



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Indicateurs pour l'amélioration de la
qualité et de la sécurité des soins

Dossier d'anesthésie en médecine, chirurgie et obstétrique

Résultats nationaux de la campagne
2016 – Données 2015

6^e campagne nationale

Décembre 2016

Ce document présente les résultats, issus du recueil 2016 – données 2015, des indicateurs du thème « Dossier anesthésique », réalisé par toutes les structures ayant une activité d'anesthésie sous la coordination de la Haute Autorité de Santé.

Ces indicateurs donnent une image du niveau de qualité de la prise en charge au sein de chacune des structures concernées. Ils sont aussi, au niveau national et sous forme agrégée, un observatoire de la qualité des soins dans les établissements de santé français.

Rapport rédigé sans prise en compte des résultats du 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 faisant 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 retrouver les résultats de votre établissement ?

Les résultats complets individuels et comparatifs de chaque établissement ainsi que l'analyse complémentaire sont accessibles sur la plate-forme Qualhas. Pour y accéder, contacter le service DIM de votre établissement.

Les résultats des indicateurs diffusés publiquement par établissement sont disponibles sur le site Scope Santé, 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 de la Santé : www.scopesante.fr



Pour en savoir plus

Le descriptif des indicateurs est disponible sur le site Internet : http://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 rédigé par Sophie Calmus, Marie Erbault, chefs de projet et Frédéric Capuano, statisticien, sous la coordination de Rose Derenne, adjointe, et sous la responsabilité de Laetitia May-Michelangeli, chef du service « indicateurs pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins » (SIPAQSS).

Ce document a été validé par le Collège de la Haute Autorité de Santé en décembre 2016.

© Haute Autorité de Santé - décembre 2016

Sommaire

Abréviations et acronymes	5
Avant-propos	6
Introduction	7
Contexte	7
Les indicateurs	7
La campagne de recueil en 2016	7
Descriptif de la campagne nationale 2016	9
Établissements de santé participants.....	9
Descriptif de la population analysée	9
Informatisation des dossiers patients analysés.....	10
Calcul et présentation des résultats	10
Indicateur « Tenue du dossier d'anesthésie » (TDA)	11
Description de l'indicateur	11
Analyse nationale des informations recueillies	12
Distribution des établissements en fonction de leurs résultats	13
Classement des établissements	13
Résultats complémentaires	16
Indicateur « Traçabilité de l'évaluation de la douleur post opératoire avec une échelle en SSPI (TRD) »	20
Description de l'indicateur	20
Analyse nationale des informations recueillies	21
Distribution des établissements en fonction de leurs résultats	21
Classement des établissements	22
Résultats complémentaires	23
Indicateur « Sortie de SSPI avec un score de douleur "faible" » (EVA)	26
Description de l'indicateur	26
Analyse nationale des informations recueillies	27
Distribution des établissements en fonction de leurs résultats	27
Classement des établissements	28
Résultats complémentaires	28
Bilan et perspectives	30
Résultats 2016 du contrôle qualité du recueil des indicateurs du thème « Dossier anesthésique » dans le cadre de l'orientation nationale d'inspection contrôle (ONIC)	34
Résultats du contrôle qualité du recueil	34
Impact du contrôle qualité du recueil sur la diffusion publique	34
Table des illustrations	35

Annexes	37
Annexe I. Méthodes de recueil et d'analyse	37
Annexe II. Résultats complémentaires.....	41
Références bibliographiques	48

Abréviations et acronymes

CH	Centre Hospitalier
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CLCC	Centre de Lutte Contre le Cancer
CPA	Consultation pré-anesthésique
CPOM	Contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens
DGOS	Direction Générale de l'Offre de Soins
EPP	Évaluation des Pratiques Professionnelles
ES	Établissement de Santé
ESPIC	Établissement de Santé Privé d'Intérêt Collectif
EVA	Sortie de SSPI avec un score de douleur faible
FMC	Formation Médicale Continue
HPST	Hôpital Patient Santé Territoire
IQSS	Indicateurs de qualité et de sécurité des soins
TDA	Tenue du dossier d'anesthésie
TRD	Traçabilité de l'évaluation de la douleur postopératoire en SSPI
SSPI	Salle de surveillance post-interventionnelle
VPA	Visite pré-anesthésique

Avant-propos

Depuis 2006, la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) et la Haute Autorité de Santé (HAS) ont mis en œuvre un recueil national d'indicateurs 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. Ceci s'inscrit dans l'approche globale de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins dans les établissements de santé.

Ce suivi d'indicateurs de qualité et de sécurité des soins (IQSS) produisant des données comparatives, est utilisé à des fins de pilotage interne, de régulation aux niveaux régional et national, et de transparence vers les usagers (diffusion publique¹). Ce programme de déploiement national des indicateurs est discuté par un comité de pilotage, 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 CME, les directeurs généraux des agences régionales de santé, la CNAM-TS et des représentants des usagers. Ce comité discute également de la nature des indicateurs à développer, des modalités de leur utilisation et de leur diffusion publique en fonction du cadre réglementaire en vigueur.

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 au sein des établissements de santé. Elle 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 des soins. Dans ce cadre, la liste des IQSS mis à la disposition du public est fixée, chaque année, par arrêté ministériel. Ceci concerne certains IQSS obligatoires, imputables aux établissements de santé et ayant fait l'objet de plus d'une campagne nationale de recueil. Cette diffusion de leur résultat par les établissements de santé est accompagnée par la diffusion publique nationale sur le site Scope Santé (www.scopesante.fr). Les résultats des établissements pour ces indicateurs y sont présentés avec un code couleur et leur classe A, B, C, selon qu'ils sont supérieurs (A), égaux (B) ou inférieurs (C) à l'objectif national de performance. Cet objectif national de performance correspond à une valeur fixée pour plusieurs années et pour chaque indicateur diffusé publiquement. Il permet aux établissements de santé de disposer d'un repère correspondant au seuil minimum de qualité à atteindre. L'objectif est défini en concertation avec le comité de pilotage des indicateurs de qualité et de sécurité des soins en établissements de santé et les structures professionnelles concernées par le thème.

Du fait de l'utilisation croissante des indicateurs (diffusion publique aux usagers, tableaux de bord de pilotage, contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM), dispositifs d'incitation financière à la qualité (IFAQ), etc.), un contrôle qualité de leur recueil est effectué. Depuis 2013, la qualité du recueil des indicateurs nationaux de qualité et de sécurité des soins diffusés publiquement fait l'objet d'une orientation nationale d'inspection-contrôle de l'IGAS. Le principe de ce contrôle est de s'assurer de la fiabilité de l'autoévaluation réalisée lors des campagnes nationales de mesure, par l'utilisation d'une procédure aléatoire. Le champ de cette inspection vise chaque année environ 10 % des établissements de santé concernés au niveau national : la moitié des établissements de santé concernés peut être tirée au sort aléatoirement parmi la liste des établissements de santé concernés par le recueil et l'autre est au choix de l'ARS. Le recueil des indicateurs peut être non validé par le contrôle : dans ce cas, le résultat n'est plus utilisable. Il est indiqué comme non validé sur le site Scope Santé.

Ce dispositif complet permet d'objectiver les progrès réalisés par les établissements de santé concernant la qualité et la sécurité des soins.

A ces indicateurs obligatoires et diffusés publiquement, s'ajoutent des indicateurs optionnels. Ils sont destinés uniquement aux établissements de santé pour leur pilotage interne de la qualité.

¹ 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 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 des soins.

Introduction

Contexte

La Société Française d'Anesthésie et de Réanimation (SFAR) a défini, pour la spécialité, les éléments devant figurer dans le dossier d'anesthésie. En outre, elle a proposé aux professionnels des outils d'évaluation de leur propres dossiers au regard des recommandations de bonne pratique qu'elle a élaborées. Certains de ces critères d'évaluation sont intégrés dans 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 d'une évaluation de la douleur et sa prise en charge en SSPI.

Les indicateurs du thème « Dossier d'anesthésie en médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) » ont été recueillis au niveau national, pour la sixième fois, en 2016. En effet, depuis 2008, les établissements ayant une activité MCO doivent transmettre à la HAS un ensemble de données qui lui permettent de calculer les indicateurs et de suivre leur évolution dans le temps.

Ces indicateurs sont recueillis dans un objectif d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins au sein des établissements et sont diffusés à des fins de transparence vis-à-vis du public.

Les indicateurs

Entre mars et juin 2016, la HAS a coordonné la sixième campagne de recueil des indicateurs du thème « Dossier d'anesthésie » dans les établissements de médecine, chirurgie, obstétrique (MCO). La campagne consiste à collecter les données pour calculer le résultat de 3 indicateurs obligatoires, dont 2 sont diffusés publiquement dans les établissements et sur le site Scope Santé en novembre 2016 :

- 3 indicateurs obligatoires :
 - Tenue du dossier d'anesthésie (TDA) - *diffusé publiquement*.
 - Traçabilité de l'évaluation de la douleur post-opératoire en salle de surveillance post-interventionnelle (SSPI) (DAN-TRD) - *diffusé publiquement*.
 - Sortie de SSPI avec un score de douleur faible (DAN-EVA) - *non diffusé publiquement*.

