

**Dothead** dossier

**Sous-dothead** Critères d'une anesthésie réussie

**Surtitre** enquête

## Les indicateurs d'une bonne anesthésie retenus par la HAS

**Bénédicte Belgacem** <sup>a,\*</sup>

Ingénieur

**Laurent Gerbaud** <sup>a,b</sup>

PU-PH, chef de pôle

**Sylvie Gonnu Levallois** <sup>c</sup>

Médecin anesthésiste

a Pôle Santé publique, CHU, 7 place Henri Dunant, 63000 Clermont-Ferrand, France

b Université Clermont-Auvergne, CNRS-UMR 6602, Institut Pascal, Axe TGI (PEPRADE), 4 avenue Blaise Pascal, TSA 60026/CS 60026, 63178 Aubière cedex, France

c CHU Estaing, 1 place Lucie Aubrac, 63003 Clermont-Ferrand cedex 1, France

*\*Auteur correspondant.*

*Adresse e-mail* : [bbelgacem@chu-clermontferrand.fr](mailto:bbelgacem@chu-clermontferrand.fr) (B. Belgacem).

### Résumé

**La Haute Autorité de santé assure une fonction d'incitation et de suivi de la qualité des soins délivrés dans les établissements de santé français à l'aide d'indicateurs de qualité et de sécurité spécifiques. Dans le domaine de l'anesthésie, les résultats de ses enquêtes biennuelles sont pris en compte dans la certification et dans un mécanisme d'incitation financière à la qualité des soins. Cela nécessite de s'appuyer sur des critères robustes et comparables.**

© 2018

*Mots-clés* – anesthésie ; indicateurs ; qualité ; sécurité

La définition du terme "qualité" est, pour son premier sens, la manière dont quelque chose peut être bonne ou mauvaise et, pour son deuxième sens, la supériorité de quelque chose par rapport à la moyenne, son excellence. Chacun d'entre nous, en tant que professionnel de santé, cherche à offrir des soins de qualité. Mais qu'est-ce que la qualité d'une anesthésie ?

### **T1 La qualité en anesthésie, une notion subjective**

**TEG1 Les compétences techniques et le savoir des professionnels** (qui incluent la formation initiale et la formation continue) sont les premiers aspects d'une bonne anesthésie (**encadré 1**). En effet, lors d'une anesthésie générale (AG), l'équipe d'anesthésie va adapter un "protocole de prise en charge" à la particularité de chaque patient et à la spécificité de chaque chirurgie.

**TEG1 Les médicaments d'anesthésie** et les moyens de surveillance seront choisis au regard des antécédents et du parcours du patient, ainsi que des protocoles ou habitudes de l'équipe chirurgicale.

L'objectif premier est de pratiquer une anesthésie avec une bonne stabilité hémodynamique du patient et un réveil le plus "agréable" possible.

Un autre objectif est d'être à l'écoute du ressenti du patient afin de favoriser un vécu positif face à une situation particulière que représente une chirurgie sous anesthésie.

**TEG1 Enfin, le travail au bloc opératoire doit être un travail d'équipe** où chacun doit se sentir en confiance pour que la collaboration et les interactions des uns avec les autres soient à la fois

professionnelles et bienveillantes [1,2], limitant ainsi la survenue d'évènements indésirables graves (EI).

Chacun de ces aspects peut néanmoins être évalué par une méthode appropriée, comme le suivi d'indicateurs.

### **T1 Pilotage interne et audit externe de la qualité**

**TEG1 Les démarches d'amélioration continue de la qualité des soins** sont aujourd'hui largement développées dans les établissements de santé français. Elles ont été développées par les professionnels de santé avec l'ambition de diffuser une culture qualité et des moyens appropriés tels que les outils de pilotage interne [3-7].

Dans la seconde moitié des années 1990, la nécessité d'obtenir, de la part des hôpitaux et cliniques, des données quantifiables quant à la qualité des soins s'impose en France comme un motif d'action publique [8].

