



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Indicateurs Pour l'Amélioration de la Qualité et la Sécurité des Soins

Dossier d'anesthésie en médecine, chirurgie et obstétrique

Résultats nationaux de la campagne 2014

Données 2013

5^e campagne nationale

Décembre 2014

Ce document présente les résultats issus du recueil national, en 2014, des indicateurs du thème « Dossier d'anesthésie en secteur MCO » réalisé sous la coordination de la Haute Autorité de Santé (HAS).

Ces indicateurs donnent une image du niveau de qualité des étapes clés de la prise en charge au sein de chacun des établissements concernés. Ils contribuent, au niveau national, à l'observation de la qualité des soins dans les établissements de santé français.

Rapport rédigé avant le contrôle qualité du recueil réalisé par les Agences Régionales de Santé (ARS)

Les résultats nationaux présentés dans ce rapport ne prennent pas en compte les résultats du contrôle qualité réalisé par les ARS dans le cadre de l'Orientation Nationale de Contrôle (ONC) demandée par l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS).

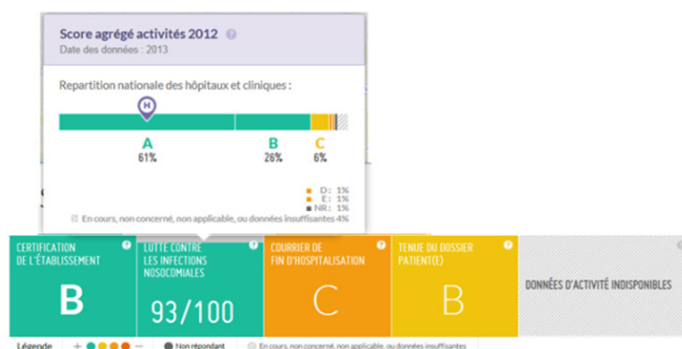
Il a été décidé la publication du rapport dès la fin de la campagne nationale de recueil car l'ONC ne peut avoir un impact que sur les résultats individuels, au niveau de l'établissement. Les référentiels nationaux restent inchangés.

Les résultats des indicateurs suite à l'ONC sont pris en compte dans le cadre de la diffusion publique sur le site Scope Santé et font l'objet d'un rapport national spécifique, diffusé sur le site de la HAS.

Où trouver les résultats de votre structure ?

Les résultats complets individuels et comparatifs de chaque établissement ainsi que l'analyse complémentaire sont accessibles sur la plateforme QUALHAS. Pour y accéder, contacter le Département de l'Information Médicale (DIM) de votre établissement.

Les résultats des indicateurs, diffusés publiquement par établissement, sont disponibles sur le site Scope Santé (www.scopesante.fr), site d'information sur la qualité des prises en charge dans les établissements de santé à destination des usagers, mis en place par la HAS, en partenariat avec le ministère chargé de la santé.



QUALITÉ DU DOSSIER ANESTHÉSIQUE

Cet indicateur évalue la qualité du dossier anesthésique

> EN SAVOIR PLUS

Date des données : 2013
Fréquence de la mise à jour : tous les 2 ans
Source : QUALHAS

	Cotation	Couleur	Valeur de l'indicateur	Intervalle de confiance	Evolution depuis la dernière évaluation
Médecine Chirurgie Obstétrique	A		95	[89 - 100]	→

Légende : + ● - ● ○
● Non répondant (NR)
○ En cours de certification, non concerné (NC), non applicable (NA) ou données insuffisantes

Pour en savoir plus

Le descriptif des indicateurs est disponible sur le site internet :

www.has-sante.fr/portail/jcms/c_970481/ipaqss-recueils-des-indicateurs

Pour nous contacter

Pour toutes questions relatives aux indicateurs, le service IPAQSS (Indicateurs Pour l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins) vous répondra par e-mail : ipaqss@has-sante.fr

Ce rapport a été co-rédigé par Sophie Calmus, Marie Erbaul, Frédéric Capuano, et Christine Sorasith, sous la responsabilité de Catherine Grenier chef du service IPAQSS.

Le secrétariat a été assuré par Virginie Mourao, SIPAQSS, HAS.

Rapport validé par le collège de la HAS le 11 décembre 2014.

Sommaire

Synthèse des résultats des indicateurs nationaux.....	5
Contexte.....	6
Descriptif de la campagne 2014	8
Indicateur « Tenue du dossier d'anesthésie »	10
Indicateur « Traçabilité de l'évaluation de la douleur post opératoire avec une échelle en SSPI (TRD) »	15
Indicateur « Sortie de SSPI avec un score de douleur "faible" »	18
Bilan et perspectives	21
Table des illustrations.....	24
Annexes.....	25
Annexe I. Méthodes de recueil et d'analyse	25
Annexe II. Résultats complémentaires.....	29
Références	38

Synthèse des résultats des indicateurs nationaux

Indicateurs nationaux

La cinquième campagne de recueil de l'indicateur « Tenue du dossier d'anesthésie en MCO » s'est déroulée de mi-février à mi-mai 2014.

Le recueil consiste en une enquête rétrospective portant sur un échantillon aléatoire de 60 séjours de patients hospitalisés sur la période allant de juin à novembre 2013. Il s'agit de séjours, hors séances, pour lesquels l'acte d'anesthésie générale ou locorégionale est identifié par le code activité 4 de la CCAM en hospitalisation conventionnelle ou ambulatoire.

Pour cette cinquième campagne, deux nouveaux indicateurs évaluant la prise en charge de la douleur post-opératoire en salle de surveillance post-interventionnelle (SSPI) ont été généralisés : Traçabilité de l'évaluation de la douleur post opératoire avec une échelle en SSPI ; Sortie de SSPI avec un score de douleur faible.

Le thème « Dossier d'anesthésie en MCO » est ainsi composé de 3 indicateurs :

- **Tenue du dossier d'anesthésie (TDA) ;**
- **Traçabilité de l'évaluation de la douleur post opératoire avec une échelle en SSPI (TRD)**
- **Sortie de SSPI avec un score de douleur faible (EVA).**

Diffusion publique des résultats

Les résultats de l'indicateur « Tenue du dossier d'anesthésie » sont diffusés publiquement en novembre 2014 sur le site Scope Santé de la HAS (www.scopesante.fr).

Ils sont exprimés par rapport à l'atteinte d'un objectif de performance qui est fixé nationalement à 80 %.

Participation des établissements (ES)

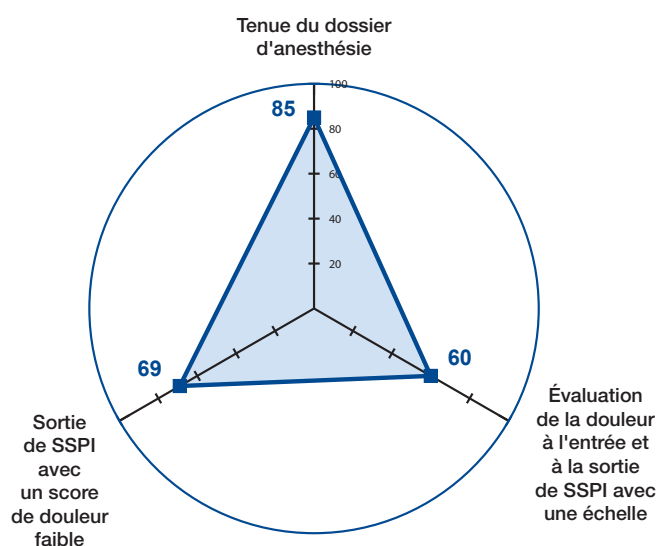
988 établissements de santé ayant une activité d'anesthésie générale ou loco-régionale ont réalisé le recueil, celui-ci était une obligation pour 1 005 établissements. Le taux de participation est de 98 %.

Population évaluée

58 947 dossiers anesthésiques ont été analysés : ils concernaient 58 % de femmes, et l'âge moyen était de 51 ans ; 50 % des patients avaient 53 ans et plus.

Résultats des indicateurs

Graphique 1. Les indicateurs du thème « Dossier d'anesthésie en MCO » – Campagne DAN 2014 - données 2013



Contexte

Politique nationale des indicateurs qualité et sécurité des soins

Depuis 2006 la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) et la Haute Autorité de Santé (HAS) ont engagé des travaux pour mettre en œuvre un recueil national d'indicateurs de qualité et de sécurité des soins afin de disposer, pour l'ensemble des établissements de santé, de tableaux de bord de pilotage de la qualité et de la sécurité des soins.

La HAS a élaboré les indicateurs de qualité et de sécurité des soins sur le thème « Dossier d'anesthésie en MCO » en partenariat avec l'équipe de recherche Coordination pour la Mesure de la Performance et l'Amélioration de la Qualité (COMPAQH). En 2014, la HAS a coordonné la cinquième campagne nationale de recueil de l'indicateur « Tenue du dossier d'anesthésie en MCO » et la première campagne des deux nouveaux indicateurs évaluant la prise en de la douleur post-opératoire (DPO) en salle de surveillance post-interventionnelle¹. Ces deux indicateurs ne seront pas diffusés publiquement cette année car il s'agit de la première campagne de recueil.

Le programme de généralisation des indicateurs, le thème des indicateurs à développer et les modalités de leur utilisation et diffusion sont discutés par le Comité de Pilotage de la Généralisation des Indicateurs nationaux de qualité et de sécurité des soins (COPIL), co-animé par la DGOS et la HAS, et regroupant l'ensemble des parties prenantes dont les fédérations d'établissements de santé, les représentants des directeurs et des présidents de la Commission Médicale d'Etablissement (CME), l'Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation (ATIH) et les représentants des usagers.

La loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires renforce l'utilisation des indicateurs de qualité et de sécurité des soins au sein des établissements de santé et constitue un progrès pour le droit à l'information collective de l'utilisateur en rendant obligatoire la publication, par

chaque établissement de santé, d'indicateurs sur la qualité et sécurité des soins. La liste des indicateurs mis à la disposition du public est fixée annuellement par arrêté ministériel (arrêté du 11 février 2014 fixant les conditions dans lesquelles l'établissement de santé met à la disposition du public les résultats publiés, chaque année, des indicateurs de qualité et de sécurité des soins).

Les résultats de certains de ces indicateurs sont diffusés publiquement sur internet à partir de la deuxième campagne nationale. Cette diffusion publique se faisait auparavant sur le site internet PLATINES de la DGOS et se fait depuis le 28 novembre 2013 sur le site Scope Santé de la HAS (www.scopesante.fr).

Du fait de l'opposabilité croissante des indicateurs [utilisation dans des tableaux de bord de pilotage, Contrat Pluriannuel d'Objectif, et de Moyens (CPOM), dispositif national d'Incitation Financière à l'amélioration de la Qualité (IFAQ), etc.], un contrôle qualité de leur recueil s'avère nécessaire. Depuis 2013, une orientation nationale de contrôle demandée par l'IGAS et coordonnée par la DGOS et la HAS s'applique à l'ensemble des indicateurs nationaux de qualité et de sécurité des soins. Le principe du contrôle qualité du recueil des indicateurs nationaux est d'assurer la fiabilité de l'autoévaluation réalisée lors des campagnes nationales de mesure, en mettant en place une procédure de contrôle aléatoire.

Le champ de cette inspection pour l'année 2014, ne vise que l'indicateur « Tenue du dossier d'anesthésie en MCO », recueilli et diffusé publiquement pour le secteur MCO.

Tous les établissements de santé participant au recueil ont accès, sur la plate-forme QUALHAS, à une information structurée et comparative qui leur permet de se positionner par rapport aux autres établissements et à leur politique qualité conduite ou à engager. La présentation des résultats individuels leur permet d'identifier les voies d'amélioration et, grâce à l'évolution dans le temps, les établissements peuvent valoriser le résultat des actions d'amélioration mises en œuvre.