La campagne de recueil en 2016

Le recueil est obligatoire pour les établissements de santé MCO totalisant au moins 30 séjours, hors séances, au cours desquels un acte d'anesthésie générale ou locorégionale est identifié par le code activité 4 de la CCAM, en hospitalisation conventionnelle ou en ambulatoire, sur la période du tirage au sort (juin-novembre 2015).

Le recueil consiste en une enquête rétrospective d'un maximum de 60 séjours de patients hospitalisés sur la période allant de juin à novembre 2015.

Le recueil est réalisé sur la plate-forme sécurisée Qualhas. Dès la clôture nationale de la campagne, elle fournit une information structurée et comparative qui permet aux établissements de se positionner par rapport aux autres établissements participants. Sur cette plate-forme, la présentation des résultats individuels permet d'identifier les améliorations nécessaires et, grâce à l'évolution dans le temps, les établissements peuvent valoriser le résultat des actions d'amélioration mises en œuvre.

La qualité du recueil des indicateurs a été contrôlée par les ARS au cours du troisième trimestre 2016. Les résultats du contrôle sont disponibles en fin de rapport. A l'issue du contrôle qualité du recueil, les résultats des indicateurs, par établissement, sont mis à disposition du public sur le site Scope Santé à partir de novembre 2016.

Ce rapport présente :

- Un descriptif de la campagne 2016, des établissements participants et des dossiers analysés ;
- Les résultats nationaux par indicateurs de la campagne 2016 sur les données 2015, et les résultats comparatifs qui positionnent les ES par rapport à l'objectif de performance de 80 % dans le cadre de la politique nationale des IQSS ;
- Le bilan et les perspectives du thème « Dossier d'anesthésie ».

Les annexes présentent la méthode de recueil et d'analyse, les tableaux complémentaires des résultats des indicateurs par variable étudiée, les moyennes par région et par type d'établissement.

Une analyse régionale des indicateurs sous forme de cartographie dynamique est disponible sur le site Scope Santé : www.scopesante.fr/?selected=region

Descriptif de la campagne nationale 2016

Au niveau national, 969 ES ont participé et 62 562 dossiers de patients ont été tirés au sort.

Établissements de santé participants

Le recueil des indicateurs du thème « Dossier d'anesthésie en MCO » était obligatoire pour 965 ES.

Le taux d'établissements répondant est de 99,9 % pour cette campagne, avec un établissement de santé « non répondant » (ES n'ayant pas répondu à leur obligation de recueil : recueil non débuté ou non finalisé).

5 ES en recueil facultatif, au vu de leur activité, ont décidé de réaliser le recueil.

Au final, 969 établissements ont participé au recueil des indicateurs du thème DAN.

Tableau 1. Nombre d'établissements pris en compte pour le calcul des indicateurs. Campagne DAN MCO 2016 – données 2015.

Indicateurs	Nombre ES avec un effectif de dossiers > à 10 (*ou > 30 dossiers)
Tenue du dossier d'anesthésie* (TDA)	960
Traçabilité de l'évaluation de la douleur post opératoire avec une échelle en SSPI (DAN-TRD)	951
Sortie de SSPI avec un score de douleur faible (DAN-EVA)	961

*Plus de 30 dossiers sont inclus pour le calcul de l'indicateur.

Descriptif de la population analysée

Parmi les 62 562 dossiers tirés au sort, 8 % ont été exclus pour les raisons suivantes :

- Dossiers avec une incohérence PMSI : 1 % (473 dossiers) ;
- Dossiers exclus du fait du refus d'exploitation par le patient des données le concernant : 0 % (63 dossiers) ;
- Interventions réalisées sous anesthésie locale : 5 % (2 928 dossiers) ;
- Dossiers non retrouvés : 2 % (1 443 dossiers).

Critère d'inclusion commun à tous les indicateurs du thème Dossier d'anesthésie en MCO	Critères d'exclusion communs à tous les indicateurs du thème Dossier d'anesthésie en MCO
<ul style="list-style-type: none">• Séjours hors séances pour lesquels l'acte d'anesthésie générale ou locorégionale est identifié par le code activité 4 de la CCAM.	<ul style="list-style-type: none">• Patients hospitalisés pour une intervention réalisée sous anesthésie locale ;• Séances sélectionnées à partir des GHM relevant de la CMD 28, spécifique aux séances ;• Séjours faisant l'objet d'une prestation inter-établissements, que ce soit en établissement demandeur ou en établissement prestataire.

Au final, 57 655 dossiers ont été évalués dans les 969 ES. Ils concernaient 58 % de femmes ; l'âge moyen était de 51 ans ; 50 % des patients avaient 55 ans et plus.

Informatisation des dossiers patients analysés

Parmi les 57 655 dossiers analysés, 10 % (5 973) sont totalement informatisés, 52 % (30 251) le sont partiellement et 38 % (21 431) ne le sont pas du tout. Parmi les éléments des dossiers qui sont partiellement informatisés, on retrouve :

- Consultation préanesthésique (CPA) : 59 % (17 946 dossiers) ;
- Visite préanesthésique (VPA) : 17 % (5 231 dossiers) ;
- Fiche peropératoire : 20 % (6 174 dossiers) ;
- Fiche de suivi en salle de surveillance postinterventionnelle : 36 % (10 921 dossiers) ;
- Prescriptions postanesthésiques : 81 % (24 478 dossiers).

Calcul et 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.

Pour le score « Tenue du dossier d'anesthésie », la moyenne nationale pondérée est calculée pour les ES ayant inclus plus de 30 dossiers patients. Pour les deux autres indicateurs (TRD et EVA), elle est calculée pour les établissements ayant inclus plus de 10 dossiers patients.

Présentation des résultats

Pour chaque indicateur sont présentés :

- La fiche descriptive de l'indicateur (définition, numérateur, dénominateur ...) ;
- La moyenne nationale inter-établissements pondérée par l'activité des ES ;
- Le nombre d'établissements entrant dans le calcul de la moyenne inter-établissements de l'indicateur (ceux ayant inclus le minimum de dossiers : 30 pour TDA et 10 pour les autres IQSS) ;
- Le nombre total de dossiers évalués par l'ensemble des établissements entrant dans le calcul ;
- Les éléments manquants dans les dossiers, et les sources de non-conformité ;
- Les résultats minimum, maximum obtenus par les établissements ayant inclus le minimum de dossiers, la médiane, le premier quartile (où se situent 25 % des ES) et le troisième quartile (où se situent 75 % des ES) ;
- La représentation graphique de la répartition des résultats (intervalle de confiance) des ES. Elle permet de visualiser la variabilité inter-ES, quand une comparaison inter-établissements est possible ;
- Le classement des établissements (nombre et pourcentage) par rapport à l'objectif de performance pour les indicateurs diffusés publiquement quand une comparaison inter-établissements est possible. Elle renseigne le nombre et le pourcentage des ES dont le résultat est supérieur (classe A), égal (classe B) ou inférieur (classe C) à la référence nationale et permet d'objectiver le nombre et le pourcentage d'ES pour lesquels une marge d'amélioration existe ;
- Le classement des établissements (nombre et pourcentage) en fonction de l'évolution de leurs résultats entre les deux dernières campagnes (2014-2016) ;
- Les principaux constats tirés de ces différents résultats.

La distribution des résultats des indicateurs par région et par catégorie d'ES est rapportée pour information en annexe II.