**TEG1 La Haute Autorité de santé (HAS)** est chargée de développer et mettre en œuvre des moyens pour une politique prenant en charge ces deux versants. Il s'agit de favoriser l'apprentissage d'une démarche qualité-sécurité par les organisations, puis de rendre ces dernières "auditables" [9].

Dans le domaine de l'anesthésie, la HAS diligente tous les deux ans une enquête *Indicateurs de Qualité et Sécurité des Soins* (IQSS) nommée DAN (pour dossier d'anesthésie) sur un échantillon de 60 dossiers d'anesthésie provenant de chacun des établissements de santé français ayant une activité de médecine, chirurgie ou obstétrique et pratiquant des actes d'anesthésie générale ou locorégionale.

### **TEG1 Objectifs des enquêtes IQSS**

L'enquête biennale IQSS-DAN a un caractère obligatoire. Les données sont recueillies par les établissements eux-mêmes.

Les résultats de ces indicateurs sont diffusés auprès du public *via* le site internet Scope santé, ils sont affichés dans les établissements et utilisés par la HAS notamment lors des visites de certification.

Il est en effet attendu lors de cette visite qu'un établissement décline un plan d'action d'amélioration au regard d'un indicateur pour lequel il n'atteint pas la valeur cible requise. Ainsi, le plan d'action défini au regard d'un indicateur relatif à la tenue du dossier d'anesthésie inférieur à 80 % alimentera la thématique *14-Management de la prise en charge du patient au bloc opératoire* de la certification V2014.

Les résultats de ces indicateurs sont également pris en compte dans le mécanisme d'incitation financière à la qualité (Ifaq) qui vise à rétribuer les établissements non seulement en fonction de leur activité, mais aussi de leurs efforts en matière de qualité et des résultats enregistrés avec ces indicateurs IQSS.

### **T1 La contrainte de critères contrôlables et explicites**

Cette fonction assignée aux enquêtes IQSS-DAN exerce une très forte contrainte sur le choix du contenu et de la méthode d'évaluation de la qualité et de la sécurité de l'anesthésie. Elle requiert en effet d'élaborer un dispositif non manipulable et vérifiable par un acteur n'ayant pas participé à l'anesthésie et pouvant ne pas en être un spécialiste expérimenté. Ce sont, en l'occurrence, les médecins des Agences régionales de santé (ARS) qui sont chargés d'effectuer le contrôle des données IQSS.

Lors de la conception des enquêtes, il est donc nécessaire de s'assurer que les résultats transmis par les établissements de santé soient contrôlables. Les critères choisis doivent impérativement être explicites, c'est-à-dire exclure tout jugement implicite d'expert tel que « *Le type d'anesthésie est-il adapté à la situation clinique préopératoire ?* » ou « *L'objectif d'épargne morphinique a-t-il été pris en compte ?* ».

Ainsi, l'exploration de la phase périopératoire dans la dernière version de l'enquête HAS sur le dossier d'anesthésie est constituée de deux critères :

- identification du médecin anesthésiste réanimateur sur le document traçant la phase peranesthésique ;
  - mention de la technique d'abord des voies aériennes supérieures en phase peranesthésique [10].
- De cette façon, les données recueillies pour les enquêtes IQSS sont facilement contrôlables et rendent possible la comparaison de résultats entre établissements, ainsi que la publication de ces résultats sur le site Scope santé.