1. Traçabilité de l'évaluation de la douleur post opératoire avec une échelle en SSPI (TRD) ; 2) Sortie de SSPI avec un score de douleur faible (EVA).

Cette plate-forme permet également aux établissements de se comparer entre eux et d'apprécier ainsi les domaines où des progrès sont possibles pour améliorer la qualité de leurs activités.

La prochaine campagne aura lieu en 2016 et portera sur des séjours de 2015.

Prise en charge anesthésique

L'anesthésie est un acte courant en France. En 2010, plus de 11 millions d'anesthésies ont été réalisées selon la SFAR qui l'a mesuré de façon exhaustive. C'est un acte courant mais c'est aussi un acte à risque. Depuis 1994, un décret a réglementé les conditions de mise en œuvre de l'anesthésie imposant la réalisation d'une consultation pré anesthésique dans les jours précédents l'anesthésie et d'une visite pré anesthésique dans les heures précédant l'intervention, ces 2 actes réalisés par un médecin anesthésiste étant consignés dans le dossier du patient. Les médecins anesthésistes et leur société savante nationale, la SFAR, se sont largement impliqués dans la rédaction du décret et se sont mobilisés pour mettre en œuvre les consultations et visites pré anesthésiques.

La spécialité, depuis de nombreuses années, s'est engagée dans des démarches d'amélioration de la qualité et la sécurité des soins, dont le dossier patient permettant la continuité des prises en charge, est un élément fondamental.

La SFAR a proposé aux professionnels de la spécialité un dossier d'anesthésie type à décliner dans chaque établissement de santé en fonction des besoins spécifiques, et des outils permettant son évaluation. L'indicateur « Tenue du dossier d'anesthésie » s'appuie sur ces éléments.

Depuis 1998, la prise en charge de la douleur est une priorité de santé publique et a fait l'objet de trois plans ministériels. En 2002, la loi relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé pose le soulagement de la douleur comme un droit fondamental pour toute personne. En période post opératoire, la prise en charge de la douleur favorise une récupération fonctionnelle rapide. L'évaluation de la douleur dès la prise en charge en Salle de Surveillance Post Interventionnelle s'inscrit dans ces démarches.

Ce rapport présente les principaux constats issus de l'analyse des résultats de la campagne 2014 des indicateurs du thème « Dossier d'anesthésie en MCO ». Les données ont été recueillies à partir des séjours de la période allant de juin à novembre 2013 (6 mois).

Descriptif de la campagne 2014

L'ensemble des établissements de santé MCO ayant réalisé plus de 500 séjours, hors séances MCO, d'au moins un jour, sur l'année 2013, ont été concernés par le recueil obligatoire des indicateurs du thème « Dossier d'anesthésie en MCO ». Le recueil national s'est déroulé du 15 février au 31 mai 2014. Au total, 988 ES ont participé au recueil des indicateurs et 63 895 dossiers d'anesthésie ont été tirés au sort.

Sélection des séjours analysés

Les dossiers sélectionnés concernent des séjours hors séances pour lesquels sont identifiés un acte d'anesthésie générale ou locorégionale. Sont exclus les séjours avec uniquement des actes d'anesthésie locale et les séjours faisant l'objet d'une prestation inter-établissement, que ce soit en établissement demandeur ou en établissement prestataire.

Parmi les 63 895 dossiers tirés au sort, 8 % ont été exclus pour les raisons suivantes :

- dossiers avec une incohérence PMSI : 0,74 % (479 dossiers) ;
- dossiers avec interventions réalisées sous anesthésie locale : 4,2 % (2 696 dossiers) ;
- dossiers exclus du fait du refus d'exploitation des données le concernant par le patient : 0,09 % (59 dossiers) ;
- dossiers non retrouvés : 2,7 % (1 713 dossiers).

Sur les 58 947 dossiers analysés, 30 % (17 716 dossiers) concernaient des patients pris en charge dans un service de médecine, 60 % (35 138 dossiers) des patients pris en charge dans un service de chirurgie, et 10 % (6 093 dossiers) des patientes prises en charge en obstétrique. Les séjours analysés ont concerné une hospitalisation programmée dans 84,5 % des cas (49 842 dossiers) et une hospitalisation non programmée dans 15,5 % des cas (9 105 dossiers).

Population analysée

La population étudiée comporte 58 % de femmes et 42 % d'hommes. L'âge moyen est de 51 ans (médiane à 53 ans).

Tableau 1. Répartition des dossiers par âge – Campagne DAN 2014 - données 2013

	Nombre de dossiers	Pourcentage (%)
Moins de 18 ans	4 886	8
De 18 à 25 ans	4 081	7
De 26 à 49 ans	17 357	29
De 50 à 64 ans	13 668	23
65 ans et plus	18 955	32

Les patients relèvent majoritairement des classes ASA 1 et ASA 2 qui représentent 83 % des dossiers analysés.

Tableau 2. Répartition des dossiers par classe ASA – Campagne DAN 2014 - données 2013

Classe ASA	Nombre de dossiers	Pourcentage de séjours analysés
ASA 1	23 400	43
ASA 2	21 718	40
ASA 3	9 444	17
ASA 4	380	1
ASA 5	24	0

Présentation des résultats

Les résultats nationaux sont des moyennes pondérées sur l'activité de l'établissement. Ce choix a été fait pour assurer la représentativité des résultats nationaux. Il permet de prendre en compte l'importance relative de chacun des établissements éligibles.

Une comparaison inter-ES avec classement des ES par rapport à une référence (objectif de performance national à 80 %) est réalisée pour les indicateurs diffusés publiquement. Pour chaque indicateur, sont présentés la description de l'indicateur (numérateur, dénominateur), l'analyse nationale des résultats et les principaux constats.

Dans la partie analyse nationale, un tableau présente :

- à titre informatif, pour l'ensemble des dossiers analysés :
 - le nombre d'établissements ayant participé au recueil,
 - le nombre de dossiers inclus,
 - la moyenne brute,
- pour les ES avec plus de 10 dossiers, base de calcul des indicateurs nationaux :
 - le nombre d'établissements,
 - le nombre de dossiers inclus,
 - le résultat minimum,
 - le résultat maximum,
 - le premier quartile (où se situent 25 % des ES),
 - la moyenne nationale pondérée calculée au niveau ES,
 - le troisième quartile (où se situent 75 % des ES),
 - la médiane (où se situent 50 % des ES).

Le calcul de la moyenne pour le score « Tenue du dossier d'anesthésie » est réalisé dans les ES avec plus de 30 dossiers patient inclus. Pour les autres indicateurs, le calcul est réalisé pour les ES avec plus de 10 dossiers patient inclus. La méthode détaillée des calculs et de l'analyse est présentée en [annexe I](#).

En 2014, la méthode de calcul des intervalles de confiance a évolué pour les indicateurs présentés sous forme de taux, ce qui empêche le calcul de l'évolution des résultats des indicateurs entre les deux dernières campagnes nationales. Ce calcul est possible pour l'indicateur TDA (score).

La distribution des résultats des indicateurs par région et par catégorie d'ES sont rapportés en [annexe II](#) (pages 32 à 36). Une réflexion est en cours concernant les méthodes pour assurer la comparabilité inter-régionale des résultats.

Analyse descriptive de la participation des établissements

Le recueil des indicateurs du thème « Dossier d'anesthésie en MCO » était obligatoire pour 1 005 établissements de santé.

Le taux d'établissements répondant est de 98 % pour cette campagne, 18 ES « non répondants » (recueil non débuté ou non finalisé).

Au total, 988 ES ont participé à cette campagne, dont 3 pour lesquels le recueil était facultatif.

Tableau 3. Nombre d'établissements pris en compte pour le calcul des indicateurs du thème Dossier d'anesthésie en MCO – Campagne DAN 2014 - données 2013

Indicateurs	Nombre d'ES avec un effectif de dossiers > à 10 ou à 30
Tenue du dossier d'anesthésie ²	985
Traçabilité de l'évaluation de la douleur post opératoire avec une échelle en SSPI ³	975
Sortie de SSPI avec un score de douleur faible ²	983

Informatisation des dossiers d'anesthésie analysés

Le dossier d'anesthésie est totalement informatisé dans 7 % (4 126 dossiers) des établissements, partiellement dans 43 % (25 347 dossiers) des cas, et non informatisé dans 50 % (29 474 dossiers) des cas.

Tableau 4. Éléments du dossier d'anesthésie informatisés en cas d'informatisation partielle (en %) – Campagne DAN 2014 - données 2013

Rubriques du dossier d'anesthésie	Pourcentage d'informatisation
Consultation pré anesthésique	59
Visite pré-anesthésique dans	15
Fiche per opératoire dans	25
Prescriptions post anesthésiques	69

2. ES retenus pour le calcul de l'indicateur, ceux présentant plus de 30 dossiers.

3. ES retenus pour le calcul de l'indicateur, ceux présentant plus de 10 dossiers.

Indicateur « Tenue du dossier d'anesthésie »

Description et mode d'évaluation

Le dossier d'anesthésie constitue un élément essentiel de la continuité des soins en période péri-anesthésique et péri-interventionnelle. Il contient l'ensemble des informations concernant les phases pré, per et post-anesthésiques. Il contribue au partage de l'information entre les différents médecins intervenant à chaque étape de la prise en charge anesthésique. Ce support d'information constitue ainsi un élément nécessaire à la coordination des soins et participe de la sorte à la maîtrise du risque anesthésique^{II}, ^{III}.

Cet indicateur porte sur la traçabilité de l'information concernant la totalité du processus anesthésique.

L'indicateur évalue la tenue du dossier d'anesthésie et est présenté sous la forme d'un score de qualité calculé à partir de 13 critères au maximum. La qualité de la tenue du dossier patient est d'autant plus grande que le score est proche de 100.

Les 13 critères évalués sont :

Phases pré, per et post-anesthésique

1. Identification du patient sur toutes les pièces du dossier.

Phase pré-anesthésique

2. Identification de l'anesthésiste réanimateur sur le document traçant la phase pré-anesthésique (CPA et/ou VPA).
3. Trace écrite de la visite pré-anesthésique (VPA).

4. Mention du traitement habituel ou de l'absence de traitement dans le document traçant la CPA (ou la VPA) (si applicable).
5. Mention de l'évaluation du risque anesthésique dans le document traçant la CPA (ou la VPA).
6. Mention du type d'anesthésie proposé au patient dans le document traçant la CPA (ou la VPA).
7. Mention de l'évaluation des conditions d'abord des voies aériennes supérieures en phase pré-anesthésique dans le document traçant la CPA (ou la VPA).

Phase per-anesthésique

8. Identification de l'anesthésiste réanimateur sur le document traçant la phase per-anesthésique.
9. Mention de la technique d'abord des voies aériennes supérieures en phase per-anesthésique (si applicable).

Phase post-interventionnelle

10. Identification de l'anesthésiste réanimateur sur le document traçant la phase post-interventionnelle (si applicable).
11. Autorisation de sortie du patient de la SSPI validée par un médecin anesthésiste (si applicable).
12. Trace écrite des prescriptions médicamenteuses en phase post-anesthésique (si applicable).