Indicateur « Tenue du dossier d'anesthésie » (TDA)

Description de l'indicateur

Définition	<p>Cet indicateur évalue la tenue du dossier d'anesthésie. Il est présenté sous la forme d'un score de qualité compris entre 0 et 100. La qualité de la tenue du dossier d'anesthésie est d'autant plus grande que le score est proche de 100.</p> <p>L'indicateur est calculé à partir de 13 critères au maximum :</p> <ul style="list-style-type: none">• Phases pré, per et postanesthésique<ul style="list-style-type: none">▸ Identification du patient sur toutes les pièces du dossier.• Phase préanesthésique<ul style="list-style-type: none">▸ Identification du médecin anesthésiste réanimateur sur le document traçant la phase préanesthésique (consultation pré-anesthésique (CPA) ou visite préanesthésique (VPA) et CPA).▸ Trace écrite de la visite préanesthésique (VPA).▸ Mention du traitement habituel ou de l'absence de traitement dans le document traçant la CPA (si applicable).▸ Mention de l'évaluation du risque anesthésique dans le document traçant la CPA.▸ Mention du type d'anesthésie proposé au patient dans le document traçant la CPA.▸ Mention de l'évaluation des conditions d'abord des voies aériennes supérieures en phase préanesthésique dans le document traçant la CPA.• Phase peranesthésique<ul style="list-style-type: none">▸ 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 (si applicable).• Phase postinterventionnelle<ul style="list-style-type: none">▸ Identification du médecin anesthésiste réanimateur sur le document traçant la phase postinterventionnelle (si applicable).▸ Autorisation de sortie du patient de la SSPI validée par un médecin anesthésiste réanimateur (si applicable).▸ 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.• Phase périanesthésique<ul style="list-style-type: none">▸ Rubrique renseignée (ou barrée) permettant de relever les incidents ou accidents périanesthésiques.
-------------------	--

Références professionnelles	<p>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 postanesthésiques. 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 continuité des soins et participe à la maîtrise du risque anesthésique^{I,II}</p> <p>Tout patient dont l'état nécessite une anesthésie générale ou locorégionale doit bénéficier d'une consultation pré-anesthésique que l'intervention soit programmée ou non. Celle-ci se déroule plusieurs jours avant l'anesthésie lorsque celle-ci est programmée ou juste avant lorsque celle-ci ne l'est pas. Lorsque l'intervention est programmée, les patients bénéficient d'une visite pré-anesthésique effectuée par un médecin anesthésiste réanimateur dans les heures précédant l'anesthésie.</p> <p>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 (CFAR)^{III}.</p> <p>L'indicateur TDA porte sur la traçabilité de l'information concernant la totalité du processus anesthésique. Développé, testé et validé dans le cadre du projet COMPAQH, en 2015, la HAS l'a actualisé avec un groupe d'experts.</p>
Diffusion publique	Indicateur diffusé publiquement sur Scope Santé avec un objectif de performance à atteindre de 80 % pour l'établissement de santé.
Type d'indicateur	Indicateur de processus permettant la comparaison inter-établissements. Score composite. Pas d'ajustement sur le risque.
Score individuel	Un score individuel est calculé pour chaque dossier. 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. Il correspond à la moyenne des scores calculés pour chaque dossier de l'échantillon (x100).
Critères d'exclusion spécifiques	Pas de critères d'exclusion spécifiques pour l'indicateur.

Analyse nationale des informations recueillies

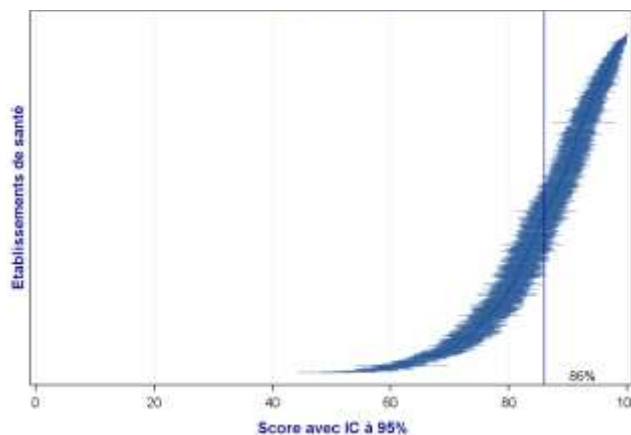
Tableau 2. Indicateur « Tenue du dossier d'anesthésie » – Résultats de la campagne 2016 – données 2015

Campagne 2016 – données 2015		
Score national pondéré Le score moyen pondéré prend en compte le poids de chaque établissement de santé	86 %	
Établissements avec plus de 30 dossiers	Nombre d'établissements	960
	Nombre de dossiers	57 467

Distribution des établissements en fonction de leurs résultats

Tableau 3 et Graphique 1. Indicateur « Tenue du dossier d'anesthésie » – Statistiques descriptives et variabilité nationale – Campagne 2016 – données 2015

ES avec plus de 30 dossiers éligibles au calcul de l'indicateur	
Nombre d'ES	960
Nombre de dossiers	57 467
Min d'ES	47 %
1 ^{er} quartile	81 %
Médiane	87 %
3 ^e quartile	93 %
Max d'ES	100 %



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-établissements existe et s'étend de 47 % à 100 %. Le résultat des trois quarts des établissements est supérieur à 81 %.

Classement des établissements

Classement des établissements en fonction de l'objectif de performance

Tableau 4. Indicateur « Tenue du dossier d'anesthésie » – Positionnement par rapport à l'objectif national de performance de 80 % – Campagne 2016 – données 2015

	Indicateur : Tenue du dossier d'anesthésie						
	Classe A (+)		Classe B (=)		Classe C (-)		Total
Données	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	N
2015	609	63,4	198	20,6	153	15,9	960

Parmi les 960 établissements de santé avec plus de 30 dossiers inclus, 63,4 % ont dépassé l'objectif national de performance de 80 % et sont en classe A ; 20,6 % ont atteint l'objectif national de performance de 80 % et sont en classe B.

Classement des établissements en fonction de l'évolution de leurs résultats

Tableau 5. Indicateur « Tenue du dossier d'anesthésie » – Positionnement par rapport à l'évolution des résultats entre les deux dernières campagnes (2014-2016)

	Indicateur : Tenue du dossier d'anesthésie						Total
Données	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	N
2015	275	29,6	392	42,2	261	28,1	928

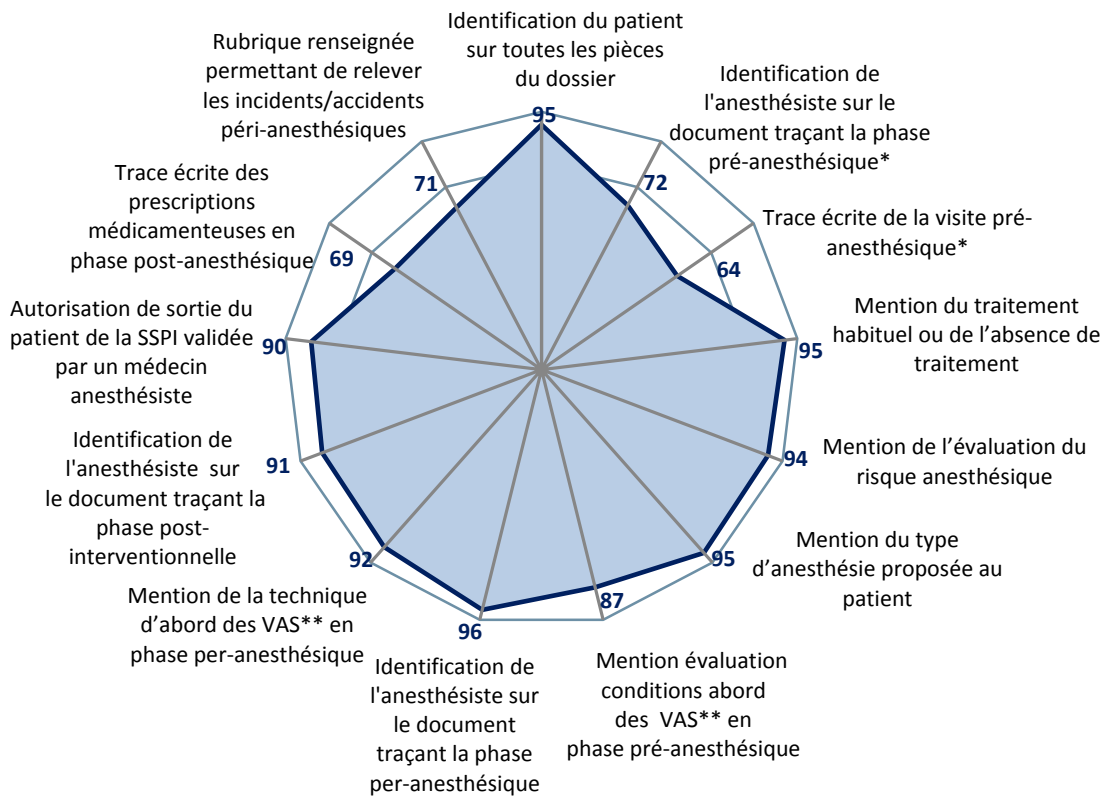
Parmi les 928 établissements de santé qui ont réalisé les deux dernières campagnes, 29,6 % ont augmenté significativement leur score de conformité entre les deux campagnes. Moins de la moitié des établissements (42,2 %) n'ont pas connu d'évolution significative de leur score de conformité.