### **TEG1 Les trois indicateurs de l'enquête IQSS-DAN**

La HAS, en collaboration avec des membres de la Société française d'anesthésie réanimation et du Collège français des Anesthésistes Réanimateurs, a élaboré, en 2005, un référentiel spécifique axé sur l'optimisation du dossier d'anesthésie pour gérer le plus efficacement possible l'information utile à l'appréciation du risque anesthésique. Développé, testé et validé, ce référentiel a depuis évolué. Il permet désormais de produire trois indicateurs synthétiques [11] :

- le premier est l'indicateur *Tenue du dossier d'anesthésie*, nommé DAN-TDA, score composite des résultats de 13 critères (*encadré 2*), dont le score moyen national s'élève en 2016 à 86 % ;
- le second est l'indicateur *Traçabilité de l'évaluation de la douleur postopératoire avec une échelle en salle de surveillance postinterventionnelle (SSPI)*, nommé DAN-TRD. Le résultat est la proportion de séjours en SSPI pour lesquels deux mesures de la douleur sont réalisées avec une échelle validée (EVS, EN, EVA ou autre échelle validée), l'une à l'entrée en SSPI et l'autre à la sortie. Le score moyen national s'élève en 2016 à 72 % pour cet item ;
- le dernier est l'indicateur *Sortie de SSPI avec un score de douleur faible*, nommé DAN-EVA.

Le résultat est la proportion de séjours en SSPI pour lesquels la douleur a été mesurée à la sortie de SSPI et est qualifiée de faible (par exemple EN ou EVA  $\leq 3$  sur une échelle en cm). Le score moyen national s'élève en 2016 à 80 %.

La HAS fixe le seuil de conformité à ces indicateurs à 80 %.

La publication biannuelle sur Scope Santé de scores nationaux, régionaux ou par type d'établissement permet de situer les scores d'un établissement par rapport à ceux de son environnement.

Le revers de la médaille est, qu'à la lecture des résultats d'enquête, on peut ressentir un certain éloignement par rapport à la clinique.

### **T1 Autres démarches sécurité et qualité promues par la HAS**

D'autres outils sont aussi encouragés par la HAS et utilisés par les équipes d'anesthésie afin d'améliorer les pratiques professionnelles et donc la qualité et la sécurité des soins.

Outre les check-lists, il s'agit notamment des Revues de morbi-mortalité (RMM), des Comités retour d'expérience (CREX) et des "patients traceurs". Ces moyens sont des supports de réunions en équipe pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire. Les analyses systémiques réalisées lors de ces réunions permettent de prendre en compte de nombreux éléments organisationnels, techniques et humains qui interagissent lors de la prise en charge du patient. Des actions d'amélioration en sont tirées de manière collective sans chercher de coupable. Un CREX dans un bloc opératoire permet par exemple une meilleure communication entre les différentes équipes et donc une amélioration des pratiques collectives.

Le "patient traceur" est une autre méthode utilisée lors de la certification V2014. Elle permet grâce à des entretiens semi-directifs avec un patient et avec l'équipe qui l'a pris en charge, d'évaluer de manière systématique le parcours du patient et, de la même manière, de proposer des actions d'amélioration concernant la prise en charge. Ce moyen d'évaluation plus complexe sert à améliorer non seulement la qualité du soin, mais aussi celle des interactions entre les soignants.

Enfin, des enquêtes de satisfaction réalisées auprès des patients permettent d'informer les équipes sur la qualité des prises en charge, telle que perçue par les patients.

### **T1 Perspectives**

La nécessité de recourir à des indicateurs contrôlables par des médecins non spécialistes de l'anesthésie dans le cadre des enquêtes de qualité et de sécurité des soins conduit à retenir des critères d'appréciation semblant éloignés de la clinique.

C'est pourquoi la tendance est, en parallèle, de déployer des méthodes permettant de développer la culture de sécurité d'une équipe, la qualité du travail en équipe ou encore la capacité à prendre en compte l'expérience des patients qui, mises en œuvre par des personnels ayant l'expérience de démarches qualité, pourraient être plus facilement mobilisatrices du point de vue des professionnels de terrain.