Phase péri-anesthésique

13. Rubrique renseignée (ou barrée) permettant de relever les incidents ou accidents péri-anesthésiques.

Score individuel	Un score individuel est calculé pour chaque dossier d'anesthésie. Il correspond à la somme des critères satisfaits divisée par la somme des critères applicables.
Score global	Le score global est calculé pour l'ensemble des dossiers d'anesthésie. Il correspond à la moyenne des scores calculés pour chaque dossier d'anesthésie de l'échantillon (x 100).
Diffusion publique	Indicateur diffusé publiquement sur Scope Santé avec un objectif de performance à atteindre de 80 %.
Type d'indicateur	Indicateur de processus. Score composite. Ajustement sur le risque : non.
Importance du thème	Un référentiel d'évaluation des pratiques professionnelles sur la tenue du dossier d'anesthésie a été élaboré par la HAS avec la Société Française d'Anesthésie et de Réanimation (SFAR) et le Collège Français des Anesthésistes-Réanimateurs ^{IV} .

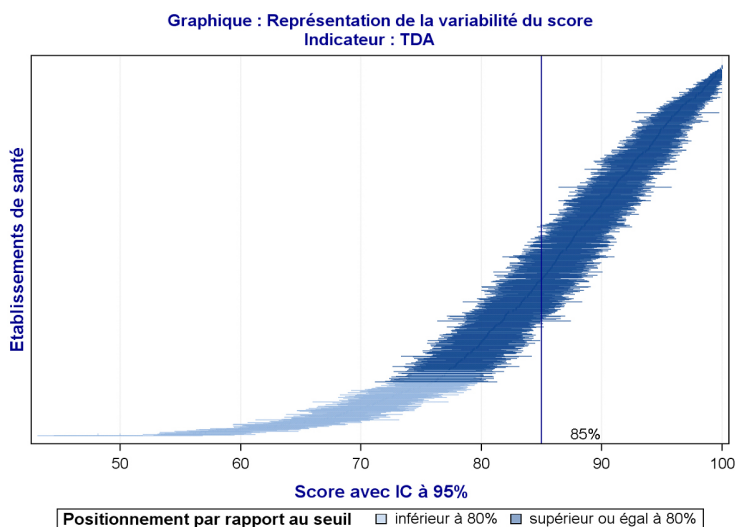
Analyse nationale

Tableau 5. Indicateur « Tenue du dossier d'anesthésie » – Campagne DAN 2014 - données 2013 – Statistiques descriptives et variabilité nationale.

Données 2013		
Ensemble des dossiers évalués	Nbre d'ES	988
	Nbre de dossiers	58 947
	Moyenne brute	86 %
ES avec plus de 30 dossiers*	Nbre d'ES	985
	Nbre de dossiers	58 897
	Min d'ES	48 %
	Moy. pondérée ES*	85 %
	Max d'ES	100 %
	1 ^{er} quartile	80 %
	Médiane**	86 %
	3 ^e quartile	92 %

* Seuls les établissements avec plus de 30 dossiers inclus sont pris en compte pour calculer le score.

** La médiane représente le seuil au-delà duquel la moitié des établissements se situent.



Chaque barre horizontale représente, pour chaque établissement, la valeur de l'indicateur et son intervalle de confiance à 95 %. La barre verticale est la moyenne nationale pondérée. Au vu du graphique, la variabilité inter-établissement existe et s'étend de 48 % à 100 %. Le résultat de trois quarts des ES est supérieur à 80 %.

Tableau 6. Indicateur « Tenue du dossier d'anesthésie » – Campagne DAN 2014 - données 2013 – Positionnement par rapport à l'objectif national de performance de 80 %

	Indicateur Tenue du dossier d'anesthésie						Total
	Classe A (+)		Classe B (=)		Classe C (-)		
Données 2013	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%	N
	617	62,6	225	22,8	143	14,5	985

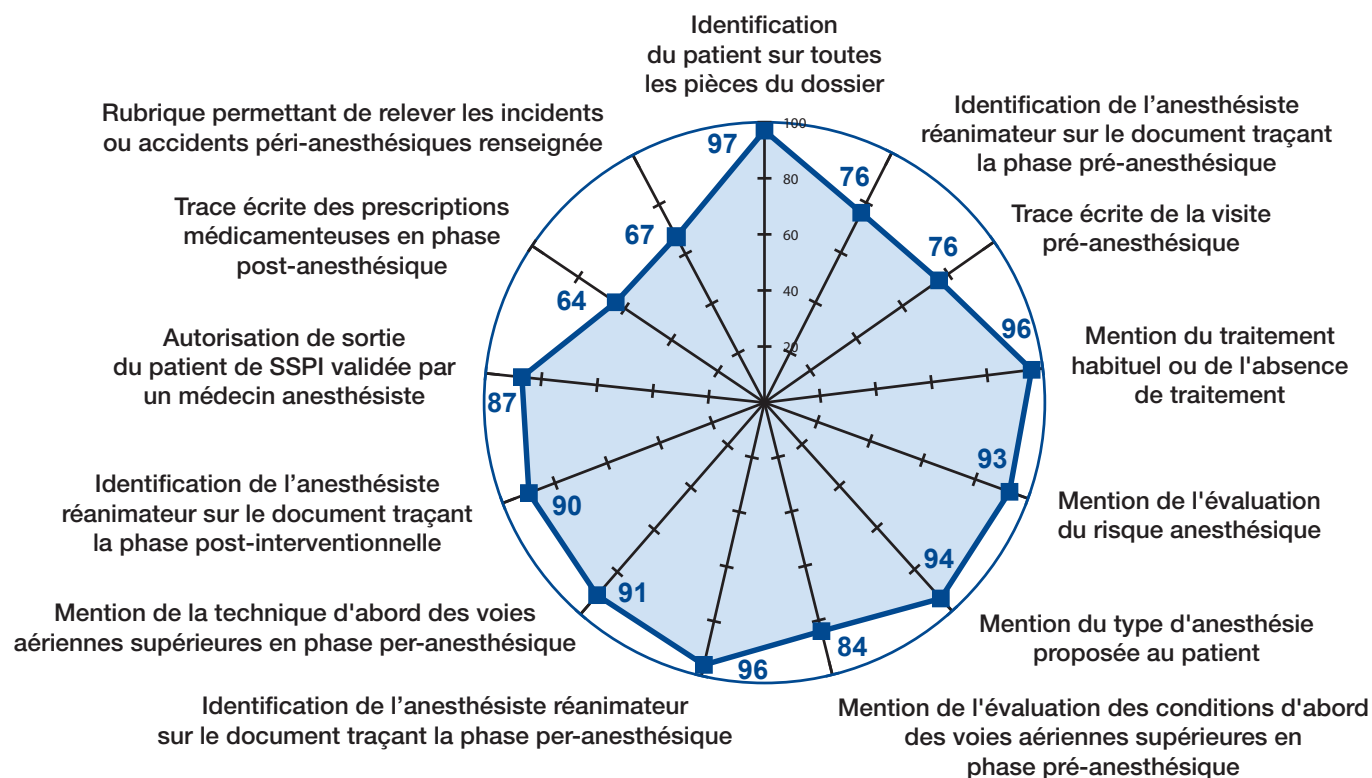
Tableau 7. Indicateur « Tenue du dossier d'anesthésie » – Campagne DAN 2014 - données 2013 – Positionnement par rapport à l'évolution des résultats entre les deux dernières campagnes (2012-2014)

	Indicateur Tenue du dossier d'anesthésie						Total
	Classe A (+)		Classe B (=)		Classe C (-)		
							
Données 2013	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%	N
	274	29,3	519	55,4	143	15,3	936

Parmi les 936 établissements qui ont réalisé les deux dernières campagnes, 29,3 % ont augmenté significativement leur score entre les deux campagnes.

Sur les données de 2013, 143 établissements (15,3%) ont régressé en termes de performance par rapport aux données de 2011. La diminution de leur score est principalement liée à une baisse de conformité importante sur les critères : « Identification de l'anesthésiste réanimateur sur le document traçant la phase pré-anesthésique », « Trace écrite de la visite pré-anesthésique », « Trace écrite des prescriptions médicamenteuses en phase post-anesthésique », et « Rubrique permettant de relever les incidents ou accidents péri-anesthésiques renseignée ».

Graphique 2. Indicateur « Tenue du dossier d'anesthésie » – Campagne DAN 2014 - données 2013 – Critères composant le score de la « Tenue du dossier d'anesthésie »



Principaux constats sur les résultats de l'indicateur « Tenue du dossier d'anesthésie »

- Le score moyen national pondéré pour l'indicateur « Tenue du dossier d'anesthésie » est de 85 % en 2014.
- Dans plus de 8 dossiers sur 10, la mention de l'évaluation des conditions d'abord des voies aériennes supérieures en phase pré-anesthésique est présente, critère considéré comme essentiel dans la maîtrise du risque anesthésique. La rubrique des incidents ou accidents péri-anesthésiques est renseignée dans deux dossiers sur trois, élément important dans la coordination et le suivi du patient.
- En 2014, 85,4 % des ES ont atteint ou dépassé l'objectif de performance de 80 % (classe A et B). Cependant, la variabilité nationale persiste (48 % - 100 %), et est confirmée par les disparités régionales (cf. annexe II) allant de 72 % (Guadeloupe) à 89 % (Languedoc Roussillon et Pays de La Loire).

Résultats complémentaires

L'informatisation améliore le score de l'indicateur « Tenue du dossier d'anesthésie » (score TDA) : 90 % si dossiers totalement informatisés, *versus* 87 % si dossiers partiellement informatisés, *versus* 84 % si dossiers non informatisés.

Phase pré-anesthésique

Dans 76 % des dossiers, une identification de l'anesthésiste réanimateur est retrouvée sur le document traçant la phase pré-anesthésique (consultation et/ou visite pré-anesthésique). Lorsque les patients sont pris en charge pour un acte programmé, la traçabilité du nom de l'anesthésiste réanimateur en consultation pré-anesthésique (CPA) est de plus de 97 %.

Dans 76 % des dossiers, la visite pré anesthésique (VPA) comporte une date et un contenu spécifique noté : s'il y a eu modification ou non de l'état clinique du patient, de ses traitements, s'il en a, ou instauration d'un traitement et si le protocole de prise en charge anesthésique est confirmé ou modifié.

Tableau 8. Causes de non conformités du critère « Identification de l'anesthésiste réanimateur » sur le document traçant la phase pré-anesthésique – Campagne DAN 2014 - données 2013

Total des dossiers analysés	58 947	
TOTAL des dossiers anesthésiques non conformes à l'indicateur	14 147	24 %
A) Absence d'identification de l'anesthésiste réanimateur sur le document traçant la phase pré-anesthésique (CPA + VPA) : Interventions programmées	12 460	21 %
B) Absence d'identification de l'anesthésiste réanimateur sur le document traçant la phase pré-anesthésique (VPA) : Interventions réalisées en urgence	1 463	3 %

L'évaluation du risque anesthésique est présente dans 93 % des dossiers analysés, soit par la cotation du score ASA, et s'il est supérieur à 1 par un commentaire, ou par un commentaire en l'absence de risque supposé.

Tableau 9. Répartition des classes ASA – Campagne DAN 2014 - données 2013

Classe ASA	Nombre de dossiers	Pourcentage de séjours analysés*
ASA 1	23 400	43
ASA 2	21 718	40
ASA 3	9 444	17
ASA 4	380	1
ASA 5	24	0
Total	54 966	100

* Le pourcentage est calculé par rapport au nombre total de dossiers analysés dans lesquels le score ASA est tracé.

Dans 94 % des dossiers, le type d'anesthésie proposée au patient est mentionné dans le document traçant la CPA (ou la VPA en l'absence de CPA).

Dans 84 % des dossiers, la mention de l'évaluation des conditions d'abord des voies supérieures en phase pré-anesthésique dans le document traçant la CPA (ou la VPA en l'absence de CPA) est notée, et comporte le score de Mallampati, la distance thyro-mentonnaire et l'ouverture de bouche, ou un commentaire précisant s'il y a ou non des difficultés prévisibles d'intubation.