Sur les données 2015, 261 établissements ont régressé en termes de performance par rapport aux données de 2013 (28,1 %). La diminution de leur score est principalement liée à une baisse de conformité importante sur les critères suivants :

- **Identification du médecin anesthésiste sur le document traçant la phase pré-anesthésique (crit.2)** : diminution de 25,3 points (passage de 86,3 % (2014) à 61 % (2016) de conformité) ;
- **Trace écrite de la visite pré-anesthésique (crit.3)** : diminution de 37,3 points (passage 86,3 % (2014) à 49 % de conformité (2016)) ;
- **Trace écrite des prescriptions médicamenteuses en phase post-anesthésique (crit.12)** : baisse de 13,8 points (passage de 72 % (2014) à 58,2 % (2016)) ;
- **Rubrique renseignée (ou barrée) permettant de relever les incidents ou accidents péri-anesthésiques (crit.13)** : baisse de 13,7 points (passage de 74,3 % (2014) à 60,6 % (2016)).

Analyse de la conformité des critères composant le score « Tenue du dossier d'anesthésie »

Figure 1. Indicateur « Tenue du dossier d'anesthésie » – Campagne 2016 – données 2015 – Résultats détaillés des 13 critères composant le score



* Une modification a été introduite dans le calcul des critères portant sur "l'Identification du médecin anesthésiste sur le document traçant la phase pré-anesthésique" et sur la "Trace écrite de la visite pré-anesthésique". Il n'est donc pas possible de comparer les conformités des critères obtenus en 2016 avec celles de 2014.

** **VAS** : voies aériennes supérieures.

La conformité du critère portant sur l'identification du médecin anesthésiste réanimateur sur le document traçant la phase pré-anesthésique est à 72 % en 2016.

La conformité du critère portant sur la trace écrite de la visite pré-anesthésique est à 64 % en 2016.

Une modification du calcul du dénominateur des visites et des consultations pré-anesthésiques explique la diminution de conformité de ces deux critères. La visite pré-anesthésique ne concerne plus que les interventions programmées. Pour les interventions réalisées en urgence, la visite pré-anesthésique a été renommée « consultation pré-anesthésique », pour laquelle la traçabilité est meilleure que pour les interventions programmées.

Définition

Lors d'une anesthésie programmée, les patients ont une consultation pré-anesthésique (CPA) les jours précédents l'anesthésie et une visite pré-anesthésique (VPA) dans les heures la précédant.

Lors d'une anesthésie non programmée, les patients ont uniquement une consultation pré-anesthésique (CPA) dans les heures la précédant.

Comme en 2014, les critères à améliorer sont ceux relatifs à :

- la trace écrite des prescriptions médicamenteuses en phase post-anesthésique (69 % en 2016 / 64 % en 2014) ;
- la rubrique renseignée permettant de relever les incidents ou accidents péri-anesthésiques (71 % en 2016 / 67 % en 2014).

Résultats complémentaires

Phase pré-anesthésique

La consultation pré-anesthésique est tracée dans 99 % des dossiers analysés lorsqu'il s'agit d'une intervention programmée et dans 96 % des dossiers analysés lorsqu'il s'agit d'une intervention non programmée.

Tableau 6. Taux de consultations ou de visites en fonction du type de programmation des interventions.

Type de programmation	Nombre de dossiers	Pourcentage de séjours analysés (%)
Interventions programmées	48 468	84 %
Taux de consultations*	48 196	99 %
Taux de visites*	35 587	73 %
Interventions non programmées	9 187	16 %
Taux de consultation**	8 829	96 %

* Calculé sur le nombre total d'interventions programmées.

** Calculé sur le nombre total d'interventions non programmées.

Dans 72 % des dossiers analysés, une identification du médecin anesthésiste réanimateur est retrouvée sur le document traçant la phase pré-anesthésique (visite pré-anesthésique et/ou consultation pré-anesthésique). La conformité du critère a baissé de 4 points depuis la campagne 2014.

Dans 64 % des dossiers comportant une intervention programmée, 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 7. Causes de non conformités du critère « Identification de l'anesthésiste réanimateur » sur le document traçant la phase pré-anesthésique – Campagne DAN 2016 – données 2015

Total des dossiers analysés	57 655	
TOTAL des dossiers anesthésiques non conformes à l'indicateur	16 210	28 %
A) Absence d'identification de l'anesthésiste réanimateur sur le document traçant la phase pré-anesthésique (CPA + VPA) : interventions programmées	15 436	27 %
B) Absence d'identification de l'anesthésiste réanimateur sur le document traçant la phase pré-anesthésique (CPA) : interventions réalisées en urgence	774	1 %

Le traitement habituel (ou son absence) est mentionné dans 95 % des séjours analysés, que ce soit dans le document traçant la consultation ou la visite pré-anesthésique. La conformité du critère a baissé de 1 point depuis la campagne 2014.

Dans 95 % des dossiers, le type d'anesthésie proposée au patient est mentionné dans le document traçant la CPA.

La mention de l'évaluation du risque anesthésique est présente dans 94 % 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 8. Répartition des classes ASA – Campagne DAN 2016 – données 2015

Classe ASA	Nombre de dossiers	Pourcentage de séjours analysés* (%)
ASA 1	22 137	41
ASA 2	21 606	40
ASA 3	9 851	18
ASA 4	330	1
ASA 5	15	0
Total	53 939	94

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

Dans 87 % des dossiers, la mention de l'évaluation des conditions d'abord des voies aériennes supérieures en phase pré-anesthésique dans le document traçant la CPA est notée, et comporte :

- soit le score de Mallampati, la distance thyro-mentonnaire et l'ouverture de bouche ;
- ou une conclusion explicite précisant s'il y a ou non des difficultés prévisibles d'intubation.

Le score de Mallampati est noté dans 93 % des dossiers analysés, la distance thyro-mentonnaire dans 79 % des dossiers analysés, et l'ouverture de bouche dans 84 % des dossiers analysés. Les conclusions explicites sont présentes dans 73 % des dossiers analysés.

Tableau 9. Répartition des classes du score de Mallampati – Campagne DAN 2016 – données 2015

Classe de Mallampati	Nombre de dossiers	Pourcentage de séjours analysés* (%)
Classe 1	25 904	50
Classe 2	19 828	39
Classe 3	4 803	9
Classe 4	753	1
Non évaluable	247	0
Total	51 535	100

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

Phase per-anesthésique

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

La mention de la technique d'abord des voies aériennes supérieures est noté dans 92 % des dossiers et le grade de Cormack Lehane est mentionné dans 39 % des dossiers analysés, il n'est pas mentionné dans 20 % des dossiers, et il est considéré comme « non applicable » dans près de 41 % des dossiers.

Tableau 10. Répartition de la valeur du grade de Cormack-Lehane – Campagne DAN 2016 – données 2015

Grade de Cormack-Lehane	Nombre de dossiers	Pourcentage de séjours analysés* (%)
Grade 1	10 117	30
Grade 2	2 031	6
Grade 3	713	2
Grade 4	326	1
Non mentionné	6 971	20
NA	14 077	41
Total	34 235	100

* Le pourcentage est calculé par rapport au nombre total de séjours 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 91 % des dossiers analysés lorsque les patients ont été admis en SSPI.

Dans 90 % des dossiers analysés, on retrouve dans le document traçant la SSPI :

- soit l'identification du médecin anesthésiste réanimateur autorisant la sortie du patient de SSPI ;
- soit le résultat de l'examen pratiqué avant la sortie ;
- soit les résultats du score de réveil.

Dans 69 % des dossiers de patients pris en charge en SSPI analysés (30 080), on retrouve une trace écrite des prescriptions médicamenteuses destinées aux unités d'hospitalisation dans le dossier d'anesthésie.

Tableau 11. Détail de la non-conformité des prescriptions (en %) – Campagne DAN 2016 – données 2015

	Nombre de dossiers	Pourcentage (%)
Causes de non-conformité (N=43 568)	13 488	31 %
Prescriptions non retrouvées	7 396	17 %
Dossiers comportant au moins une prescription médicamenteuse tracée avec au moins un élément manquant (N = 36 172)	6 092	17 %
Nom et prénom du patient	248	1 %
Date de prescription	820	2 %
Signature du médecin anesthésiste réanimateur	1 978	5 %
Nom du médecin anesthésiste réanimateur	1 769	5 %
Dénomination du médicament	269	1 %
Posologie	1 073	3 %
Voie d'administration	3 621	10 %

Parmi les dossiers comportant au moins une prescription médicamenteuse, la voie d'administration est l'élément le moins souvent tracé (10 %), suivi de la signature et du nom du médecin anesthésiste réanimateur (5 %), de la posologie (3 %), de la date de prescription (2 %) et des nom et prénom du patient (1 %).

Dans 71 % des dossiers, il y a une rubrique renseignée ou barrée permettant de relever des accidents ou incidents péri-anesthésiques.

Le score de l'indicateur « Tenue du dossier d'anesthésie » est meilleur dans les centres de lutte contre le cancer (CLCC), avec un score de conformité de 94 % ; il est de 88 % dans les établissements privés, de 86 % dans les établissements de santé privé d'intérêt collectif (ESPIC), de 84 % dans les centres hospitaliers (CH), et de 82 % dans les centres hospitaliers universitaires (CHU).

