- un membre de votre entourage familial
- votre médecin traitant
- le médecin anesthésiste
- un autre personnel de santé (infirmière, auxiliaire de vie, etc.), précisez :

20. Au moment de la consultation d'anesthésie, le questionnaire était-il :

- complètement rempli
- partiellement rempli
- complètement vide

<u>Concernant votre relation avec le médecin anesthésiste :</u>

21. Pensez-vous que le médecin anesthésiste joue un rôle important dans la prise en charge de votre problème de santé actuel ?

- oui
- non
- NA

22. Avez-vous pu poser les questions que vous souhaitiez à l'anesthésiste lors de la consultation ?

- oui toutes les questions
- oui quelques-unes
- non je n'ai pas pu poser les questions que j'aurais souhaité lui poser
- je n'avais aucune question à poser

23. **Si non,** pour quelles raisons n'avez-vous pas posé les questions souhaitées à l'anesthésiste ?

- par manque de temps
- par timidité, discrétion
- par oubli
- parce que le médecin anesthésiste était peu accessible
- NSP

23. Dans l'ensemble, êtes-vous satisfait de la façon dont la consultation avec l'anesthésiste s'est déroulée ?

- oui totalement satisfait(e)
- oui en partie satisfait(e)
- non pas vraiment satisfait
- non pas du tout satisfait
- NSP

24. Si vous aviez la possibilité d'améliorer quelque chose au déroulement de votre consultation d'anesthésie, sur quoi aurait lieu le changement ?

- l'obtention d'un rendez-vous plus rapidement
- un lieu plus facilement accessible
- un questionnaire d'anesthésie plus simple à remplir
- moins de retard de la part du médecin anesthésiste consultant
- la durée de la consultation avec le médecin anesthésiste
    a. plus longue
    b. moins longue
- autre, précisez :

Merci de votre participation

Annexe 4

QUESTIONNAIRE PRATICIEN

1. En règle générale, le questionnaire d'anesthésie est :

- systématiquement rempli
- souvent rempli
- occasionnellement rempli
- jamais rempli

2. Combien avez-vous vu de patients en consultation sur la vacation ?

- <10
- entre 10 et 15
- >15

3. Des annulations ou des ajouts de consultations ont-ils eu lieu lors de votre vacation ?

- oui
- non
- ne sait pas

4. **Si oui**, cela a-t-il eu un impact sur votre vacation ?

- oui
- non

5. **Si oui**, quel type d'impact ?

- allongement ou diminution de la durée de la vacation
- déplacement supplémentaire au chevet d'un patient ne pouvant se déplacer
- désorganisation du planning de la consultation
- défaut de remplissage ou « surremplissage » de la vacation

6. Si vous deviez améliorer le fonctionnement de la consultation, que proposeriez-vous ?

Annexe 5

QUESTIONNAIRE PH, ACC, INTERNES

La consultation informatique a-t-elle changé le déroulement de votre consultation ?

Jugez-vous que l'informatisation de la consultation d'anesthésie a permis :

	Pas du tout d'accord	***Plutôt pas d'accord***	***Ni d'accord ni pas d'accord***	***Plutôt d'accord***	***Parfaitement d'accord***
Standardisation de l'interrogatoire					
Standardisation de l'examen clinique					
Amélioration de l'accès aux antécédents					
Amélioration de l'accès aux comptes rendus d'examens complémentaires					
Amélioration de l'accès aux résultats biologiques					
Amélioration de l'accès aux traitements habituels					
Amélioration des prescriptions préopératoires (antibioprophylaxie, prévention NVPO, prémédication, adaptation du traitement habituel)					
Amélioration des prescriptions postopératoires (prévention des ETEV, protocole d'analgésie)					
Amélioration du choix du protocole d'anesthésie					
Amélioration de l'évaluation du risque lié à l'anesthésie					
Standardisation de l'information donnée au patient					

Quels sont, selon vous, les autres points positifs apportés par l'informatisation de la consultation d'anesthésie ?

Quels sont les points négatifs ?

Quelles sont vos propositions d'amélioration ?

Nous cherchons à identifier si l'informatisation de la consultation a généré des risques pour le patient, les professionnels ou l'organisation de la consultation.

<u>Par exemple</u> : risque d'identitovigilance avec remplissage d'un dossier n'appartenant pas au patient interrogé. Les conséquences de cette erreur seraient graves, mais il reste peu probable.