Le score de Mallampati est noté dans 92 % des dossiers analysés, la distance thyro-mentonnaire dans 74 % des dossiers analysés, et l'ouverture de bouche dans 82 % des dossiers. Les conclusions explicites sont présentes dans 70 % des dossiers analysés.

Tableau 10. Répartition des classes du score de Mallampati – Campagne DAN 2014 - données 2013

Score de Mallampati	Nombre de dossiers	Pourcentage de séjours analysés*
Classe 1	26 423	51
Classe 2	19 554	38
Classe 3	4 633	9
Classe 4	740	1
Non évaluable	281	1
Total	51 631	100

* Le pourcentage est calculé par rapport au nombre total de dossiers analysés dans lesquels le score de Mallampati est tracé.

Le traitement habituel (ou son absence) est mentionné dans 96 % des dossiers analysés, que ce soit dans le document traçant la consultation ou la visite pré-anesthésique.

Phase per-anesthésique

L'identification de l'anesthésiste réanimateur ayant réalisé l'anesthésie est tracée sur le document traçant la phase per-anesthésique dans 96 % des dossiers d'anesthésie analysés.

La mention de la technique d'abord des voies aériennes est noté dans 91 % des dossiers et le grade de Cormack Lehane est mentionné dans 69 % des dossiers analysés, il est considéré non applicable dans près de 37 % des dossiers.

Tableau 11. Répartition de la valeur du grade Cormack-Lehane – Campagne DAN 2014 - données 2013

Grade Cormack-Lehane	Nombre de dossiers	Pourcentage de séjours analysés*
Grade 1	8 791	25
Grade 2	1 779	5
Grade 3	576	1,6
Grade 4	272	1
Non mentionné	10 847	30,8
NA	12 843	36,6
Total	35 108	100

* Le pourcentage est calculé par rapport au nombre total de dossier analysés dans lesquels le grade de Cormack-Lehane est tracé.

Phase post-anesthésique

L'identification de l'anesthésiste réanimateur en phase post interventionnelle est retrouvée dans 90 % des dossiers analysés lorsque les patients ont été admis en Salle de Surveillance Post Interventionnelle (SSPI).

Dans 88 % des dossiers analysés, l'autorisation de sortie de SSPI est validée par un médecin anesthésiste réanimateur (soit signée par un médecin anesthésiste, soit le résultat de l'examen est pratiqué avant la sortie, soit les résultats du score de réveil sont retrouvés dans le dossier).

Dans 64 % des dossiers analysés (47 106) (passage en SSPI), on retrouve une trace écrite des prescriptions médicamenteuses destinées aux unités d'hospitalisation dans le dossier d'anesthésie.

Tableau 12. Détail de la conformité des prescriptions (en %) – Campagne DAN 2014 - données 2013

	Nombre de dossiers	Pourcentage de dossiers*
Nom et prénom du patient	38 725	82
Date de prescription	37 921	81
Signature de l'anesthésiste réanimateur	35 777	76
Nom de l'anesthésiste réanimateur	36 214	77
Dénomination du médicament	38 708	82
Posologie	37 722	80
Voie d'administration	34 320	73

* Le pourcentage est calculé par rapport au nombre total de dossiers analysés comportant une prescription écrite.

Dans 33 % des dossiers, il n'y a pas de rubrique renseignée ou barrée permettant de relever des accidents ou incidents péri opératoires.

Le score de l'indicateur « Tenue du dossier d'anesthésie » est meilleur dans les CLCC, avec un score de conformité de 94 % ; il est de 87 % dans les ES privés, de 84 % dans les CH, et de 82 % dans les CHU et les ESPIC.

Indicateur « Traçabilité de l'évaluation de la douleur post opératoire avec une échelle en SSPI (TRD) »

Description et mode d'évaluation

La prise en charge de la douleur est une priorité de santé publique, depuis 1998 elle a fait l'objet de 3 plans de santé publique. La loi du 4 mars 2002^V, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, inscrit le soulagement de la douleur comme un droit fondamental de toute personne. Les professionnels s'accordent à reconnaître qu'en période post opératoire, la prise en charge de la douleur favorise une récupération fonctionnelle rapide.

Cet indicateur, présenté sous la forme d'un taux, évalue la traçabilité dans le dossier d'anesthésie de l'évaluation de la douleur post-opératoire avec une échelle sur la feuille de surveillance du patient en SSPI (à l'entrée et à la sortie).

L'évaluation des dossiers d'anesthésie est réalisée à l'aide d'un questionnaire.

L'indicateur évalue le pourcentage de séjours pour lesquels il existe deux résultats de mesure de la douleur avec une échelle sur la feuille de surveillance du patient : une mesure initiale à l'entrée et une deuxième mesure à la sortie ou juste avant la sortie de la SSPI.

Les deux évaluations de la douleur avec une échelle sont recherchées sur la feuille de surveillance en salle de surveillance post-interventionnelle (SSPI).

Cet indicateur ne fera pas l'objet d'une diffusion publique des résultats dans Scope Santé en 2014, car il s'agit du premier recueil national.

Numérateur	Nombre de séjours pour lesquels il existe deux résultats de mesure de la douleur avec une échelle sur la feuille de surveillance du patient : • une mesure initiale à l'entrée ; ET • une mesure à la sortie ou juste avant la sortie de la SSPI.
Dénominateur	Nombre de séjours évalués.
Type d'indicateur	Indicateur de processus. Ajustement sur le risque : non.
Recommandations^{VI, VII, VIII}	La prise en charge de la douleur est une priorité de santé publique (Plan douleur 2006-2010). La douleur doit être systématiquement évaluée et « toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur » (article L.1110-5 du CSP). Il est reconnu et admis de tous qu'afin de mieux dépister, quantifier et suivre l'évolution de la douleur ressentie, il est nécessaire d'utiliser des méthodes fiables et reproductibles. Les évaluations de la douleur doivent donc être effectuées à l'aide d'échelles validées. La prise en charge de la douleur post-opératoire est considérée comme un élément primordial s'inscrivant dans une démarche de santé publique.

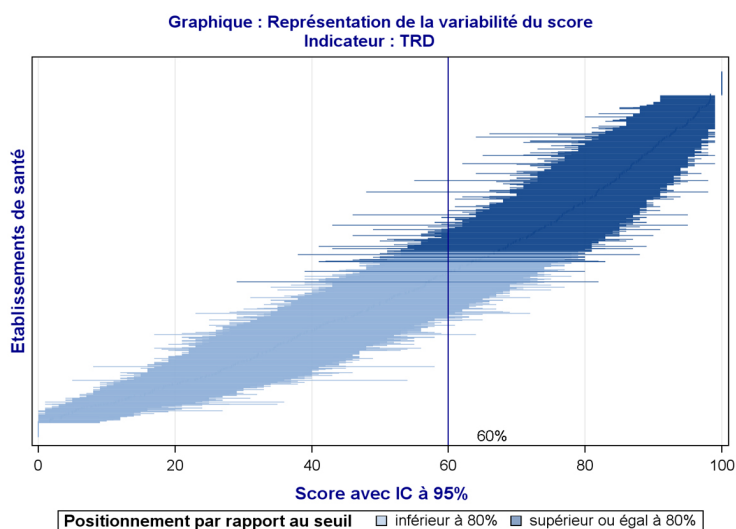
Analyse nationale

Tableau 13. Indicateur « Traçabilité de l'évaluation de la douleur post opératoire avec une échelle en SSPI » – Campagne DAN 2014 - données 2013 – Statistiques descriptives et variabilité nationale.

Données 2013		
Ensemble des dossiers évalués	Nbre d'ES	984
	Nbre de dossiers	48 695
	Moyenne brute	60 %
ES avec plus de 10 dossiers*	Nbre d'ES	975
	Nbre de dossiers	48 651
	Min d'ES	0 %
	Moy. pondérée ES*	60 %
	Max d'ES	100 %
	1 ^{er} quartile	37%
	Médiane**	65 %
	3 ^e quartile	87%

* Seuls les établissements avec plus de 10 dossiers inclus sont pris en compte pour calculer la moyenne nationale pondérée.

** La médiane représente le seuil au-delà duquel la moitié des établissements se situent.



Chaque barre horizontale représente, pour chaque établissement, la valeur de l'indicateur et son intervalle de confiance à 95 %. La barre verticale est la moyenne nationale pondérée. Au vu du graphique, la variabilité inter-établissement existe et s'étend de 0 % à 100 %. Le résultat de trois quarts des ES est supérieur à 37 %.

Tableau 14. Indicateur «Traçabilité de l'évaluation de la douleur post opératoire avec une échelle en SSPI » – Campagne DAN 2014 - données 2013 – Positionnement par rapport à la moyenne nationale.

				Total
Nombre d'ES	405	258	315	975
% d'ES	41,2	26,5	32,3	

Le positionnement par rapport à la moyenne nationale est expliqué en [annexe 1](#).

Principaux constats sur les résultats de l'indicateur « Traçabilité de l'évaluation de la douleur post opératoire avec une échelle en SSPI »

- Le taux moyen national 2014 de l'indicateur «Traçabilité de l'évaluation de la douleur post opératoire avec une échelle en SSPI » est de 60 %.
- Plus de 40 % des établissements comportent une évaluation de la douleur dans plus de 60 % de leurs dossiers.
- Il s'agit du premier recueil national : il n'y a donc pas de positionnement par rapport à l'objectif national de performance à 80 %, ni de diffusion publique sur Scope Santé.

Résultats complémentaires

Sur les 58 947 dossiers évalués dans ce recueil, 48 695 ont été inclus dans le calcul de l'indicateur, et 10 252 dossiers d'anesthésie ont été exclus car les patients n'étaient pas en état de faire l'objet d'une évaluation de la douleur à leur entrée en SSPI.

23 % des dossiers ne comportent aucune trace de l'évaluation de la douleur avec une échelle au cours de la prise en charge en SSPI, alors que cette évaluation était compatible avec l'état du patient.

Dans 77 % des dossiers (37 438 dossiers), l'intensité de la douleur est évaluée avec une échelle. De nombreuses échelles sont utilisées, certaines étant développées au sein de l'établissement.

Les échelles les plus utilisées sont : l'échelle visuelle analogique en centimètre ou en millimètre, les échelles numériques en centimètre ou en millimètre et l'échelle verbale simple.

Tableau 15. Répartition en fonction du type d'échelle utilisée – Campagne DAN 2014 - données 2013

	Nombre de dossiers	Pourcentage de séjours analysés*
Sans échelle	11 257	23
Avec une échelle		
EVA (cm ou mm)	13 529	28
EVS	8 209	17
EN (cm ou mm)	9 583	20
Autres	6 117	13
Total	48 695	100

* Le pourcentage est calculé par rapport au nombre total de dossiers analysés comportant une évaluation de la douleur.

Dans 6 % des dossiers, l'évaluation de la douleur est tracée à l'entrée mais pas à la sortie, et dans 11 % des dossiers, la douleur n'est pas tracée à l'entrée mais elle l'est à la sortie. Dans 66 % des dossiers, on retrouve une évaluation de la douleur à l'entrée, et dans 71 % des dossiers, une évaluation de la douleur à la sortie.

Tableau 16. Évaluation de la douleur avec une échelle à l'entrée et/ou la sortie de SSPI – Campagne DAN 2014 - données 2013

	Nombre de dossiers	Pourcentage de séjours analysés*
Évaluation à l'entrée et à la sortie	29 216	60
Évaluation à l'entrée, mais pas à la sortie	3 017	6
Pas d'évaluation à l'entrée, mais évaluation à la sortie	5 205	11
Pas d'évaluation à l'entrée, ni à la sortie de SSPI	11 257	33
Total	48 695	100

* Le pourcentage est calculé par rapport au nombre total de dossiers analysés comportant une évaluation de la douleur.