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 86 % en 2016. Il a progressé de 1 point depuis la campagne 2014.
- Dans près de 9 dossiers sur 10 (87 %), la mention de l'évaluation des conditions d'abord des voies aériennes supérieures en phase pré-anesthésique est présente ; ce critère est considéré comme essentiel dans la maîtrise du risque anesthésique. La conformité de ce critère a progressé de 3 points par rapport à la campagne 2014.
- La rubrique des incidents ou accidents péri-anesthésiques est renseignée dans 7,1 dossiers sur 10, élément important dans la coordination et le suivi du patient. La conformité du critère a progressé de 4 points par rapport à la campagne 2014.
- La trace écrite des prescriptions médicamenteuses destinées aux unités d'hospitalisation est tracée dans 6,9 dossiers sur 10. La conformité du critère a progressé de 5 points par rapport à la campagne 2014.
- La trace écrite de la visite pré-anesthésique est renseignée dans 6,4 dossiers sur 10. La conformité du critère a baissé de 12 points par rapport à la campagne 2014, en raison d'une modification du dénominateur pris en compte dans le calcul de l'indicateur (limitation aux interventions programmées).
- En 2016, 84 % des établissements ont atteint ou dépassé l'objectif de performance de 80 % (classe A et B).
- La variabilité nationale persiste (47 % - 100 %), elle est confirmée par les disparités régionales (cf. annexe II) allant de 70 % (Guadeloupe) à 89 % (Pays de La Loire).

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

Description de l'indicateur

Définition	Cet indicateur, présenté sous la forme d'un taux, évalue la traçabilité de l'évaluation de la douleur postopératoire, avec une échelle, sur la feuille de surveillance du patient en SSPI (à l'entrée et à la sortie) contenue dans le dossier anesthésique.
Références professionnelles	<p>Tout patient ayant eu une anesthésie générale ou locorégionale doit bénéficier d'une surveillance continue après l'intervention (article D6124-91 du CSP)^{IV}. Cette surveillance est réalisée en SSPI, sauf pour les patients dont l'état de santé nécessite une admission directe dans une unité de soins intensifs ou de réanimation (article D6124-98 du CSP). Les parturientes ayant accouché par voie basse en cas d'anesthésie générale ou locorégionale peuvent être surveillées en salle de travail (article D6124-98 du CSP).</p> <p>La prise en charge de la douleur est une priorité de santé publique (Plan douleur 2006-2010)^V. 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).</p> <p>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.</p> <p>La prise en charge de la douleur postopératoire est considérée comme un élément primordial s'inscrivant dans une démarche de santé publique.</p> <p>Les textes de référence sur la prise en soin de la douleur postopératoire sont les suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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^{VI}. • Circulaire n°99-84 du 11/02/1999, programme national de lutte contre la douleur^{VII}.
Diffusion publique	<p>Indicateur diffusé publiquement avec un objectif de performance à atteindre par les établissements de santé fixé à 80 %, soit 8 dossiers sur 10 comportant les informations demandées.</p> <p>Diffusion publique des résultats par établissement sur www.scopesante.fr</p>
Type d'indicateur	<p>Indicateur de processus.</p> <p>Ajustement sur le risque : non.</p>
Numérateur	<p>Nombre de séjours pour lesquels il existe deux résultats de mesure de la douleur avec une échelle sur la feuille de surveillance du patient :</p> <ul style="list-style-type: none"> • une mesure initiale à l'entrée de la SSPI ; <p>ET</p> <ul style="list-style-type: none"> • une mesure à la sortie ou juste avant la sortie de la SSPI.
Dénominateur	Nombre de séjours évalués.
Critères d'exclusion spécifiques	Patients non pris en charge en SSPI au décours de l'anesthésie.

Analyse nationale des informations recueillies

Tableau 12. Indicateur « Traçabilité de l'évaluation de la douleur postopératoire avec une échelle en SSPI » – Résultats de la campagne 2016 – données 2015

Campagne 2016 – données 2015		
Moyenne nationale pondérée La moyenne pondérée prend en compte le poids de chaque établissement de santé	73 %	
Établissements avec plus de 10 dossiers	Nombre d'établissements	951
	Nombre de dossiers	45 664

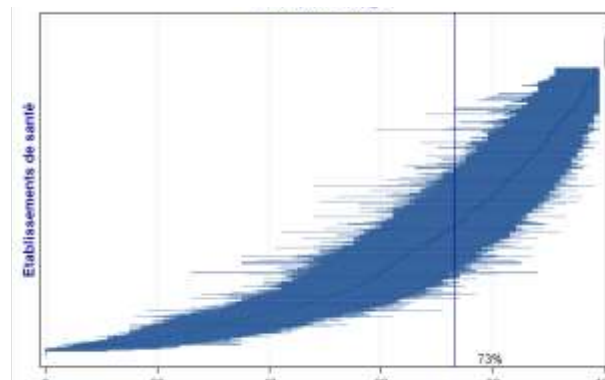
Autres analyses

Entre les 2 recueils, les résultats de la moyenne nationale pondérée ont progressé de 13 points, elle est à 73 % en 2016 versus 60 % en 2014.

Distribution des établissements en fonction de leurs résultats

Tableau 13 et Graphique 2. Indicateur « Traçabilité de l'évaluation de la douleur postopératoire avec une échelle en SSPI » – Statistiques descriptives et variabilité nationale – Campagne 2016 – données 2015

ES avec plus de 10 dossiers éligibles au calcul de l'indicateur	
Nombre d'ES	951
Nombre de dossiers	45 664
Min d'ES	0 %
1 ^{er} quartile	60 %
Médiane	80 %
3 ^e quartile	92 %
Max d'ES	100 %



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-établissements existe et s'étend de 0 % à 100 %. Le résultat des trois quarts des établissements est supérieur à 60 %.

Classement des établissements

Classement des établissements en fonction de l'objectif de performance




Tableau 14. Indicateur « Traçabilité de l'évaluation de la douleur postopératoire avec une échelle en SSPI » – Positionnement par rapport à l'objectif national de performance de 80 % – Campagne 2016 – données 2015

	Indicateur : Traçabilité de l'évaluation de la douleur post opératoire avec une échelle en SSPI						
	Classe A (+)		Classe B (=)		Classe C (-)		Total
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	
Données 2015	242	25,4	400	42,1	309	32,5	951

Pour les 951 établissements avec plus de 10 dossiers inclus, 25,4 % ont dépassé l'objectif national de performance de 80 % et sont en classe A ; 42,1 % ont atteint l'objectif national de performance de 80 % et sont en classe B.

Classement des établissements en fonction de l'évolution de leurs résultats

Tableau 15. Indicateur « Traçabilité de l'évaluation de la douleur postopératoire avec une échelle en SSPI » – Positionnement par rapport à l'évolution des résultats entre les deux dernières campagnes (2014-2016) – Campagne 2016 - données 2015

	Indicateur : Traçabilité de l'évaluation de la douleur postopératoire avec une échelle en SSPI						Total
							N
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	
Données 2015	356	38,9	468	51,1	91	9,9	915

Parmi les 915 établissements qui ont réalisé les deux dernières campagnes, 38,9 % ont augmenté significativement leur score de conformité entre les deux campagnes. Un peu plus de la moitié des établissements (51,1 %) n'ont pas connu d'évolution significative de leur score de conformité.

Sur les données 2015, 91 établissements ont régressé en termes de performance par rapport aux données de 2013 (9,9 %).

Résultats complémentaires

Tableau 16. Indicateur « Traçabilité de l'évaluation de la douleur postopératoire avec une échelle en SSPI » – Récapitulatif des exclusions

	Nombre de dossiers	%
Patient non pris en charge en SSPI	6 294	11
Patient orienté en unité de réanimation	360	1
Patient orienté en unité de soins intensifs	306	1
Accouchement voie basse avec anesthésie générale ou locorégionale	3 756	7
Patient décédé au bloc	4	0
Autre	1 868	3
Évaluation de la douleur impossible au vu de l'état du patient (ex : patient intubé, coma, etc.)	5 636	10

Sur 57 655 dossiers d'anesthésie évalués, 45 725 ont été inclus dans le calcul de l'indicateur et 11 930 dossiers ont été exclus, soit parce que le patient n'était pas pris en charge en SSPI (6 294), soit parce que la douleur ne pouvait pas être évaluée à l'entrée en SSPI au vu de l'état du patient (5 636).