Ainsi, pourriez-vous lister les risques que vous avez pu rencontrer **ET/OU** que vous craignez de rencontrer en lien avec l'informatisation de la consultation d'anesthésie, et attribuez leurs une gravité et une fréquence en vous référant aux échelles ci-dessous.

Selon vous existe-t-il un moyen de corriger les risques identifiés ?

Annexe 6

Echelle de cotation des risques GRAVITE		
Classe de gravités	**Intitulé de la classe**	**Intitulé des conséquences**
1	Mineure	**Pas d'impact sur la sécurité et/ou effet négligeable sur la réalisation de la mission**
		PATIENT : Perte de confort, nuisances (pas de perte de chance pour le patient)
		PERSONNEL : Incident sans dommage physique ou psychique pour le personnel (perte de confort, nuisances)
		ORGANISATION : Gêne sans impact sur l'organisation ou la continuité des soins, perte de temps minime, modification légère de l'organisation
		IMAGE : Atteinte à l'image négligeable
2	Significative	**Pas d'impact sur la sécurité mais impact sur la performance de la mission**
		PATIENT : Retard/dysfonctionnement dans la de prise en charge du patient sans entraîner de perte de chance
		PERSONNEL : Dommage sur le personnel (accident du travail ou maladie professionnelle) sans arrêt de travail (gênes, blessures bénignes)
		ORGANISATION : Impact mineur sur l'organisation ou la continuité des soins (retard dans l'exécution des tâches, travail en mode dégradé)
		IMAGE : Mauvaise communication extérieure
3	Grave	**Début d'impact sur la sécurité des personnes, des biens ou de l'établissement, et forte dégradation des performances de la mission**
		PATIENT : Retard /dysfonctionnement dans la de prise en charge du patient sans entraîner de perte de chance avec une prolongation d'hospitalisation < 3 jours
		PERSONNEL : Dommage sur le personnel (accident du travail ou maladie professionnelle) avec arrêt de travail <= 1 mois : (réaffectation ou inaptitude au poste, TMS, infection entraînant atteinte réversible, impact psychique)
		ORGANISATION : Impact majeur sur l'organisation ou la continuité des soins (interruption des tâches à exécuter, modification des installations, désorganisation de production)
		IMAGE : Atteinte à la réputation, traitement amiable avec assurance
4	Critique	**Impact REVERSIBLE sur la sécurité des personnes, des biens ou de l'établissement et échec de la mission**
		PATIENT : Perte de chance pour le patient entraînant des lésions réversibles, prolongation d'hospitalisation >= 3 j, réintervention ou transfert en réanimation
		PERSONNEL : Accident du travail ou maladie professionnelle avec arrêt de travail > 1 mois entraînant une incapacité permanente partielle
		ORGANISATION : Suspension/arrêt temporaire d'une activité, désorganisation complète, arrêt de la production
		IMAGE : Mise en cause par les médias, dossier CRCI, perte de patientèle
5	Catastrophique	**Impact IRREVERSIBLE sur la sécurité des personnes, des biens ou de l'établissement et échec de la mission**
		PATIENT : Atteinte corporelle irréversible (dommage avec invalidité totale, permanente), décès inattendu
		PERSONNEL : Accident du travail ou maladie professionnelle avec arrêt de travail entraînant une invalidité totale > 80%, décès inattendu
		ORGANISATION : Arrêt total d'une activité
		IMAGE : Perte de confiance totale des usagers, condamnation pénale

L’échelle de FREQUENCE se décompose également en 5 niveaux :

Classe de Vraisemblance	Intitulés des vraisemblances 1	Intitulés des vraisemblances 2
V1	Impossible à improbable	Moins d'1 fois par an
V2	Très peu probable	Entre 1 fois tous les 6 mois et 1 fois par an
V3	Peu probable	Entre 1 fois par mois et 1 tous les 6 mois
V4	Probable	Entre 1 fois par semaine et 1 fois par mois
V5	Très probable à certain	Plus d'1 fois par semaine

Annexe 7

Fiche de synthèse patient-traceur

Profil : endoscopie digestive

Date Décembre2015

Unité/Service/Secteur	Endoscopie / HGE / Pôle Digestif
Animateur	Dr C Latarche / Mme D Jeanvoine