Dans les centres de lutte contre le cancer, 86 % des dossiers évalués comportent une évaluation de la douleur à l'entrée et à la sortie ; ce taux est de 64 % dans les établissements privés, de 56 % dans les CHU et les ESPIC et de 52 % dans les CH.

Indicateur « Sortie de SSPI avec un score de douleur "faible" »

Description et mode d'évaluation

Cet indicateur, présenté sous la forme d'un taux, mesure l'évaluation de la douleur qualifiée de « faible » (EVA < 30) comme critère de sortie.

L'évaluation des dossiers d'anesthésie est réalisée à l'aide d'un questionnaire.

L'indicateur EVA évalue le pourcentage de séjours pour lesquels il existe une mesure de la douleur avec une

échelle sur la feuille de surveillance du patient à la sortie ou juste avant la sortie de la SSPI, et pour lesquels la sortie se fait avec une douleur qualifiée de « faible » (EVA < 30).

Cet indicateur ne fera pas l'objet d'une diffusion publique des résultats dans Scope Santé en 2014, car il s'agit du premier recueil national.

Numérateur	Nombre de séjours pour lesquels : • une mesure à la sortie ou juste avant la sortie de la SSPI est réalisée ; ET • la sortie se fait avec une douleur qualifiée de « faible » (ex : EVA < 30 – échelle EVA en mm).
Dénominateur	Nombre de séjours évalués.
Type d'indicateur	Indicateur de processus. Ajustement sur le risque : non.
Recommandations ^{vi, vii, viii}	La prise en charge de la douleur est une priorité de santé publique (Plan douleur 2006-2010). La douleur doit être systématiquement évaluée et « toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur » (article L.1110-5 du CSP). Il est reconnu et admis de tous qu'afin de mieux dépister, quantifier et suivre l'évolution de la douleur ressentie, il est nécessaire d'utiliser des méthodes fiables et reproductibles. Les évaluations de la douleur doivent donc être effectuées à l'aide d'échelles validées. La prise en charge de la douleur postopératoire est considérée comme un élément primordial s'inscrivant dans une démarche de santé publique.

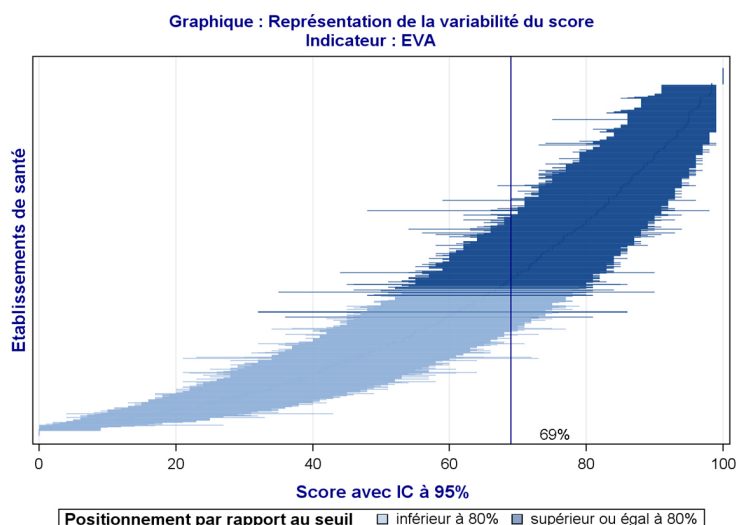
Analyse nationale

Tableau 17. Indicateur « Sortie de SSPI avec un score de douleur faible » – Campagne DAN 2014 - données 2013 – Statistiques descriptives et variabilité nationale.

Données 2013		
Ensemble des dossiers évalués	Nbre d'ES	985
	Nbre de dossiers	52 379
	Moyenne brute	68 %
ES avec plus de 10 dossiers*	Nbre d'ES	983
	Nbre de dossiers	52 365
	Min d'ES	0 %
	Moy. pondérée ES*	69 %
	Max d'ES	100 %
	1 ^{er} quartile	54 %
	Médiane**	75 %
	3 ^e quartile	89 %

* Seuls les établissements avec plus de 30 dossiers inclus sont pris en compte pour calculer la moyenne nationale pondérée.

** La médiane représente le seuil au-delà duquel la moitié des établissements se situent.



Chaque barre horizontale représente, pour chaque établissement, la valeur de l'indicateur et son intervalle de confiance à 95 %. La barre verticale est la moyenne nationale pondérée. Au vu du graphique, la variabilité inter-établissement existe et s'étend de 0 % à 100 %. Le résultat de trois quarts des ES est supérieur à 54 %.

Principaux constats sur les résultats de l'indicateur « Sortie de SSPI avec un score de douleur faible »

- Le taux moyen national de patients sortis de SSPI avec un score de douleur faible est de 69 % pour le premier recueil national 2014.
- La variabilité nationale (0 % - 100 %) est retrouvée au niveau des écarts de moyennes régionales (cf. [annexe II](#)) allant de 54 % (Centre) à 83 % (Poitou Charentes).
- Il s'agit du premier recueil national : il n'y a donc pas de positionnement par rapport à l'objectif national de performance à 80 %, ni de diffusion publique sur Scope Santé.

Résultats complémentaires

Sur les 58 947 dossiers évalués dans ce recueil, 52 379 ont été inclus dans le calcul de l'indicateur, et 6 568 ont été exclus car les patients n'étaient pas en état de faire l'objet d'une évaluation de la douleur à leur sortie de SSPI.

Parmi ces dossiers, 29 % (n = 14 975) ne tracent aucune évaluation de la douleur avec une échelle à la sortie de la SSPI.

Le score de la douleur en SSPI n'est pas tracé avec une échelle dans 14 904 dossiers, et pour 71 dossiers l'évaluation de la douleur a été réalisée avec une échelle, mais l'intensité n'a pas été tracée.

Lorsque l'évaluation de la douleur à la sortie est tracée, elle présente une bonne prise en charge de la douleur puisque 97 % des patients quittent la SSPI sans douleur ou avec une douleur de faible intensité.

Tableau 18. Intensité de la douleur à la sortie ou juste avant la sortie de SSPI – Campagne DAN 2014 - données 2013

Intensité de la douleur	Nombre de dossiers	Pourcentage de dossiers
Pas de douleur	28 634	77
Douleur faible	7 071	19
Douleur modérée	1 216	3
Douleur intense	310	1
Douleur insupportable	153	0
Total	37 404	100

Parmi les dossiers comportant une trace de l'évaluation de la douleur en SSPI, 49 % (n = 18 200) comportent également la trace d'une prescription d'antalgiques. 35 % des dossiers de patients pris en charge en SSPI comportent la trace d'une prescription d'antalgiques.

Tableau 19. Intensité de la douleur et prescription d'antalgiques en SSPI – Campagne DAN 2014 - données 2013

Intensité de la douleur à la sortie de SSPI	Population		Avec prescription d'antalgiques	
	Nbre	%	Nbre	%
Pas de douleur	28 634	77	11 727	41
Douleur faible	7 071	19	5 088	72
Douleur modérée	1 216	3	1 010	83
Douleur intense	310	1	275	89
Douleur insupportable	153	0	90	59
Total	37 404	100	18 190	

Dans les centres de lutte contre le cancer, en moyenne, 86 % des dossiers évalués comportent une mesure l'évaluation de la douleur réalisée avec une échelle qualifiée de « faible » (EVA < 30) à la sortie ou juste avant la sortie de SSPI. Ce taux est de 64 % dans les ES Privés, de 56 % dans les CHU et les ESPIC, et de 52 % dans les CH.

Bilan et perspectives

La HAS a piloté au premier semestre 2014, pour la cinquième fois depuis 2008 le recueil de l'indicateur sur le thème du « Dossier d'anesthésie en MCO ».

L'anesthésie est un acte couramment pratiqué en France, plus de 11 millions ont été réalisées en 2010. Les conditions de sa mise en œuvre ont été réglementées en 1994 (Décret n° 94-1050 du 5 décembre 1994¹, 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).

La société savante d'anesthésie réanimation, la SFAR, a défini pour la spécialité les éléments devant figurer dans le dossier d'anesthésie et proposé aux professionnels des outils d'évaluation de leur propres dossiers au regard des recommandations de bonne pratique définies par la SFAR. Certains de ces critères font l'objet d'une évaluation pour calculer le score de l'indicateur « Tenue du dossier d'anesthésie ».

Par ailleurs, la prise en charge de la douleur est une priorité de santé publique depuis 1998, le soulagement de la douleur est un droit inscrit dans la loi de 2002 relative aux droits des patients et à la qualité du système de santé. Après une intervention chirurgicale, le soulagement de la douleur permet une meilleure récupération fonctionnelle. Les indicateurs concernant la prise en charge de la douleur ont pour objet de mesurer la mise en œuvre rapide d'une évaluation de la douleur et sa prise en charge en Salle de surveillance post interventionnelle.

Les résultats des indicateurs peuvent être utilisés au sein des établissements de santé pour améliorer la qualité de la prise en charge en anesthésie. Ils ont permis aux ES participants d'analyser leurs résultats individuels et comparatifs, et de mesurer l'impact des actions d'amélioration mises en place lors des quatre précédents recueils.

Cette campagne a été l'occasion pour les ES, de réaliser le premier recueil généralisé de deux indicateurs évaluant la prise en charge de la douleur post-opératoire en salle de surveillance post-interventionnelle. Ces deux indicateurs ne seront pas diffusés publiquement cette année car il s'agit de la première campagne, et la communi-

cation se fera cette année à partir des seuls résultats agrégés diffusés dans ce rapport.

Les résultats de cette cinquième campagne présentés dans ce rapport sont issus d'une analyse de dossiers d'anesthésie en hospitalisation complète entre juin et novembre 2013. Les résultats de l'indicateur « Tenue du dossier d'anesthésie », soumis à diffusion publique, sont diffusés sur le site Scope Santé pour les établissements dont la diffusion est obligatoire.

L'analyse des résultats permet plusieurs constats :

► Un taux de participation des ES important

Plus de 98 % des établissements concernés ont participé à cette campagne. Le nombre de dossiers analysés est ainsi de 58 947.

► La pertinence des indicateurs généralisés est confirmée

La variabilité inter établissement des résultats reste importante pour l'indicateur Tenue du dossier d'anesthésie, même si 85 % des établissements ont atteint ou dépassé le seuil de performance. Pour les 2 indicateurs permettant d'évaluer la prise en charge de la douleur, la variabilité est très importante et les résultats montrent une marge d'amélioration réelle.

L'indicateur composite **Tenue du dossier d'anesthésie** présente un score moyen national pondéré de 85 %. En [annexe 1](#), sont explicitées les méthodes de recueil et d'analyse des indicateurs.

La consultation pré anesthésique est tracée dans plus de 97 % des dossiers analysés lorsqu'il s'agit d'une intervention programmée. La visite pré anesthésique est tracée dans 76 % des dossiers et comporte le nom de l'anesthésiste, la date de réalisation et des informations sur le contenu. Le traitement habituel du patient est tracé dans 96 % des dossiers, l'évaluation du risque anesthésique dans 93 %, l'évaluation des conditions d'abord des voies aériennes supérieures dans 84 %.

Le nom du médecin ayant réalisé l'anesthésie est tracé dans 96 % des dossiers, et la technique de ventilation dans 91 %.

Le nom de l'anesthésiste réanimateur responsable du patient lors de sa prise en charge en SSPI est tracé dans 90 % des dossiers, l'autorisation de sortie de SSPI validée est tracée dans 87 % des dossiers, et les prescriptions médicamenteuses de la phase post anesthésiques sont tracées dans 64% des dossiers. La rubrique permettant de relever les accidents ou incidents péri anesthésiques n'est remplie ou barrée que dans 67 % des dossiers.

