



INDICATEUR DE TENUE DU DOSSIER ANESTHÉSIQUE : RÉSULTATS DU RECUEIL NATIONAL 2009

Anne Le Noël *, Yves Auroy **, Marc Dahlet #, Béatrice Eon #,
 Laurent Jouffroy ¥, Jacques Fusciardi ##, Dan Benhamou **

Dans un contexte de développement d'outils de mesure de la qualité des soins, la Haute Autorité de Santé (HAS) a défini onze indicateurs de qualité des soins (Tableau 1). Ces indicateurs, issus du projet de Coordination pour la mesure de la performance et l'amélioration de la qualité hospitalière (Compaqh), visent à renforcer les stratégies d'amélioration de la qualité déjà en place, et répondent également aux besoins de transparence et d'information exprimés par les patients. Leur recueil a été généralisé en 2008 à l'ensemble des établissements ayant des activités de médecine, de chirurgie et d'obstétrique (MCO), et est maintenant réitéré annuellement. A l'issue de cette première campagne de recueil, le Ministère de la Santé avait fixé un objectif qualité de 80% à atteindre en 3 ans - soit 80% de dossiers conformes en 2011. L'ensemble de ces résultats est mis en ligne et consultable sur une plateforme d'informations sur les établissements de santé (PlatfNES).

L'indicateur portant sur la tenue du dossier d'anesthésie, construit à partir du référentiel d'évaluation des pratiques professionnelles défini par le Collège français d'anesthésie-réanimation (Cfar) et la HAS en 2005, est l'un de ces onze indicateurs. Il est présenté sous la forme d'un score de qualité compris entre 0 et 100, calculé à partir de 13 critères couvrant la totalité de la période périopératoire (**Figure 1**). Pour chaque établissement de soins (ES) concerné, l'indicateur a été calculé sur un échantillon de 60 séjours tirés au sort puis renseigné sur une plateforme internet sécurisée, permettant à chaque établissement d'obtenir des résultats individuels ou comparatifs.

Les résultats de la deuxième campagne de recueil, réalisée en 2009, sont disponibles depuis avril 2010. L'indicateur national a été calculé sur 60690 dossiers, pour 1015 établissements de

soins (ES). Parmi les 1023 ES pour lesquels le recueil était obligatoire car réalisant plus de 500 séjours MCO par an, seuls 31 n'ont pas répondu, soit une diminution du taux de non-réponse de 40% par rapport à 2008. Vingt-neuf ES ayant un statut facultatif ont choisi d'effectuer le recueil.

La valeur moyenne nationale du score de qualité de la tenue du dossier d'anesthésie est de 75%, ce qui représente une augmentation de 8 points par rapport à 2008. La tenue du dossier anesthésique s'est améliorée au niveau national, et le résultat de la moitié des ES a progressé. Cette amélioration touche chacun des critères de qualité évalués : les scores de chacun de ces critères sont représentés sur la **figure 1**. Les critères ayant les moins bons résultats sont l'évaluation préopératoire de conditions d'abord des voies aériennes supérieures (63%), la rubrique des incidents peranesthésiques renseignée (42%) et la trace écrite des prescriptions médicamenteuses post-anesthésiques (45%), même si ces deux derniers critères sont ceux ayant le plus progressé (14 et 13 points respectivement).

L'analyse des résultats selon la catégorie d'ES montre que les résultats des ES sont comparables (moyennes comprises entre 74 et 78%, médianes entre 74 et 79%) et que seuls se détachent les centres de lutte contre le cancer (CLCC) avec un score moyen de 89% : ils sont les seuls à dépasser l'objectif de 80% et 90 % des CLCC ont un score moyen supérieur à la moyenne nationale. Plus de la moitié des CLCC, des centres hospitaliers (CH) et des centres privés a progressé par rapport à 2008. Les ES privés ont la plus grande dispersion des résultats, avec des scores compris entre 28 et 100% et une médiane de 74%.

Tableau 1 : les onze indicateurs retenus par la HAS pour l'évaluation de la qualité des soins à l'échelon national (hors infections nosocomiales)

Thème « Dossier patient » : 4 indicateurs
Tenue du dossier patient
Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation
Traçabilité de l'évaluation de la douleur
Dépistage des troubles nutritionnels
Thème « Tenue du dossier anesthésique » : 1 indicateur
Thème « Prise en charge hospitalière de l'infarctus du myocarde après la phase aiguë » : 6 indicateurs
Prescription d'aspirine
Prescription de beta-bloquant
Mesure de la FEVG et prescription d'inhibiteur de l'enzyme de conversion
Prescription de statine et suivi à distance du bilan lipidique
Sensibilisation aux règles hygiéno-diététiques
Délivrance de conseils pour l'arrêt du tabac

* Interne DES Anesthésie-Réanimation - Hôpital du Val de Grâce, ** Comité Analyse et Maîtrise du Risque de la SFAR, # Comité Scientifique de l'Évaluation des Pratiques Professionnelles du CFAR, ¥ Président de la SFAR, ## Président du CFAR.

L'analyse des résultats par région montre également une grande disparité. En Aquitaine, Midi-Pyrénées, Haute-Normandie, Alsace et Picardie, plus de 50% des ES ont un score supérieur à la moyenne nationale ; en revanche, la Martinique, la Réunion, les Pays de la Loire et la Bretagne se distinguent par la plus grande proportion d'ES significativement inférieurs à la moyenne nationale.