Tableau 17. Répartition en fonction du type d'échelle utilisée – Campagne DAN 2016 – données 2015

	Nombre de dossiers	Pourcentage de séjours analysés*
Sans échelle	5 938	13
Avec une échelle à l'entrée		
Échelle visuelle analogique (EVA) (cm ou mm)	14 039	31
Échelle verbale simple (EVS)	7 943	17,5
Échelle numérique simple (ENS) (cm ou mm)	12 570	27,5
Autre échelle	5 235	11
Total évaluation avec une échelle à l'entrée	39 787	87
Avec une échelle à la sortie		
EVA (cm ou mm)	14 222	31
EVS	8 234	18
ENS (cm ou mm)	13 283	29
Autre échelle	4 048	9
Total évaluation avec une échelle à la sortie	39 787	87
Total	45 725	100

* Les pourcentages sont calculés par rapport au nombre total de dossiers analysés avec ou sans évaluation de la douleur avec une échelle.

Tableau 18. Évaluation de la douleur avec une échelle à l'entrée et/ou la sortie de SSPI – Campagne DAN 2014 – données 2013 / campagne DAN 2016 – données 2015

	2014		2016	
	Nombre de dossiers	Pourcentage de séjours analysés*	Nombre de dossiers	Pourcentage de séjours analysés*
Évaluation à l'entrée, et à la sortie	29 216	60	33 386	73
Évaluation à l'entrée, mais pas à la sortie	3 017	6	2 586	6
Pas d'évaluation à l'entrée, mais évaluation à la sortie	11 257	23	3 815	8
Pas d'évaluation à l'entrée, ni à la sortie de SSPI	5 205	11	5 938	13
Total	48 695	100	45 725	100

* Les pourcentages sont calculés par rapport au nombre total de dossiers analysés avec ou sans évaluation de la douleur avec une échelle.

En 2016, 27 % des dossiers ne satisfont pas aux spécifications de l'indicateur (versus 51 % en 2014) :

- 13 % des dossiers ne comportent aucune trace de l'évaluation de la douleur avec une échelle au cours de la prise en charge en SSPI (ni à l'entrée, ni à la sortie) alors que la douleur peut être évaluée au vu de l'état du patient (versus 33 % en 2014, soit une augmentation de 20 points) ;
- dans 6 % des dossiers, l'évaluation de la douleur est réalisée à l'entrée mais pas à la sortie (idem en 2014) ;
- dans 8 % des dossiers, l'évaluation de la douleur n'est pas réalisée à l'entrée elle l'est à la sortie (versus 11 % en 2014).

Dans 73 % des dossiers, l'intensité de la douleur est évaluée avec une échelle validée à l'entrée et à la sortie (33 386 dossiers). De nombreuses échelles sont utilisées, certaines étant développées au sein de l'établissement.

Dans 79 % des dossiers, on retrouve une évaluation de la douleur à l'entrée, et dans 81 % des dossiers, une évaluation de la douleur à la sortie.

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.

Dans les CLCC, 90 % des dossiers évalués comportent une évaluation de la douleur à l'entrée et à la sortie ; ce taux est de 77 % dans les établissements privés, de 76 % dans les ESPIC, de 70 % dans les CHU et de 65 % dans les CH.

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 pondéré en 2016 de l'indicateur « Traçabilité de l'évaluation de la douleur postopératoire avec une échelle en SSPI » est de 73 %. Il a progressé de 13 points par rapport à la campagne 2014.
- En 2016, 67,5 % des établissements ont atteint ou dépassé l'objectif de performance de 80 % (classe A et B).
- Il existe une variabilité nationale (0 % - 100 %), qui est confirmée par les disparités régionales (cf. annexe II) allant de 53 % (Martinique) à 80 % (PACA).
- La variabilité par catégorie d'établissement est importante, allant de 65 % (CH) à 90 % (CLCC).
- Il s'agit du second recueil national. La première diffusion publique du résultat national de cet indicateur sur Scope Santé a lieu en novembre 2016.

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

Description de l'indicateur

Définition	<p>Cet indicateur, présenté sous la forme d'un taux, mesure l'évaluation de la douleur qualifiée de « faible » (EVA<30) comme critère de sortie de la SSPI.</p> <p>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).</p>
Références professionnelles	<p>La prise en charge de la douleur est une priorité de santé publique (Plan douleur 2006-2010)^V. 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).</p> <p>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.</p> <p>La prise en charge de la douleur postopératoire est considérée comme un élément primordial s'inscrivant dans une démarche de santé publique.</p> <p>Les textes de référence sur la prise en soin de la douleur postopératoire sont les suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 postopératoires^{VI} ; • Circulaire n°99-84 du 11/02/1999, programme national de lutte contre la douleur^{VII}.
Diffusion publique	Pas de diffusion publique.
Type d'indicateur	<p>Indicateur de résultat intermédiaire.</p> <p>Ajustement sur le risque : non.</p>
Numérateur	<p>Nombre de séjours pour lesquels :</p> <ul style="list-style-type: none"> • une mesure à la sortie ou juste avant la sortie de la SSPI est réalisée ; <p>ET</p> <ul style="list-style-type: none"> • la sortie se fait avec une douleur qualifiée de « faible » (ex : EVA<30 – échelle EVA en mm).
Dénominateur	Nombre de séjours évalués.
Critères d'exclusion spécifiques	Patients non pris en charge en SSPI au décours de l'anesthésie.

Analyse nationale des informations recueillies

Tableau 19. Indicateur « Sortie de SSPI avec un score de douleur "faible" » – Résultats de la campagne 2016 – données 2015

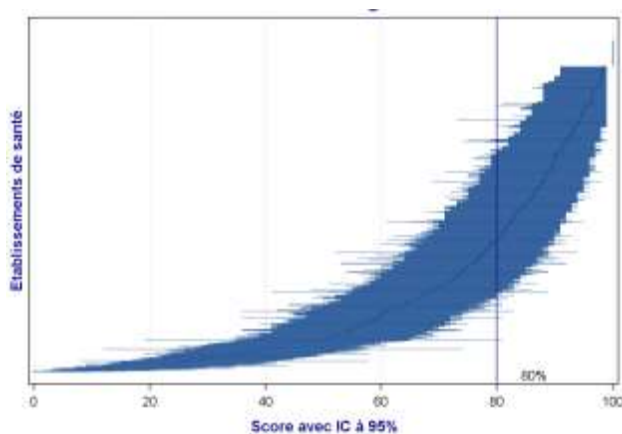
Campagne 2016 – données 2015		
Moyenne nationale pondérée La moyenne pondérée prend en compte le poids de chaque établissement	80 %	
Établissements avec plus de 10 dossiers	Nombre d'établissements	961
	Nombre de dossiers	50 140

La moyenne pondérée entre les 2 recueils a progressé de 12 points, elle est de 80 % en 2016 versus 68 % en 2014.

Distribution des établissements en fonction de leurs résultats

Tableau 20 et Graphique 3. Indicateur « Sortie de SSPI avec un score de douleur "faible" » – Statistiques descriptives et variabilité nationale – Campagne 2016 – données 2015

ES avec plus de 10 dossiers éligibles au calcul de l'indicateur	
Nombre d'ES	961
Nombre de dossiers	50 140
Min d'ES	0 %
1 ^{er} quartile	71 %
Médiane	86 %
3 ^e quartile	94 %
Max d'ES	100 %



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-établissements existe et s'étend de 0 % à 100 %. Le résultat des trois-quarts des établissements est supérieur à 71 %.

Classement des établissements

Classement des établissements en fonction de l'évolution de leurs résultats

Tableau 21. Indicateur « Sortie de SSPI avec un score de douleur "faible" » – Positionnement par rapport à l'évolution des résultats entre les deux dernières campagnes (2014-2016)

	Indicateur : Indicateur « Sortie de SSPI avec un score de douleur "faible" »						Total
	Classe A (+)		Classe B (=)		Classe C (-)		
Données	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	N
2015	318	34,3	536	57,9	72	7,8	926

Parmi les 926 établissements qui ont réalisé les deux dernières campagnes, 34,3 % ont augmenté significativement leur score de conformité entre les deux campagnes. Près de 60 % (57,9 %) n'ont pas connu d'évolution significative de leur score de conformité.

Sur les données 2015, 72 établissements ont régressé en termes de performance par rapport aux données de 2013 (7,8 %).

Résultats complémentaires

Sur les 57 655 dossiers évalués dans ce recueil, 50 161 ont été inclus dans le calcul de l'indicateur, 6 294 patients ont été exclus car ils n'étaient pas pris en charge en SSPI, et 1 200 patients 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.

Le score d'évaluation de la douleur en SSPI n'est pas tracé avec une échelle dans 8 956 dossiers, et pour 5 dossiers l'évaluation de la douleur a été réalisée avec une échelle, mais l'intensité n'a pas été tracée.