L'évaluation de la douleur post opératoire avec une échelle en SSPI est tracée à l'entrée et à la sortie dans 60 % des dossiers évalués.

L'évaluation de la douleur avec une échelle à l'entrée est tracée dans 66 % des dossiers, à la sortie elle l'est dans 71 %. Les échelles visuelles analogiques, numériques ou verbales simples sont les plus utilisées.

L'indicateur **Sortie de SSPI avec un score de douleur faible**, correspond à une mesure à la sortie avec une échelle et un score de douleur faible qui est tracée dans 69% des dossiers.

Parmi les dossiers comportant une trace de l'évaluation de la douleur, 49 % comportent également la trace d'une prescription d'antalgiques.

Parmi les dossiers comportant une mesure de la douleur à la sortie, 95 % des patients quittent la SSPI sans douleur ou avec une douleur de faible intensité, et 5 % des patients quittent la SSPI avec une douleur allant de modérée à insupportable.

41 % des dossiers traçant une absence de douleur comportent une prescription d'antalgiques, 72 % pour les dossiers traçant une douleur faible, 83 % pour les dossiers traçant une douleur modérée, 89 % pour les dossiers traçant une douleur intense et 59 % pour les dossiers traçant une douleur insupportable. Parmi les 153 dossiers d'anesthésie présentant une douleur insupportable à la sortie de SSPI, 63 dossiers ne comportent pas de trace d'antalgiques durant la prise en charge.

► L'informatisation du dossier d'anesthésie

L'analyse a porté sur 58 947 dossiers parmi lesquels 7 % sont entièrement informatisés, 44 % sont partiellement informatisés, et 49 % ne sont pas informatisés.

Lorsque l'informatisation est partielle, elle concerne la consultation pré anesthésique dans 59 % des dossiers, la visite pré-anesthésique dans 15 % des dossiers, la fiche per opératoire dans 25 % des dossiers, et les prescriptions post-anesthésiques dans 69 % des dossiers.

L'informatisation améliore le score de l'indicateur « Tenue du dossier d'anesthésie ».

Il est de 90 % pour les dossiers totalement informatisés, *versus* 87 % partiellement, *versus* 84% non informatisé.

L'informatisation améliore de plus de 20 points la traçabilité des prescriptions médicamenteuses post anesthésiques (73 % informatisation totale *versus* 52 % non informatisé).

► Quelques résultats par type d'établissements

Les centres de lutte contre le cancer (CLCC) présentent de meilleurs résultats pour tous les indicateurs, ainsi que les établissements privés.

Ainsi l'indicateur « Tenue du dossier d'anesthésie » présente un score de 94 % dans les CLCC, de 87 % dans les établissements privés, de 84 % dans les centres hospitaliers (CH), et de 82 % dans les centres hospitaliers universitaires (CHU) et les établissements de santé privés d'intérêt collectif (ESPIC).

L'indicateur « Traçabilité de l'évaluation de la douleur post opératoire avec une échelle en SSPI » présente une moyenne nationale pondérée de 86 % dans les CLCC, de 64 % dans les établissements privés, de 56 % dans les CHU et les ESPIC et de 52 % dans les CH.

L'indicateur « Sortie de SSPI avec un score de douleur faible » présente quant à lui une moyenne nationale pondérée de 77 % dans les CLCC, de 75 % dans les établissements privés, de 66 % dans les ESPIC, de 60 % dans les CH et de 58 % dans les CHU.

Au regard de ces résultats plusieurs constats et recommandations peuvent être faits.

Les résultats de l'indicateur « Tenue du dossier d'anesthésie » ont atteint dans de nombreux établissements un score très élevé puisque la grande majorité des établissements (85 %) présente un score supérieur à l'objectif de performance. Depuis 2008, où cet indicateur est recueilli, le score moyen national est passé de 67 % à 86 %⁴ soit une augmentation de 19 points.

Les critères intégrés dans le score composite « Tenue du dossier d'anesthésie » présentent des taux de conformité élevés, cependant la traçabilité des prescriptions post anesthésique destinées aux unités d'hospitalisation reste à 64 % et pourrait être améliorée, il est à noter que l'informatisation du dossier améliore notablement cette traçabilité. De même, la traçabilité de la présence ou de l'absence d'accidents ou incidents péri anesthésiques n'est que de 67 %.

La traçabilité de l'évaluation de la douleur reste insuffisante en SSPI :

4. Le score moyen brut est de 86%, le score pondéré de 85 %. La méthode de calcul des indicateurs ayant changé, la comparaison ne peut se faire que sur le score moyen brut.

- 23 % des dossiers ne comportent aucune trace de l'évaluation de la douleur au cours de la prise en charge en SSPI (ni à l'entrée, ni à la sortie de la SSPI), alors que l'état du patient était compatible avec cette évaluation.
- 29 % des dossiers ne tracent pas d'évaluation de la douleur à la sortie de la SSPI.

Lorsque l'évaluation de la douleur à la sortie est tracée, elle reflète une bonne prise en charge puisque 95 % des patients avec un score tracé quittent la SSPI sans douleur ou avec une douleur de faible intensité. Cependant, 5 % des dossiers (1 679) tracent une douleur à la sortie de la SSPI de modérée à insupportable, parmi eux il est à noter que 304 dossiers ne présentent pas de prescription d'antalgiques au cours de la prise en charge en SSPI, ce qui correspond à 1 % des dossiers comportant une évaluation de la douleur.

Il semble aujourd'hui surprenant que des patients puissent sortir de SSPI avec un score de douleur tracé et d'intensité modérée à insupportable.

Les professionnels se proposent d'engager une analyse de ces dossiers afin de comprendre ce qui a fait que la douleur a pu atteindre une telle intensité.

La société savante se propose de mobiliser les professionnels pour que la douleur en SSPI soit évaluée systématiquement à l'entrée et à la sortie pour tous les patients pris en charge.

Le prochain recueil des indicateurs du thème « Dossier d'anesthésie en MCO » sera mis en œuvre par la HAS en 2016. Celui-ci portera sur des dossiers de l'année 2015. Les résultats du sixième recueil pour les indicateurs concernés seront diffusés publiquement, conformément à la loi HPST. Les indicateurs soumis à diffusion publique seront proposés par le groupe de travail réalisant l'actualisation des indicateurs et la liste sera validée par le comité de pilotage comportant les représentants des structures professionnelles et les pouvoirs publics.

Table des illustrations

Graphique 1. Les indicateurs du thème « Dossier d'anesthésie en MCO »	5
Graphique 2. Indicateur « Tenue du dossier d'anesthésie » – Critères composant le score de la « Tenue du dossier d'anesthésie »	12
Graphique 3. Répartition de l'âge des patients	29
Graphique 4. Sexe du patient	29
Graphique 5. Type de prise en charge	29
Graphique 6. Degré d'informatisation du dossier d'anesthésie	30
Tableau 1. Répartition des dossiers par âge.....	8
Tableau 2. Répartition des dossiers par classe ASA.....	8
Tableau 3. Nombre d'établissements pris en compte pour le calcul des indicateurs du thème Dossier d'anesthésie en MCO	9
Tableau 4. Éléments du dossier d'anesthésie informatisés en cas d'informatisation partielle.....	9
Tableau 5. Indicateur « Tenue du dossier d'anesthésie » – Statistiques descriptives et variabilité nationale	11
Tableau 6. Indicateur « Tenue du dossier d'anesthésie » – Positionnement par rapport à l'objectif national de performance de 80 %.....	11
Tableau 7. Indicateur « Tenue du dossier d'anesthésie » – Positionnement par rapport à l'évolution des résultats entre les deux dernières campagnes (2012-2014).....	11
Tableau 8. Causes de non conformités du critère « Identification de l'anesthésiste réanimateur » sur le document traçant la phase pré-anesthésique	13
Tableau 9. Répartition des classes ASA	13
Tableau 10. Répartition des classes du score de Mallampati.....	13
Tableau 11. Répartition de la valeur du grade Cormack-Lehane	14
Tableau 12. Détail de la conformité des prescriptions.....	14
Tableau 13. Indicateur « Traçabilité de l'évaluation de la douleur post opératoire avec une échelle en SSPI » – Statistiques descriptives et variabilité nationale	16
Tableau 14. Indicateur « Traçabilité de l'évaluation de la douleur post opératoire avec une échelle en SSPI » – Positionnement par rapport à la moyenne nationale.....	16
Tableau 15. Répartition en fonction du type d'échelle utilisée	17
Tableau 16. Évaluation de la douleur avec une échelle à l'entrée et/ou la sortie de SSPI.....	17
Tableau 17. Indicateur « Sortie de SSPI avec un score de douleur faible » – Statistiques descriptives et variabilité nationale.....	19
Tableau 18. Intensité de la douleur à la sortie ou juste avant la sortie de SSPI.....	20
Tableau 19. Intensité de la douleur et prescription d'antalgiques en SSPI.....	20
Tableau 20. Répartition du nombre d'établissements en fonction des indicateurs.....	30
Tableau 21. Indicateur « Tenue du dossier d'anesthésie » – Distribution par rapport à la moyenne nationale pondérée... 31	
Tableau 22. Répartition des établissements participants et « Non répondants » par régions	32
Tableau 23. Indicateur « Tenue du dossier d'anesthésie » – Moyennes régionales.....	33
Tableau 24. Indicateur « Traçabilité de l'évaluation de la douleur post opératoire avec une échelle en SSPI » – Moyennes régionales.....	34
Tableau 25. Indicateur « Sortie de SSPI avec un score de douleur faible » – Moyennes régionales	35
Tableau 26. Indicateurs du thème « Dossier d'anesthésie en MCO »	36
Tableau 27. Indicateur « Tenue du dossier d'anesthésie » – Statistiques descriptives par catégorie d'établissement	36
Tableau 28. Indicateur « Traçabilité de l'évaluation de la douleur post opératoire avec une échelle en SSPI » – Statistiques descriptives par catégorie d'établissement	36
Tableau 29. Indicateur « Sortie de SSPI avec un score de douleur faible » – Statistiques descriptives par catégorie d'établissement	37

Annexe I. Méthodes de recueil et d'analyse

Le « Guide méthodologique de production des résultats comparatifs des indicateurs de qualité et de sécurité des soins sur la plateforme QUALHAS - Campagne nationale IPAQSS 2013 », disponible sur le site de la HAS, précise les méthodes statistiques utilisées pour la production des résultats comparatifs.

► Recueil et restitution des données

Chaque année, la HAS organise une campagne nationale de recueil d'indicateurs. Pour chaque campagne, plusieurs thématiques sont concernées, et peuvent être transversales ou de spécialité, en alternance une année sur deux. Chaque thème est lui-même composé d'un ou de plusieurs indicateurs de qualité et de sécurité des soins (IQSS).

Outils

Le recueil des données se fait via l'utilisation d'outils informatiques développés par l'ATIH (Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation). Ils permettent à la fois le recueil et la restitution en temps réel de résultats pour chaque indicateur recueilli par l'établissement de santé (ES) et se composent de :

- LOTAS : logiciel de tirage au sort des séjours analysés qui servent au calcul des indicateurs - les spécifications du logiciel sont construits à partir des données du PMSI (Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information) ;
- QUALHAS : plate-forme Internet sécurisée à laquelle chaque établissement se connecte à l'aide d'un identifiant et d'un mot de passe afin de saisir les informations. Ce système permet de restituer aux ES des résultats individuels dès la fin de la saisie, et des résultats comparatifs.

Plusieurs niveaux de validation sont prévus par le système et permettent un contrôle *a priori* des données saisies : identification des opérateurs de saisie au sein des ES, étape de « verrouillage » qui donne accès à la lecture des résultats individuels, et enfin étape de « validation » qui rend impossible toute modification ultérieure des données saisies.