L'intérêt du développement d'un indicateur qualité en anesthésie est incontestable. Construit à partir de l'analyse des facteurs associés au risque anesthésique, il permet une évaluation de la pratique professionnelle reproductible quel que soit l'observateur. Dans un contexte de « démocratie sanitaire », il constitue également un outil de comparaison des ES, informant sur la qualité des soins délivrés. Enfin, dans une démarche d'amélioration de la qualité, il représente un support pour fixer des objectifs à atteindre. Toutefois l'indicateur défini par la HAS souffre de certaines faiblesses. Les critères choisis pour calculer cet indicateur ne couvrent pas toute l'étendue du champ anesthésique : par exemple l'évaluation du risque allergique n'est pas cotée. De plus, l'analyse du dossier d'anesthésie réalisée au travers de cette grille de lecture donne une image biaisée de sa qualité réelle. Le jugement porte principalement sur la forme sans que le fond, à savoir la pertinence du protocole anesthésique ou des prescriptions postopératoires, ne soit évalué. Tous les items le composant doivent être renseignés pour qu'un critère soit considéré comme conforme : ainsi l'identification de l'anesthésiste responsable représente un problème récurrent de la phase pré-anesthésique aux prescriptions postopératoires, car elle n'est pas conforme si le nom lisible et la signature ne sont pas tous deux retrouvés. Par ailleurs, la corrélation de la non-conformité des critères retenus dans le calcul de cet

indicateur avec l'exposition du patient à un risque anesthésique accru reste à prouver. L'absence des éléments évalués dans le dossier d'anesthésie pourrait être associée à un défaut de prise en charge anesthésique, mais le niveau de preuve est insuffisant pour affirmer qu'il existe un impact sur le pronostic des patients. Enfin, l'objectif d'une proportion de 80 % de dossiers bien remplis a été fixé arbitrairement et sans concertation avec la discipline.

Cette analyse révèle cependant des points perfectibles de la prise en charge anesthésique. **L'évaluation de l'abord des voies aériennes supérieures n'est conforme que dans deux tiers des dossiers.** L'absence de validité chez l'enfant de certains critères d'intubation difficile, comme le score de Mallampati, est avancée pour expliquer ce résultat. Il faut cependant noter que le critère est satisfait lorsque le score de Mallampati, la distance thyro-mentonnaire et l'ouverture de bouche sont retrouvés, ou lorsqu'il existe une conclusion explicite. Les dossiers pédiatriques ne permettent donc pas de justifier le faible score obtenu pour ce critère, qui devra être une cible d'amélioration, tout comme les prescriptions médicamenteuses postopératoires et le renseignement des incidents peranesthésiques.

Les CLCC obtiennent des résultats remarquables. Leur supériorité peut être partiellement expliquée par leur faible nombre, car ils représentent moins de 2% des ES intégrés dans la base de référence nationale. Par ailleurs ces centres ont souvent des dossiers informatisés : peut-être faut-il chercher là une piste pour améliorer la qualité du dossier anesthésique (et plus généralement du dossier patient), et faire progresser cet indicateur ? L'objectif national fixé par le Ministère de la Santé pour 2011 est un taux de qualité de 80%. Pour atteindre cet objectif, l'information des médecins anesthésistes est essentielle, afin de faire connaître l'existence de cet indicateur et

des critères qui le composent. L'adhésion des acteurs concernés à cette démarche qualité peut être facilitée par le développement de supports (dossier standardisé informatique ou papier) facilitant la prise en compte des items composant l'indicateur à chaque étape de la prise en charge anesthésique, évitant à la fois les oublis et une consommation excessive de temps.

L'Anesthésie-Réanimation est une (sinon LA) spécialité qui a travaillé le plus jusqu'ici sur le domaine de la sécurité des soins. Qualité et sécurité sont intimement liées. Il est aujourd'hui nécessaire de travailler sur la qualité des prises en charge anesthésiques car il est logique de penser que cette stratégie est porteuse d'amélioration de la sécurité. Il est ainsi logique sinon probable qu'un dossier d'anesthésie bien renseigné sur le thème de l'accès aux voies aériennes permette d'éviter un nombre significatif d'intubations difficiles imprévues, donc de complications anesthésiques et de situations de stress. On rappellera simplement que l'enquête SFAR-INSERM a mis en évidence environ 20 décès annuels associés à une intubation difficile imprévue et que le recueil des EPR ciblés a permis de collecter plusieurs centaines de ces situations en quelques années.

Un dossier bien tenu est aussi le reflet du souci du travail bien fait, de la prise en compte permanente du détail qui font le lit d'une amélioration du pronostic des patients et de la satisfaction qu'ils ressentent lors de leur prise en charge.

Notre discipline doit donc se saisir de l'opportunité qui lui est donnée par le suivi de ces indicateurs, non seulement pour rendre ses résultats (rendus publics) meilleurs mais aussi et surtout pour gagner une nouvelle victoire contre les accidents anesthésiques au plus grand bénéfice de nos patients.

Figure 1 : Critères composant le score « tenue du dossier d'anesthésie »