Fonctions des membres de l'équipe présents

- Dr Camille Zallot, PH, HGE, Endoscopiste
- Mme Véronique Cereda, Cadre de santé Endoscopie digestive
- Mme Patricia George , Cadre de santé HGE
- Mme Annick Sublon, IDE Endoscopie digestive
- Mme Marie Oliver Interne d'anesthésie
- Mme Dorothée Jeanvoine, CSS DQU, référent qualité Endoscopie
- Dr Clotilde Latarche, PH, Coordonnateur Qualité Gestion des Risques adjoint

Synthèse

Liste Domaines/Thématiques	Points positifs de la prise en charge	Commentaires
Information patient	- Information patient à toutes les étapes de la prise en charge - Confidentialité, Intimité et Dignité du patient - Lettre d'information et consentement patient pour l'endoscopie - Remise du livret d'accueil - Désignation d'une personne de confiance	
Parcours patient	- Délais de rdv pour endoscopie et cs anesthésie - Mise en confiance par l'équipe, y compris le brancardier - Préparation des modalités de sortie dès la consultation	

Dossier patient	- Demande : utilisation du bon institutionnel - Tenue du dossier patient (médical et dossier de soins) traçabilité de l'évaluation de la douleur, poids, taille, BMI, - Check-list - Compte rendu dans la journée	
Accueil patient	- Restauration, Hôtellerie	
Liste Domaines/Thématiques	Points à améliorer	Priorisation pour les actions d'amélioration
Accueil / Droits du patient	- Aborder la possibilité de rédiger les directives anticipées et d'accès au dossier - Réaliser l'inventaire - Pas d'information sur l'intérêt du bracelet d'identitovigilance ; le patient l'a retiré - Télévision coupée dès 16h50	<u>Actions locales :</u> - Rappel aux équipes paramédicales et médicales de la procédure identitovigilance et d'informer le patient sur l'objectif de l'identitovigilance - Informer le patient dès la consultation de la possibilité qu'un autre médecin réalise l'endoscopie - Prescription de tous les traitements, y compris personnels <u>Actions avec l'ensemble des partenaires de la prise en charge</u> - Utiliser la fiche de liaison service-bloc - Proposition de réaliser un chemin clinique déroulement d'une endoscopie <u>Actions transversales</u> :
	- Pas de directive institutionnelle sur fiche ATNC : remplissage papier ou DX Care ? - Pas de traçabilité du suivi du régime sans résidu (patient ne l'as d'ailleurs pas fait) - Pas d'utilisation de la fiche de liaison service –bloc - DUC non livré	
Prise en charge médicamenteuse	- Traitement personnel : pas d'explication sur la prise des traitements par l'équipe - Pas de prescription médicamenteuse réalisée (patient diabétique : interne n'a pas appelé astreinte pour consignes)	
Parcours patient	- Pas d'indication sur l'heure de passage au bloc d'endoscopie - Endoscopie réalisée par un autre médecin que celui annoncé en consultation, patient prévenu à son retour en chambre par le médecin initial	

Annexe 8

Fiche de synthèse patient-traceur

Profil : UCA

Chirurgie ophtalmologique avec anesthésie

Date 9Décembre 2015

Unité/Service/Secteur	UCA Ophtalmologie / Pôle Blocs , NTC ARE
Animateur	Dr C Latarche / Mme M Garbacz

Fonctions des membres de l'équipe présents

- Pr Thomas Fuchs Buder, PU-PH, Coordonnateur Médical UCA Brabois
- Dr Toufik Maalouf,PH, Ophtalmologie
- Mme Guylaine Payo, CS, UCA
- Mr Thiebaut Olivier, IDE, UCA
- Mme Michèle Garbacz, CSS DQU, référent qualité Pôle Blocs
- Dr Clotilde Latarche, PH, Coordonnateur Qualité Gestion des Risques adjoint
- Mr Frédéric Gimenez, Ingénieur Qualité, DQU
- Mme Marie Olivier, Interne Anesthésie –Réanimation

Excusée : Dr Marie Socha, Pharmacien, Responsable du Système de Management de la Qualité de la Prise en Charge Médicamenteuse