Toutes les données agrégées, présentées dans ce document, sont issues de la plate-forme de recueil QUALHAS et ont été saisies par les établissements.

Modalités de recueil

Le dossier patient est utilisé comme source de données car il contient l'ensemble des informations médicales, soignantes, sociales et administratives qui permettent d'assurer la prise en charge coordonnée d'un patient et la continuité des soins. C'est à partir du dossier que l'on assure la traçabilité de la démarche de prise en charge du patient. Le contenu du dossier patient est défini par le décret n° 2002-637 du 29 avril 2002 relatif à l'accès aux informations personnelles détenues par les professionnels et les établissements de santé en application des articles L. 1111-7 et L. 1112-1 du code de la santé publique. Ce dossier contient des informations de différents types : compte-rendu d'hospitalisation, observations médicales, feuilles de soins, prescriptions, résultats des examens, etc.

La sélection des séjours (dossiers) à évaluer est réalisée par tirage au sort à partir des bases nationales de séjours hospitaliers issus du PMSI pour les différents champs d'activité : médecine, chirurgie et obstétrique (MCO), soins de suite et de réadaptation (SSR), santé mentale (PSY) et hospitalisation à domicile (HAD), sur une période donnée et avec des critères de sélection spécifiques pour chaque recueil d'IQSS. Le recueil des IQSS, réalisé par l'ES, consiste en un audit rétrospectif portant sur un échantillon aléatoire de séjours (dossiers) :

- soit sur l'année N-1 de la campagne de recueil pour les indicateurs de spécialités ;
- soit sur une période de l'année N-1 de la campagne de recueil pour les indicateurs transversaux.

Selon les thèmes, 60 ou 80 séjours maximum doivent être analysés par ES.

Le nombre de dossiers évalués est identique quelles que soient la taille et la catégorie des ES participant au recueil national. Ce nombre de dossiers relativement faible est un compromis entre une charge de travail acceptable, tous types de structure confondus, et une précision statistique suffisante de l'indicateur estimé à partir de l'échantillon. Un intervalle de confiance à 95 % calculé sur l'échantillon est présenté avec le résultat de chaque indicateur, et ne tient pas compte de l'activité de l'ES. Pour plus de précision sur le calcul de l'intervalle de confiance, cf. Guide méthodologique.

► Mode de présentation des IQSS par ES

Les résultats des indicateurs de qualité par ES se présentent :

- soit sous la forme d'un score de qualité, constitué de plusieurs critères, compris entre 0 et 100, qui correspond à la moyenne des critères calculés pour chaque dossier de l'échantillon (x 100) [exemple : Tenue du dossier patient (TDP)] ;
- soit sous la forme de proportions ou pourcentages ou taux pour les variables binaires [exemple : Traçabilité de l'évaluation de la douleur (TRD)] ;
- soit sous la forme d'une médiane de durée pour les délais [exemple : Délai médian entre l'arrivée dans l'établissement et la réalisation d'une imagerie cérébrale en heures pour la prise en charge initiale des AVC (IMA)].

► Méthodes de comparaison

Estimation des références

Deux types de mesure de valeurs centrales sont produites comme référence :

- une moyenne pondérée par le nombre de séjours éligibles par ES (total des séjours comptabilisés dans le PMSI sur la période considérée). Chaque ES se voit ainsi attribuer un poids en fonction de son activité sur la période considérée : plus son activité est importante, plus son poids sera important et il participera donc d'autant plus au calcul de la moyenne.

Pour les indicateurs de type score, un seuil minimum de 31 dossiers à évaluer par ES a été retenu pour que les résultats de celui-ci soient pris en compte dans les résultats comparatifs.

Pour les indicateurs de type proportion, un seuil minimum de 10 dossiers à évaluer par ES a été retenu pour que les résultats de celui-ci soient intégrés dans les comparatifs ;

- une médiane corrigée pour les indicateurs de type délai. Les délais aberrants statistiquement (délais strictement supérieurs à une borne) sont supprimés du calcul de la référence pour l'ensemble des dossiers inclus dans l'analyse.

Pour les indicateurs de type délai, un seuil minimum de 10 dossiers à évaluer a été retenu pour que les résultats de l'ES soient intégrés dans la comparaison inter-ES.

Pour plus de précisions sur l'estimation des références, cf. Guide méthodologique.

Évolution de la méthode de calcul des intervalles de confiance

À partir des campagnes de recueil de 2013, deux modifications ont impactées les résultats des référentiels nationaux, régionaux et par catégories d'établissement.

La méthode de calcul des intervalles de confiance a évolué afin de prendre de compte d'une part, les établissements ayant entre 10 et 30 dossiers et, d'autre part le volume d'activité dans l'estimation des résultats nationaux.

Premièrement, un certain nombre d'établissements à faible activité peuvent désormais prendre part aux campagnes. En effet, le seuil minimum de dossiers à recueillir par établissement a été réduit à 10 au lieu de 30 pour tous les indicateurs estimant des taux⁵. La population des établissements représentés dans les campagnes n'est donc plus tout à fait la même puisque une partie non négligeable⁶ des établissements à faible activité est intégrée.

5. Cette modification a nécessité l'intégration de nouvelles contraintes dans le calcul de précision des indicateurs. Les intervalles de confiance sont maintenant calculés en utilisant la loi binomiale, vraie loi de distribution des indicateurs estimés par taux, et non plus une approximation par la loi normale qui n'est possible que sur les échantillons suffisamment grands.

6. Les établissements qui ne sont pas en capacité de tirer au sort plus de 10 dossiers restent exclus.

C'est pour cette raison que les tableaux d'évolution de classes des établissements pour les indicateurs par taux ne sont pas présentés.

Deuxièmement, les référentiels sont dorénavant pondérés et tiennent compte des volumes d'activité des établissements participant au recueil des indicateurs. Ainsi, les référentiels reflètent au plus près l'ensemble des séjours réalisés sur le territoire ou dans la catégorie d'établissement.

En conséquence, ces modifications, à la fois sur la population des établissements étudiés et sur la méthode de calcul des référentiels, provoquent une rupture dans la continuité des résultats. Ainsi, les référentiels d'avant 2013 ne sont pas comparés aux référentiels d'après 2013.

Types de référence

La plate-forme QUALHAS permet à chaque ES de se comparer à quatre types de références.

- Trois références dans l'espace :
 - une « **référence nationale** » ;
 - une « **référence régionale** » : les ES ont accès au résultat moyen ou médian de leur région ;
 - une « **référence par catégorie d'ES** » : les ES ont accès au résultat moyen ou médian de leur catégorie.
- Un « **objectif national de performance** » a été défini dès 2009 par le Ministère chargé de la santé comme seuil à atteindre par les ES. Chaque année, une instruction DGOS relative aux modalités pratiques de mise à la disposition du public par les ES, des résultats des indicateurs de qualité et de sécurité des soins, redéfinit la liste des indicateurs et les objectifs nationaux de performance correspondants.

► Méthodes de présentation des résultats

Deux présentations sont proposées. Les ES sont comparés par rapport :

- à la moyenne pondérée (de tous les ES), via des pictogrammes de couleur vert, jaune et orange ;
- à l'objectif national de performance, via des classes « + », « = » et « - ».

Positionnement par rapport à la moyenne pondérée

Le positionnement d'un ES par rapport à la moyenne de référence est décliné en pictogramme de couleur vert, jaune et orange. Ces 3 couleurs représentent 3 classes ou niveaux de qualité décroissants.

Indicateurs de type score ou proportion

Les 3 premières classes sont définies en comparant l'intervalle de confiance (IC) à 95 % de la moyenne des scores ou des proportions de l'ES à la moyenne de référence retenue pour l'indicateur analysé.

Une quatrième classe non affichée est créée pour les ES « **Non répondants** ».



ES dont la borne basse de l'IC à 95 % est supérieure à la moyenne de référence : la position de l'ES est dite « **significativement supérieure à la moyenne pondérée de référence** ».



ES dont l'IC à 95 % coupe la référence : la position de l'ES est dite « **non significativement différente de la moyenne pondérée de référence** ».



ES dont la borne haute de l'IC à 95 % est inférieure à la moyenne de référence : la position de l'ES est dite « **significativement inférieure à la moyenne pondérée de référence** ».

Indicateurs de type délai

La méthode de comparaison dans le cadre d'un indicateur de délai reste à définir.

Positionnement par rapport à l'objectif de performance

Indicateurs de type score ou proportion

Trois classes sont définies en comparant l'intervalle de confiance (IC) à 95 % de la moyenne des scores ou des proportions de l'ES à l'objectif national de performance.

Une quatrième classe non affichée est créée pour les ES « **Non répondants** ».

Classe « + »	ES dont la borne basse de l'IC à 95 % est supérieure à l'objectif national de performance, on dit que la position de l'ES est « significativement supérieure à l'objectif national de performance ».
Classe « = »	ES dont l'IC à 95 % coupe l'objectif national de performance, on dit que la position de l'ES est « non significativement différente à l'objectif national de performance ».
Classe « - »	ES dont la borne haute de l'IC à 95 % est inférieure à l'objectif national de performance, on dit que la position de l'ES « est significativement inférieure à l'objectif national de performance ».

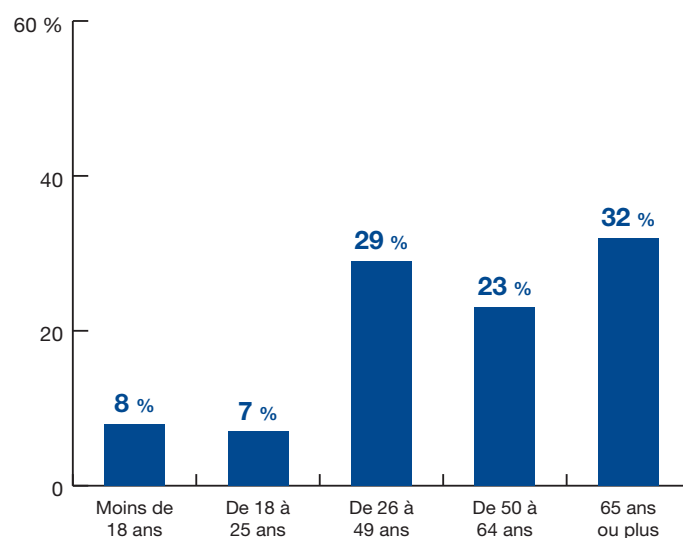
Indicateurs de type délai

Il n'existe pas d'objectif national de performance sur les indicateurs de délais.