#### *Déclaration de liens d'intérêts*

*Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.*

#### **Références**

- [1] Manser T. Teamwork and patient safety in dynamic domains of healthcare: a review of the literature. *Acta Anaesthesiol Scand.* 2009;53(2):143-51.
- [2] Slim K. Critères d'une bonne anesthésie du point de vue du chirurgien. *Oxymag.* 2018;158:14-9.
- [3] Berwick DM. Continuous improvement as an ideal in healthcare. *N Eng J Med.* 1989;320:53-6.
- [4] Gerbaud L. L'évaluation de la qualité des soins – Concepts généraux. *Le concours médical.* 1996;118(42):3111-6.
- [5] Gerbaud L. L'évaluation de la qualité des soins – Questions pratiques. *Le concours médical.* 1996;118(43):3200-3.
- [6] Kessner DM, Kalk CE, Singer J. Assessing health quality – The case for tracers. *N Eng J Med.* 1973;286-4:189-94.
- [7] Kritchevsky SB, Bryan PS. The tools of quality improvement: CQI versus epidemiology. *Infection control and hospital epidemiology.* 1995;16:499-502.
- [8] Bertillot H. Des indicateurs pour gouverner la qualité hospitalière. *Sociogenèse d'une rationalisation en douceur. Sociologie du travail.* 2016;58:227-52.
- [9] Lombrail P. Indicateurs : modèles conceptuels et mise en œuvre en France. *Risques & Qualité en milieu de soins.* 2009;6(1):5-7.
- [10] Haute Autorité de santé. Référentiel des pratiques professionnelles. Tenue du dossier d'anesthésie. 2005. [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-10/dossier\\_anesthesie\\_ref.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-10/dossier_anesthesie_ref.pdf)
- [11] Haute Autorité de santé. IQSS 2018 – DAN MCO : campagne de recueil des indicateurs de qualité et de sécurité des soins (IQSS) du dossier d'anesthésie. 2017. [https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_2580347/fr/ipaqss-2016-mco-sixieme-campagne-de-recueil-des-indicateurs-du-dossier-anesthesique-dan-mco](https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2580347/fr/ipaqss-2016-mco-sixieme-campagne-de-recueil-des-indicateurs-du-dossier-anesthesique-dan-mco)

#### **Encadré appelé**

##### **Encadré 1. Anesthésie de qualité : l'opinion des lade**

Nous avons posé aux lade de notre service au CHU de Clermont-Ferrand (63) la question : « En tant qu'lade, pouvez-vous définir en une phrase, ce qu'est pour vous une bonne anesthésie ? ».

Voici leurs réponses :

- « *Toutes les mesures de sécurité ont été prises et le patient est confortable en fin d'intervention.* »
- « *Une induction qui s'est bien passée et une anesthésie en adéquation avec la chirurgie.* »
- « *Un patient qui dort bien, avec une bonne tolérance hémodynamique et un bon souvenir pour lui après l'intervention.* »
- « *Un patient bien détendu, au calme pour l'induction jusqu'à son retour dans le service ; de l'anticipation avec une bonne communication dans l'équipe et avec les chirurgiens.* »
- « *Une bonne narcose et une bonne analgésie avec toute la sécurité nécessaire et un bon confort du patient.* »
- « *Un patient bien géré, c'est-à-dire une anesthésie en adéquation avec les antécédents du patient et les impératifs de la chirurgie, dans une atmosphère adéquate depuis l'induction jusqu'au réveil.* »