Synthèse

Liste Domaines/Thématiques	Points positifs de la prise en charge	Commentaires
Etape Pré-Opératoire	- Information du patient sur sa prise en charge expliquée en consultation chirurgicale et anesthésique - Traçabilité de l'information dans le dossier patient - Eligibilité à la pec en UCA tracée dans un document spécifique et intégré au dossier - Consentement éclairé du patient	

	recueilli et tracé dans le dossier - Désignation d'une personne de confiance, tracée dans le dossier - Remise du passeport ambulatoire, commentée par une IDE dédiée - Préadmission réalisée - Programmation de l'intervention réalisée - Information patient date et horaire admission et de la sortie prévisisble	
Appel de la veille	- Appel réalisé ; patiente absente, message sur répondeur puis nouvel appel à J-1 - Traçabilité dans le dossier informatisé de ces appels et des consignes données et des vérifications effectuées	
Prise en charge pré-opératoire en UCA	- Satisfaction du patient sur conditions d'accueil en UCA avant intervention - Informations transmises au patient sur le déroulement de la journée - Tenue du dossier patient : fiche de liaison, préparation, vérifications traçées dans le Dossier informatisé - Brancardage - Identitovigilance (port du bracelet et questionnement conforme)	
Intervention au bloc opératoire	- Satisfaction du patient sur conditions d'accueil, écoute de la patiente pour installation - Marquage de côté réalisé conforme à la procédure institutionnelle - Documents nécessaires à la prise en charge présents - Prise en charge peropératoire anesthésique tracée - Check-List sécurité du patient réalisée et tracée dans le dossier	

SSPI	- Satisfaction du patient sur conditions d'accueil en SSPI - Information sur la sortie du patient (score d'Aldrete)	
Prise en charge post-opératoire en UCA et sortie	- Fiche de liaison bloc-UCA dans le dossier - Reprise de l'alimentation - Traçabilité de la vérification de l'aptitude au retour - Autorisation de sortie signée par le médecin - Remise au patient des consignes à suivre en post-opératoire : information donnée par le chirurgien et relayée par l'IDE ; - Sortie du patient avec le compte – rendu et lettre au médecin traitant, mention des DMI	
Après le retour à domicile	- Appel du patient à J+1 et traçabilité	
Liste Domaines/Thématiques	Points à améliorer	Priorisation pour les actions d'amélioration
Etape Pré-Opératoire Accueil / Droits du patient	- Signalétique UCA (ascenseurs) - Information sur les modalités d'accès au CHRU avant 7h ; - Information du délai d'intervention entre œil 1 et œil 2 (panne matériel) - Date de la consultation post – opératoire programmée dès la consultation pré-opératoire	<u>Actions locales :</u> - Demande d'actualisation de la signalétique (DQU) - Améliorer l''évaluation de la douleur et prescrire des protocoles conditionnels adaptés (CLUDS) - Hygiène du bureau des admissions (présence de chewing-gums sur les chaises signalée par la patiente) (DQU) - mise à disposition systématique de slips jetables adaptés au surpoids (UCA) - Actualiser la check-List de retour à domicile (UCA) - Anticiper la consultation post –opératoire dès la programmation de l'intervention (UCA)
Appel de la veille	-	
Prise en charge pré-opératoire en UCA	- Généralisation de l'utilisation du dossier informatisé d'anesthésie - Prise en charge médicamenteuse (cf chapitre dédié) - Préparation du patient : mise à disposition systématique de slips jetables adaptés au surpoids	
Intervention au bloc opératoire	- Traçabilité des DMI à informatiser - Prise en charge médicamenteuse (cf chapitre dédié)	

<table>
<tr><td>SSPI</td><td>- Evaluation de la douleur et traçabilité de celle-ci tout au long de la prise en charge
- Prise en charge médicamenteuse (cf chapitre dédié)</td><td rowspan="2">Actions transversales :
1. Prise en charge médicamenteuse : (UCA avec Dr Socha)
- Prescription des traitements personnels
• Mettre en place une procédure institutionnelle avec spécificités de l’ambulatoire
• Définir la responsabilité médicale (anesthésiste et chirurgien)
• Délai de révision des traitements entre consultation d’anesthésie et intervention
- Harmonisation des supports de prescription
- Mise en place de protocoles PHARMA (ex : dilatation, douleur (en lien avec le CLUDS), …)
- Prescription nominative des protocoles au patient
- Réalisation des ordonnances de sortie depuis PHARMA

2. Système d’information : (DQU)
- interopérabilité des logiciels : en cas de modification de date de programmation de l’intervention, tous les logiciels doivent intégrer en temps réel les modifications (ex :prescriptions Pharma, Chimio…)
- Traçabilité des DMI dans Pharma</td></tr>
<tr><td>Prise en charge post-opératoire en UCA et sortie</td><td>- Prise en charge médicamenteuse (cf chapitre dédié)</td></tr>
</table>

BIBLIOGRAPHIE

1. Ministère des Affaires Sociales, de la Santé et de la Ville. 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 de la République Française, 8 décembre 1994 ; 17383-17385.