Tableau 22. Indicateur « Sortie de SSPI avec un score de douleur "faible" » – Intensité de la douleur à la sortie ou juste avant la sortie de SSPI – Campagne 2016 – données 2015

Intensité de la douleur en SSPI	Nombre de dossiers	Pourcentage de dossiers (%)
Pas de douleur	32 637	79
Douleur faible	7 150	17,4
Douleur modérée	1 092	2,7
Douleur intense	236	0,6
Douleur insupportable	85	0,3
Total	41 205	100

Lorsque l'évaluation de la douleur à la sortie est tracée, elle présente une bonne prise en charge de la douleur puisque 96 % des patients quittent la SSPI sans douleur ou avec une douleur de faible intensité.

Tableau 23. Indicateur « Sortie de SSPI avec un score de douleur "faible" » – Intensité de la douleur et prescription d'antalgiques en SSPI – Campagne 2016 – données 2015

Intensité de la douleur en SSPI	Population		Avec prescription d'antalgiques	
	Nombre	%	Nombre	%
Pas de douleur	32 637	79	15 931	49
Douleur faible	7 150	17,4	5 306	74
Douleur modérée	1 092	2,7	939	86
Douleur intense	236	0,6	214	91
Douleur insupportable	85	0,3	70	82
Intensité non connue	5	0	5	0
Total	41 205	100	22 465	54,5

Parmi les 41 205 dossiers comportant une trace de l'évaluation de la douleur en SSPI, 54,5 % (n = 22 465) comportent également une trace d'une prescription d'antalgiques.

Au total, 44,8 % des dossiers de patients pris en charge en SSPI comportent la trace d'une prescription d'antalgiques (n = 22 465).

Dans les centres de lutte contre le cancer, en moyenne, 88 % des dossiers évalués comportent une mesure 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 85 % dans les établissements de santé privés, de 80 % dans les ESPIC, de 72 % dans les CHU et de 71 % dans les CH.

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

- Le taux moyen national pondéré de patients sortis de SSPI avec un score de douleur faible est de 80 % pour le recueil national 2016. Il a progressé de 12 points par rapport à la campagne 2014.
- La variabilité nationale (0 % - 100 %) est retrouvée au niveau des écarts de moyennes régionales (cf. annexe II) allant de 58 % (Martinique) à 85 % (PACA).
- Il s'agit du second recueil national : dans la mesure où il s'agit d'un indicateur de résultat intermédiaire, 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.

Bilan et perspectives

La HAS a piloté au premier semestre 2016, pour la sixième fois depuis 2008, le recueil de l'indicateur « Tenue du dossier d'anesthésie » et le second recueil des deux indicateurs portant sur la prise en charge de la douleur : et « Traçabilité de l'évaluation de la douleur post opératoire avec une échelle en SSPI » et « Sortie de SSPI avec un score de douleur "faible" ». Ces indicateurs s'inscrivent dans le thème « Dossier d'anesthésie en MCO ».

L'anesthésie est un acte couramment pratiqué 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 (Décret n°94-1050 du 5 décembre 1994^{VIII}, 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).

Les résultats présentés dans ce rapport sont issus d'une analyse de dossiers d'anesthésie en hospitalisation conventionnelle ou en ambulatoire entre juin et novembre 2015. Les résultats des indicateurs « Tenue du dossier d'anesthésie » et « Traçabilité de l'évaluation de la douleur postopératoire avec une échelle en SSPI » sont diffusés publiquement sur le site Scope Santé en novembre 2016.

Les points clés de cette campagne :

- Près de 100 % des établissements de santé concernés (N=969) ont participé au recueil des indicateurs du thème « Dossier anesthésique », en 2016.
- Depuis 2008, où l'indicateur « Tenue du dossier d'anesthésie » est recueilli, le score moyen national brut est passé de 67 % à 86 %, soit une augmentation de 19 points.
- La traçabilité de la prise en charge de la douleur a fortement progressé entre les 2 recueils, les résultats des deux indicateurs ont augmenté de plus de 10 points.
- L'informatisation du dossier anesthésique améliore notablement la traçabilité des informations dans le dossier anesthésique.
- Les efforts devraient porter sur l'amélioration de la traçabilité de l'évaluation de la douleur en SSPI, puisque lorsqu'elle est présente dans le dossier, elle reflète une bonne prise en charge.

L'analyse des résultats permet plusieurs constats :

• Un taux de participation des ES important

Presque 100 % des établissements de santé concernés (N = 964) ont participé à cette campagne (99,9 %), un seul établissement n'a pas réalisé le recueil. 5 ES en recueil facultatif, au vu de leur activité, ont décidé de réaliser le recueil. Au final, 969 établissements ont participé au recueil des indicateurs du thème DAN.

Le nombre de dossiers évalués était de 57 655.

• La pertinence des indicateurs généralisés est confirmée

La variabilité inter-établissements des résultats reste importante pour l'indicateur « Tenue du dossier d'anesthésie » (47 % - 100 %), même si 84 % des établissements ont atteint ou dépassé le seuil de performance (classe A et B).

Pour l'indicateur « Traçabilité de l'évaluation de la douleur postopératoire avec une échelle en SSPI », la variabilité est également très importante (0 % - 100 %), alors que 67,5 % des établissements ont atteint ou dépassé l'objectif de performance de 80 %.

L'indicateur composite « Tenue du dossier d'anesthésie » présente un score moyen national pondéré de 86 %.

La consultation pré-anesthésique est tracée dans 99 % des dossiers analysés lorsqu'il s'agit d'une intervention programmée et dans 96 % des dossiers analysés lorsqu'il s'agit d'une intervention non programmée.

Dans 64 % des dossiers comportant une intervention programmée, la visite pré-anesthésique (VPA) comporte une date et un contenu spécifique noté.

Le traitement habituel du patient est tracé dans 95 % des dossiers, la mention de l'évaluation du risque anesthésique dans 94 % des dossiers, la mention de l'évaluation des conditions d'abord des voies aériennes supérieures dans 87 % des dossiers et le type d'anesthésie proposée au patient dans 95 % des cas.

Le nom du médecin ayant réalisé l'anesthésie est tracé dans 96 % des dossiers, et la technique d'abord des voies aériennes supérieures est tracée dans 92 % des dossiers.

Le nom de l'anesthésiste réanimateur responsable du patient lors de sa prise en charge en SSPI est tracé dans 91 % des dossiers, l'autorisation de sortie de SSPI validée est tracée dans 90 % des dossiers, et les prescriptions médicamenteuses de la phase post-anesthésique sont tracées dans 69 % des dossiers. Parmi les dossiers comportant au moins une prescription médicamenteuse, la voie d'administration est l'élément le moins souvent tracé (10 %).

La rubrique permettant de relever les accidents ou incidents péri-anesthésiques n'est remplie ou barrée que dans 71 % des dossiers.

L'évaluation de la douleur postopératoire avec une échelle en SSPI est tracée à l'entrée et à la sortie dans 73 % des dossiers évalués, elle l'était dans 60 % des dossiers en 2014.

L'évaluation de la douleur avec une échelle à l'entrée est tracée dans 73 % des dossiers, à la sortie elle l'est dans 81 %. 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 80 % des dossiers, elle se retrouvait dans 68 % des dossiers en 2014.

Parmi les dossiers comportant une trace de l'évaluation de la douleur, 54,5 % comportent également la trace d'une prescription d'antalgiques.

Parmi les dossiers comportant une mesure de la douleur à la sortie, 96 % des patients quittent la SSPI sans douleur ou avec une douleur de faible intensité, et 4 % des patients quittent la SSPI avec une douleur allant de modérée à insupportable.

49 % des dossiers traçant une absence de douleur comportent une prescription d'antalgiques, 74 % pour les dossiers traçant une douleur faible, 86 % pour les dossiers traçant une douleur modérée, 91 % pour les dossiers traçant une douleur intense et 82 % pour les dossiers traçant une douleur insupportable. Parmi les 85 dossiers d'anesthésie présentant une douleur insupportable à la sortie de SSPI, 15 dossiers ne comportent pas de trace d'antalgiques durant la prise en charge.

- **Information complémentaire** : informatisation du dossier d'anesthésie

L'analyse a porté sur 57 655 dossiers parmi lesquels 10 % sont entièrement informatisés, 52 % sont partiellement informatisés, et 37 % ne sont pas informatisés.

Lorsque l'informatisation est partielle, elle concerne les prescriptions post-anesthésiques dans 81 % des dossiers, la consultation pré-anesthésique dans 59 % des dossiers, la fiche de suivi en salle de surveillance post-interventionnelle dans 36 % des dossiers, la fiche peropératoire dans 20 % des dossiers et la visite pré-anesthésique dans 17 % des dossiers.

L'informatisation améliore le score de l'indicateur « Tenue du dossier d'anesthésie ». Il est de 91 % pour les dossiers totalement informatisés, versus 87 % pour les dossiers partiellement informatisés, versus 82 % pour les dossiers non informatisés.

L'informatisation améliore de plus de 30 points la traçabilité des prescriptions médicamenteuses post-anesthésiques : 83 % pour les prescriptions médicamenteuses post-anesthésiques informatisées versus 50 % pour les non informatisés.