- « Un patient suffisamment endormi, bien analgésié, voire curarisé QSP, avec une continuité de l'analgésie en salle de surveillance post interventionnelle (SSPI) avec des critères et scores respectés. »
- « Une mise en pratique de toutes mes connaissances pour que le patient soit bien pris en charge de l'arrivée au bloc au départ de la SSPI dans une ambiance communicante et calme. »
- « Une bonne anesthésie combine la satisfaction du patient et la sécurité de la prise en charge (pas de stress, calme du patient et sécurité pour nous). »
- « Une anesthésie avec une bonne stabilité hémodynamique du patient, un réveil rapide et non algique. Optimiser au mieux la prise en charge anesthésique par rapport au patient et à sa prise en charge chirurgicale. »
- « Quelqu'un qui dort bien, qui n'a pas mal, qui se réveille sans vomir, sans douleur et qui est satisfait. »
- « Une anesthésie qui assure au maximum la sécurité du patient sans douleur et que le patient garde un vécu le plus satisfaisant et agréable pour lui. »
- Le malade est pris globalement (relationnel et technique) en charge avec une anesthésie et une analgésie adaptée à la chirurgie
- Un patient non douloureux en postopératoire et une stabilité peropératoire.
- Une anesthésie qui assure le confort et les besoins chirurgicaux et qui permet un réveil confortable (sans agitation ni douleur) et maîtrisé pour le patient
- Un réveil que se passe super bien et donc un malade content de revenir au bloc opératoire pour une deuxième prise en charge
- Un malade sans réveil peropératoire et qui n'a pas mal au réveil
- Une bonne anesthésie, c'est une hémodynamique stable et une analgésie suffisante avec un patient confortable en postopératoire qui garde un bon souvenir de l'induction et du réveil.
- Une anesthésie qui s'adapte au patient, ce qui passe par une bonne surveillance et une bonne appréciation "subjective" exprimée par le patient
- Une bonne stabilité hémodynamique et un bon réveil sans douleur
- Un patient qui s'endort sans stress, avec un réveil calme, serein, sans froid dans une sensation de confort et de sécurité. Un climat de confiance et d'équipe entre le MAR et l'ade, entre l'équipe anesthésique et l'équipe chirurgicale.
- Un réveil sans douleur, dans le calme et dans son lit, avec un patient qui garde un bon vécu de sa prise en charge anesthésique.

Il s'agissait d'une réponse courte spontanée. En effet, chacun aurait sinon, bien évidemment, évoqué le respect des règles de sécurité, l'adaptation de la prise en charge anesthésique au patient et à la chirurgie, un réveil dans de bonnes conditions, une analgésie adéquate, l'importance d'une bonne communication avec le patient, mais aussi d'une communication bienveillante entre les différents professionnels de santé.

Pour les lade interrogés, l'aspect "technique" de l'anesthésie, aussi bien que la prise en charge globale et bienveillante du patient, sont tout aussi importants. Il est intéressant de noter que, malgré la pression du bloc et les horaires étendus d'ouverture des plateaux techniques, nous souhaitons tous que les patients soient prêts à revenir avec le moins d'appréhension possible.

Nous sommes bien au cœur du métier de soignant qui est de "prendre soin" avec toute la technicité et toute l'humanité que cela impose.

**Sylvie Gonnu Levallois**

## **Encadré 2. L'indicateur Tenue du dossier d'anesthésie (TDA) est composé du score obtenu à 13 critères**

1. Identification du patient sur toutes les pièces du dossier.
2. Identification du médecin anesthésiste réanimateur (MAR) sur le document traçant la phase préanesthésique (CPA et/ou VPA).
3. Trace écrite de la visite préanesthésique (VPA).

4. Mention du traitement habituel ou de l'absence de traitement dans le document traçant la CPA (si applicable).
5. Mention de l'évaluation du risque anesthésique dans le document traçant la CPA.
6. Mention du type d'anesthésie proposé au patient dans le document traçant la CPA.
7. Mention de l'évaluation des conditions d'abord des voies aériennes supérieures en phase préanesthésique dans le document traçant la CPA.
8. Identification du MAR sur le document traçant la phase peranesthésique.
9. Mention de la technique d'abord des voies aériennes supérieures en phase per-anesthésique (si applicable).
10. Identification du MAR sur le document traçant la phase post-interventionnelle (si applicable).
11. Autorisation de sortie du patient de la SSPI validée par un médecin anesthésiste réanimateur (si applicable).
12. Trace écrite des prescriptions médicamenteuses en phase post-anesthésique (si applicable).  
L'analyse des prescriptions ne concerne que les patients pris en charge en SSPI.
13. Rubrique renseignée (ou barrée) permettant de relever les incidents ou accidents péri-anesthésiques.