2. Circulaire n° 394 du 30 avril 1974 relative à la sécurité des malades anesthésiés. Ministère de la Santé Publique et de la Sécurité Sociale.

3. Circulaire n° 340 DGS/POS 3A du 23 mars 1982 relative à la sécurité des malades anesthésiés. Ministère de la Santé.

4. Circulaire n° 431 DGS/3A du 27 juin 1985 relative à la sécurité des malades anesthésiés dans les établissements sanitaires hospitaliers publics et privés. Ministère des Affaires Sociales et de la Solidarité Nationale.

5. SFAR septembre 1991. Recommandations concernant la période préanesthésique (SFAR 1994)

6. Report of the High Committee of Public Health on anesthetic safety. *Cah Anesthesiol.* 1994; 42(1):109-37.

7. Fischer SP. Development and effectiveness of an anesthesia preoperative evaluation clinic in a teaching Hospital. *Anesthesiology.* 1996; 85: 196-206.

8. Conseil National des Médecins. Conseil National de l'Ordre. Recommandations concernant les relations entre anesthésistes-réanimateurs, chirurgiens et autres spécialistes ou professionnels de santé. Mai 1994.

9. Nomenclature générale des actes professionnels des médecins, des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes et des auxiliaires médicaux. *Journal Officiel de la République Française*, 29 décembre 1982, N.C. 11663

10. Klopfenstein CE, Forster A, Van Gessel E. Anesthetic assessment in an outpatient consultation clinic reduces preoperative anxiety. *Can J Anaesth*. 2000 Jun; 47(6):511-5.

11. Sondage BVA. L'image des anesthésistes-réanimateurs français. SNARF, Octobre 1992.

12. Conway JB, Goldberg J, Chung F. Preadmission anaesthesia consultation clinic. *Can J Anaesth*. 1992 Dec; 39(10):1051-7.

13. Blanc-Jouvan M, Mercatello A, Long D, Benoit MP, Khadraoui M, Némoz C, Gaydarova M, Boissel JP, Moskovtchenko JF. The value of anesthesia consultation in relation to the single preanesthetic visit. *Ann Fr Anesth Reanim.* 1999 Oct; 18(8):843-7.

14. Védrinne C, Laroux MC, Blanc P, Durand PG, George M, Lehot JJ. Anesthesia consultation in cardiovascular and thoracic surgery. A survey of patient and physician satisfaction. *Ann Fr Anesth Reanim*. 1999 Oct; 18(8):834-42.

15. Warner MA. Who better than anesthesiologists? The 44th Rovenstine lecture. *Anesthesiology.* 2006 May; 104(5):1094-101.

16. https://www.senat.fr/rap/r05-062/r05-0621.html

17. http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Atlas_SIH_2015-2.pdf

18. Loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

19. Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée. *Journal Officiel de la République Française n°98*.

20. Article L4133-1-1 du Code de Santé Publique.

21. Bally B[1], Steib A, Cabarrot P, Marty J, Dureuil B. Evaluation of practicing professionals: new legal obligation or an approach to continuous quality improvement of care? *Ann Fr Anesth Reanim*. 2006 Mar; 25(3):356-61. Epub 2006 Mar 3.

22. Décret n°2005-346 du 14 avril 2005 relatif à l'évaluation des pratiques professionnelles; *Journal Officiel de la République Française n°88*.

23.http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1661702/fr/le-patient-traceur-en-etablissement-de-sante.

24. Staccini P ; Quaranta J.-F. Modelling the healthcare processes to describe the activities and to improve risk identification. *Risques et qualité en milieu de soins A*. 2007, n°3, pp.143-151.

25. Pontone S[1], Brouard N. Despite corrective measures, will there still be a lack of anaesthetists and intensive care physicians in France by 2020? *Ann Fr Anesth Reanim.* 2010 Dec; 29(12):862-7. doi: 10.1016/j.annfar.2010.10.011.