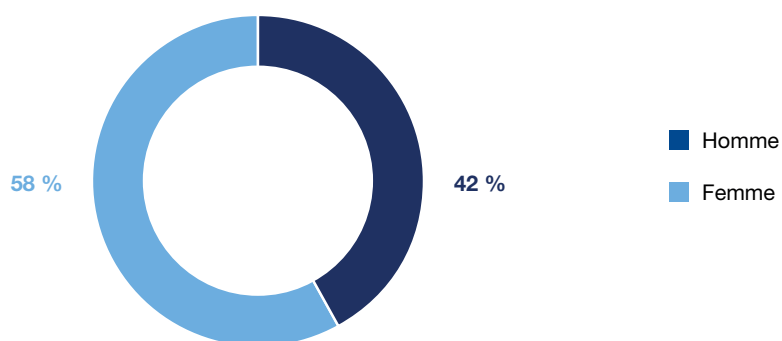
Annexe II. Résultats complémentaires

► Population de la base

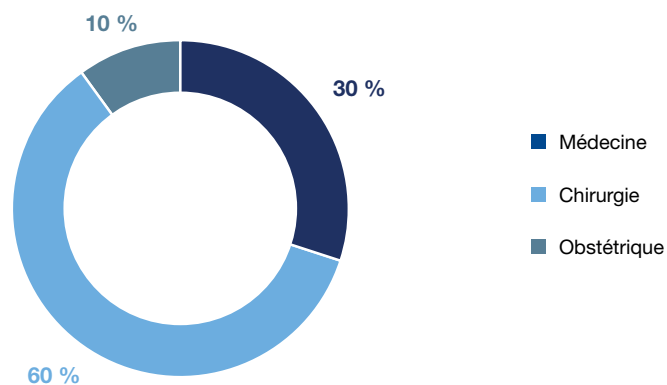
Graphique 3. Répartition de l'âge des patients – Campagne DAN 2014 - données 2013



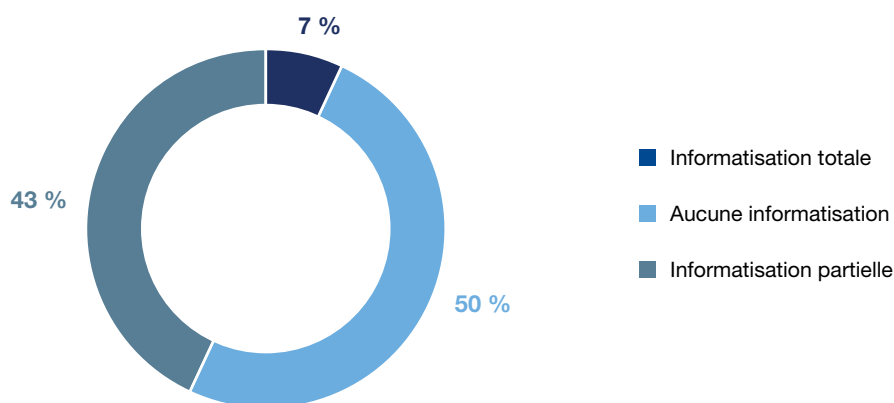
Graphique 4. Sexe du patient – Campagne DAN 2014 - données 2013



Graphique 5. Type de prise en charge – Campagne DAN 2014 - données 2013



Graphique 6. Degré d'informatisation du dossier d'anesthésie – Campagne DAN 2014 - données 2013



► Description des effectifs des établissements de santé

Tableau 20. Répartition du nombre d'établissements en fonction des indicateurs – Campagne DAN 2014 - données 2013

			Nbre d'ES n'entrant pas dans la référence nationale		Référence nationale
Indicateurs	Campagne	Population totale	Nbre d'ES « non répondant »	Nbre d'ES avec effectif $10 \leq N < 30$	Nbre d'ES avec effectif $N > 30$
Tenue du dossier d'anesthésie	2014	1 008	18	5	985

			Nbre d'ES « non répondant »	Nbre d'ES avec effectif < 10	Nbre d'ES avec effectif $N \geq 10$
Traçabilité de l'évaluation de la douleur post opératoire avec une échelle en SSPI	2014	1 008	18	15	975
Sortie de SSPI avec un score de douleur faible	2014	1 008	18	7	983

► **Distribution des établissements par rapport à la moyenne nationale**

Le tableau 21 présente pour l'indicateur « Tenue du dossier d'anesthésie », la distribution des ES par rapport à la moyenne nationale. Pour les 3 indicateurs du thème « Dossier d'anesthésie en MCO » diffusés publiquement, la distribution des ES est aussi réalisée par rapport au seuil national de performance, tableau dans la présentation des résultats de chaque indicateur.

Tableau 21. Indicateur « Tenue du dossier d'anesthésie » – Distribution par rapport à la moyenne nationale pondérée – Campagne DPA MCO 2014 - données 2013

Indicateurs	Moyenne nationale pondérée (en %)				
Tenue du dossier d'anesthésie	85	Nombre d'ES	442	242	301
		% d'ES	44,9	24,6	30,6

Tableau 22. Répartition des établissements participants et « Non répondants » par régions – Campagne DAN 2014 - données 2013

Régions	Nombre d'ES participants	Nombre d'ES « non répondant »
Alsace	24	0
Aquitaine	60	4
Auvergne	22	0
Basse Normandie	26	0
Bourgogne	31	0
Bretagne	41	0
Centre	35	0
Champagne Ardenne	28	0
Corse	7	1
Franche Comté	14	0
Guadeloupe	5	2
Guyane	4	0
Haute Normandie	26	0
Ile de France	171	5
Languedoc Roussillon	41	1
Limousin	13	0
Lorraine	33	1
Martinique	3	0
Midi Pyrénées	45	0
Nord Pas de Calais	64	0
Océan Indien	9	0
PACA	101	2
Pays de la Loire	44	0
Picardie	26	2
Poitou Charentes	27	0
Rhône Alpes	90	0

Les chiffres présentés dans les pages suivantes pour chacun des indicateurs sont bruts. Ils ne représentent pas un classement régional par rapport aux résultats des indicateurs.

Une réflexion est en cours concernant une représentation cartographique des résultats inter-régionaux.

► Distribution des moyennes régionales par indicateur

Tableau 23. Indicateur « Tenue du dossier d'anesthésie » – Campagne DAN 2014 - données 2013 – Moyennes régionales (en %)

Régions	ES composant la référence nationale = 985	Moyenne nationale pondérée = 85
	Nombre d'ES avec effectif N ≥ 31	Moyenne par région (en %)
Alsace	24	87
Aquitaine	60	87
Auvergne	22	81
Basse Normandie	26	85
Bourgogne	30	85
Bretagne	41	85
Centre	35	84
Champagne Ardenne	28	82
Corse	7	84
Franche Comté	14	84
Guadeloupe	5	72
Guyane	4	87
Haute Normandie	25	87
Ile de France	170	84
Languedoc Roussillon	41	89
Limousin	13	85
Lorraine	33	85
Martinique	3	84
Midi Pyrénées	45	86
Nord Pas de Calais	63	86
Océan Indien	9	79
PACA	101	86
Pays de la Loire	44	89
Picardie	25	81
Poitou Charentes	27	88
Rhône Alpes	90	84

Tableau 24. Indicateur « Traçabilité de l'évaluation de la douleur post opératoire avec une échelle en SSPI » – Campagne DAN 2014 - données 2013 – Moyennes régionales (en %)

Régions	ES composant la référence nationale = 975	Moyenne nationale pondérée = 60
	Nombre d'ES avec effectif N ≥ 10	Moyenne par région (en %)
Alsace	23	54
Aquitaine	60	69
Auvergne	22	56
Basse Normandie	26	56
Bourgogne	29	52
Bretagne	39	55
Centre	35	47
Champagne Ardenne	28	54
Corse	7	64
Franche Comté	14	61
Guadeloupe	4	68
Guyane	4	55
Haute Normandie	25	51
Ile de France	170	60
Languedoc Roussillon	41	54
Limousin	13	38
Lorraine	32	64
Martinique	3	54
Midi Pyrénées	45	69
Nord Pas de Calais	62	47
Océan Indien	9	56
PACA	100	70
Pays de la Loire	43	69
Picardie	26	43
Poitou Charentes	26	79
Rhône Alpes	89	64

Tableau 25. Indicateur « Sortie de SSPI avec un score de douleur faible » – Campagne DAN 2014 - données 2013
– Moyennes régionales (en %)

Régions	ES composant la référence nationale = 983	Moyenne nationale pondérée = 69
	Nombre d'ES avec effectif N ≥ 10	Moyenne par région (en %)
Alsace	24	75
Aquitaine	60	75
Auvergne	22	65
Basse Normandie	26	67
Bourgogne	30	64
Bretagne	41	70
Centre	35	54
Champagne Ardenne	28	67
Corse	7	70
Franche Comté	14	76
Guadeloupe	4	71
Guyane	4	63
Haute Normandie	26	61
Ile de France	170	68
Languedoc Roussillon	41	68
Limousin	13	56
Lorraine	33	73
Martinique	3	53
Midi Pyrénées	45	76
Nord Pas de Calais	63	56
Océan Indien	9	60
PACA	101	75
Pays de la Loire	43	73
Picardie	26	56
Poitou Charentes	26	83
Rhône Alpes	89	73

► Informations par catégorie d'établissement

Tableau 26. Indicateurs du thème « Dossier d'anesthésie en MCO » – Campagne DAN 2014 - données 2013

Catégories d'ES	Nbre d'ES participants	Nbre d'ES « non répondants »
CHU*	60	1
CH	346	5
CLCC	19	0
ESPIC	60	3
Privé	505	9

* Le nombre de CHU intègre 17 établissements de l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris, chaque site géographique est comptabilisé pour un établissement.

► Distribution des moyennes par catégorie d'établissement

Tableau 27. Indicateur « Tenue du dossier d'anesthésie » – Campagne DAN 2014 - données 2013 – Statistiques descriptives par catégorie d'établissement (en %)

Catégories d'ES	ES composant la référence nationale	Moyenne nationale = 85
	Nombre d'ES avec effectif N ≥ 31	Moyenne par catégorie (en %)
CHU*	60	82
CH	344	84
CLCC	19	94
ESPIC	59	82
Privé	503	87

Tableau 28. Indicateur « Traçabilité de l'évaluation de la douleur post opératoire avec une échelle en SSPI » – Campagne DAN 2014 - données 2013 – Statistiques descriptives par catégorie d'établissement (en %)

Catégories d'ES	ES composant la référence nationale	Moyenne nationale = 60
	Nombre d'ES avec effectif N ≥ 10	Moyenne par catégorie (en %)
CHU*	60	56
CH	343	52
CLCC	17	86
ESPIC	59	56
Privé	496	64

Tableau 29. Indicateur « Sortie de SSPI avec un score de douleur faible » – Campagne DAN 2014 - données 2013 – Statistiques descriptives par catégorie d'établissement (en %)

Catégories d'ES	ES composant la référence nationale	Moyenne nationale = 69
	Nombre d'ES avec effectif N ≥ 10	Moyenne par catégorie (en %)
CHU*	60	58
CH	343	60
CLCC	19	77
ESPIC	59	66
Privé	502	75

Références

I. Décret n° 94-1050 du 5 décembre 1994 relatif aux conditions techniques de fonctionnement des établissements de santé en ce qui concerne la pratique d'anesthésie et modifiant le code de la santé publique (troisième partie : Décrets).

II. Hubert B, Ausset S, Auroy Y, Billiard-Decré C, Tricaud-Vialle S, Djihoud A. Quality indicator survey of anesthesia records in hospitals of Aquitaine. Annales Françaises d'Anesthésie et de réanimation 2008; 27: 216-221.

III. Comité de Coordination de l'Évaluation Clinique et de la Qualité en Aquitaine. Dossier patient : évolution de la conformité des dossiers patient entre 1997 et 2000 dans 12 établissements d'Aquitaine (rapport interne). Bordeaux: CCECQA; 2001.

IV. Référentiel des Pratiques Professionnelles, Tenue du dossier d'anesthésie, Haute Autorité de Santé, 2005.

V. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé et reprise et complétée dans la loi n° 2005-370 du 22 Avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie.

VI. Plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur 2006-2010, Ministère de la Santé.

VII. Recommandations de la société française d'anesthésie et de réanimation (SFAR) en 1997 sous l'égide de l'agence nationale d'accréditation et d'évaluation de la santé (Anaes) sur les différentes modalités d'analgésies post opératoires.

VIII. Circulaire n° 99-84 du 11/02/1999, programme national de lutte contre la douleur.



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

www.has-sante.fr

2 avenue du Stade de France 93218 Saint-Denis La Plaine CEDEX

Tél. : +33(0)1 55 93 70 00 - Fax : +33(0)1 55 93 74 00