26. L'anesthésie en France en 1996, résultats d'une enquête de la Société Française d'Anesthésie et de Réanimation. Premiers résultats. La lettre de la SFAR n°20. *Ann Fr Anesth Réanim* 16 (supp6): 1-4, 1997

27. Eon B. et le groupe de travail SFAR – "Dossier d'anesthésie". La consultation d'anesthésie : qualité du dossier*. In : Session professionnelle*, MAPAR Editions, Le Kremlin-Bicêtre, 2002 ; 295-299.

28.https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-03/grille_patient_traceur_chir_ambu.pdf

29. Sonksen J., Grey R., Hickman PH. Safer non cardiac surgery for patients with coronary artery disease. *British Medical Journal* 1998; 317(7170): 1400-1

30. DeMaria S. Jr., DeMaria A.P., Silvay G., Flynn B.C. Use of the BATHE method in the preanesthetic clinic visit. *Anesth. Analg.,* 2011; 113: 1020-1026.

31. Snyder-Ramos S.A., Seintsch H., Bottiger B.W., Motsch J., Martin E., Bauer M. Patient satisfaction and information gain after the preanesthetic visit : a comparison of face-to-face interview, brochure, and video. *Anesth. Analg*., 2005; 100: 1753-1758.

VU

NANCY, le **23 février 2017**
Le Président de Thèse

Professeur Claude MEISTELMAN

NANCY, le **28 février 2017**
Pour le Doyen de la Faculté de Médecine
Le Vice-Doyen,

Professeur Marc DEBOUVERIE

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE/ 9471

NANCY, le **6 mars 2017**

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE LORRAINE,

Pierre MUTZENHARDT

RESUME

Introduction : La consultation d'anesthésie est obligatoire pour tout acte sous anesthésie générale ou locorégionale et permet la planification du parcours patient. L'informatique se déploie dans les établissements de santé, permettant un traitement rapide des données et leur accès à tout instant, mais modifie les organisations en place. Nous avons analysé nos pratiques en matière de consultation d'anesthésie après informatisation de notre service en combinant plusieurs méthodes.

Matériel et méthodes : Il s'agissait d'une étude en qualité des soins dans le cadre d'une évaluation des pratiques professionnelles réalisée au sein du service d'anesthésie de l'hôpital de Brabois du CHRU de Nancy, du 1er novembre 2014 au 31 janvier 2017. Elle comportait 5 étapes : un audit de pratiques, une évaluation du processus d'organisation du service, une mesure de satisfaction des professionnels et des usagers, une évaluation de 2 patients-traceurs et une cartographie du processus avec mise en exergue de risques résiduels.

Résultats : L'audit de pratiques a observé 53 grilles au premier tour et 66 grilles au deuxième tour. L'organisation de référence prévoyait la présence de 2 secrétaires, 2 infirmières et 2 praticiens par vacation. Le nombre de rendez-vous prévu était de 48 par jour au premier tour et 40 par jour au deuxième tour. Jusqu'à 6 annulations survenaient sur 5 jours observés au premier tour versus 3 jours au deuxième. La durée moyenne calculée d'une consultation était de 19,6 minutes versus 24,4 minutes au deuxième tour. Sur 48 patients interrogés, 94% étaient totalement satisfaits du déroulement de leur consultation et 85% l'estimaient aussi importante que la consultation chirurgicale. Les 13 praticiens ayant répondus étaient plutôt d'accord pour dire que l'informatisation de la consultation a modifié leur pratique. L'évaluation par 2 patients-traceurs rapportait une satisfaction globale des usagers. La cartographie du processus élaborée à l'issue des enquêtes mettait en exergue des risques résiduels dont 5 avec une criticité ≥15.

Conclusion : Toute réorganisation, qu'elle soit liée à une augmentation ou à un transfert d'activité, doit comporter une phase d'appropriation du processus cible décrit puis une analyse de risque afin de mettre en place un plan d'actions d'amélioration.

TITRE EN ANGLAIS : Operation of anesthesia consultation : Professional practices evaluation.

THESE : Médecine spécialisée. 2017

MOTS CLES : consultation d'anesthésie, informatisation médicale, évaluation des pratiques professionnelles.

INTITULE ET ADRESSE :

UNIVERSITE DE LORRAINE
Faculté de Médecine
9 avenue de la Forêt de Haye
54505 VANDOEUVRE-LES-NANCY Cedex