- **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.

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 88 % dans les ES privés, de 86 % dans les établissements de santé privés

d'intérêt Collectif (ESPIC), de 84 % dans les centres hospitaliers (CH), et de 82 % dans les centres hospitaliers universitaires (CHU).

L'indicateur « [Traçabilité de l'évaluation de la douleur post opératoire avec une échelle en SSPI](#) » présente une moyenne nationale pondérée de 90 % dans les CLCC, de 77 % dans les établissements privés, de 76 % dans les ESPIC, de 70 % dans les CHU et de 65 % dans les CH.

Dans les centres de lutte contre le cancer, en moyenne, 88 % des dossiers évalués comportent une mesure de 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 85 % dans les établissements privés, de 80 % dans les ESPIC, de 72 % dans les CHU et de 71 % dans les CH.

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

Les résultats de l'indicateur « [Tenue du dossier d'anesthésie](#) » (TDA) ont atteint dans de nombreux établissements un score très élevé puisque la grande majorité des établissements (84 %) présente un score supérieur à l'objectif de performance. Il est à noter que le score moyen national pondéré pour l'indicateur « [Tenue du dossier d'anesthésie](#) » a progressé de 1 point depuis la campagne 2014 : passage de 85 % à 86 % en 2016.

Depuis 2008, où l'indicateur TDA est recueilli, le score moyen national brut est passé de 67 % à 86 %² 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-anesthésiques destinée aux unités d'hospitalisation reste à 69 %, même si elle a gagné 5 points depuis la campagne 2014.

La traçabilité de la présence ou de l'absence d'accidents ou incidents péri-anesthésiques a gagné 4 points, passant de 67 % à 71 %.

Il est à noter que la conformité de certains critères a diminué entre les campagnes 2014 et 2016 :

- **De façon importante :**
 - trace écrite de la visite pré-anesthésique : baisse de 12 points (passage de 76 % à 64 %) ;

Cette diminution notable s'explique par une modification du dénominateur pris en compte dans le calcul du critère (prise en compte des interventions programmées uniquement).

- **De façon modérée :**
 - identification du médecin anesthésiste réanimateur sur le document traçant la phase pré-anesthésique : baisse de 4 points (passage de 76 % à 72 %) ;
 - identification du patient sur toutes les pièces du dossier : baisse de 2 points (passage de 97 % à 95 %) ;
 - la mention du traitement habituel : diminution de 1 point (passage de 96 % à 95 %).

La traçabilité de l'évaluation de la douleur en SSPI a sensiblement progressé :

- Les taux moyen nationaux brut et pondéré 2016 de l'indicateur « [Traçabilité de l'évaluation de la douleur postopératoire avec une échelle en SSPI](#) » sont de 73 %. Le taux moyen pondéré a sensiblement progressé depuis la campagne 2014, passant de 60 % à 73 %.

13 % des dossiers ne comportent aucune trace de l'évaluation de la douleur avec une échelle, 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.

19 % des dossiers ne comportent aucune évaluation de la douleur à la sortie de la SSPI et 21 % des dossiers ne tracent aucune évaluation de la douleur à l'entrée.

Lorsque l'évaluation de la douleur à la sortie est tracée, elle est le reflet d'une bonne prise en charge puisque 96 % des patients avec un score tracé quittent la SSPI sans douleur ou avec une douleur de faible intensité. Cependant, 4 % des dossiers (1 413) tracent une douleur à la sortie de la SSPI allant de modérée à insupportable ; parmi eux, il est à noter que dans 190 dossiers, on ne retrouve pas de prescription d'antalgiques au cours de la prise en charge en SSPI, ce qui correspond à 0,5 % des dossiers comportant une évaluation de la douleur.

² En 2016, le score moyen brut et le score moyen pondéré de l'indicateur TDA sont de 86 %.

Après deux recueils de cet indicateur, on peut constater que des patients sortent de SSPI avec un score de douleur évalué et d'intensité modérée à insupportable.

Les résultats des indicateurs « [Tenue du dossier d'anesthésie](#) » et « [Traçabilité de l'évaluation de la douleur post opératoire avec une échelle en SSPI](#) » seront diffusés publiquement sur Scope Santé en novembre 2016, conformément à la loi HPST.

Résultats 2016 du contrôle qualité du recueil des indicateurs du thème « Dossier anesthésique » dans le cadre de l'orientation nationale d'inspection contrôle (ONIC)

Résultats du contrôle qualité du recueil

16 ARS sur les 17 ARS (94%) ont participé à l'ONIC 2016.

Au total, 970 structures ont participé à la campagne nationale de recueil des indicateurs du thème « Dossier anesthésique » : parmi elles, 47 ont été contrôlées par une ARS (4,8%).

Indicateurs du thème « Dossier anesthésique »	Nombre d'établissements de santé dont le recueil est non validé par le contrôle
Tenue du dossier d'anesthésie	4 structures ou ES (8,5 % total ES contrôlés)
Traçabilité de l'évaluation de la douleur post opératoire avec une échelle en SSPI	1 structure ou ES (2 % total ES contrôlés)

Conclusion : Pour 4 structures, le contrôle réalisé par l'ARS n'a pas validé le recueil réalisé pour l'indicateur « Tenue du dossier d'anesthésie » et pour 1 structure, le contrôle réalisé par l'ARS n'a pas validé le recueil réalisé pour l'indicateur « Traçabilité de l'évaluation de la douleur post opératoire avec une échelle en SSPI ».

Impact du contrôle qualité du recueil sur la diffusion publique

La liste des indicateurs soumis à recueil obligatoire avec ou sans diffusion publique fait l'objet d'un arrêté annuel (Arrêté du 3 mai 2016 fixant la liste des indicateurs obligatoires pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et les conditions de mise à disposition du public de certains résultats par l'établissement de santé). Le nombre et le type d'indicateurs à contrôler diffèrent d'une année à l'autre.

Les résultats des indicateurs nationaux diffusés publiquement sont disponibles à partir du mois de novembre sur le site internet « Scope Santé » (www.scopesante.fr). Ces résultats tiennent compte du contrôle.

Les résultats des indicateurs IPAQSS ne sont pas recalculés lorsque le recueil est « non validé ». Le résultat est donc supprimé et la mention recueil « non validé » apparaît sur Scope Santé. L'annulation du résultat a des conséquences sur la diffusion publique, la certification, l'incitation financière à la qualité et autres utilisations aux niveaux national et régional.

Pour en savoir plus :

http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1637882/fr/controle-qualite-du-recueil-des-indicateurs-nationaux

Table des illustrations

Tableau 1. Nombre d'établissements pris en compte pour le calcul des indicateurs. Campagne DAN MCO 2016 – données 2015.....	9
Tableau 2. Indicateur « Tenue du dossier d'anesthésie » – Résultats de la campagne 2016 – données 2015	12
Tableau 3 et Graphique 1. Indicateur « Tenue du dossier d'anesthésie » – Statistiques descriptives et variabilité nationale – Campagne 2016 – données 2015.....	13
Tableau 4. Indicateur « Tenue du dossier d'anesthésie » – Positionnement par rapport à l'objectif national de performance de 80 % – Campagne 2016 – données 2015.....	13
Tableau 5. Indicateur « Tenue du dossier d'anesthésie » – Positionnement par rapport à l'évolution des résultats entre les deux dernières campagnes (2014-2016).....	14
Tableau 6. Taux de consultations ou de visites en fonction du type de programmation des interventions.....	16
Tableau 7. Causes de non conformités du critère « Identification de l'anesthésiste réanimateur » sur le document traçant la phase pré-anesthésique – Campagne DAN 2016 – données 2015.....	16
Tableau 8. Répartition des classes ASA – Campagne DAN 2016 – données 2015.....	17
Tableau 9. Répartition des classes du score de Mallampati – Campagne DAN 2016 – données 2015	17
Tableau 10. Répartition de la valeur du grade de Cormack-Lehane – Campagne DAN 2016 – données 2015.....	18
Tableau 11. Détail de la non-conformité des prescriptions (en %) – Campagne DAN 2016 – données 2015.....	19
Tableau 12. Indicateur « Traçabilité de l'évaluation de la douleur postopératoire avec une échelle en SSPI » – Résultats de la campagne 2016 – données 2015	21
Tableau 13 et Graphique 2. Indicateur « Traçabilité de l'évaluation de la douleur postopératoire avec une échelle en SSPI » – Statistiques descriptives et variabilité nationale – Campagne 2016 – données 2015	21
Tableau 14. Indicateur « Traçabilité de l'évaluation de la douleur postopératoire avec une échelle en SSPI » – Positionnement par rapport à l'objectif national de performance de 80 % – Campagne 2016 – données 2015.....	22
Tableau 15. Indicateur « Traçabilité de l'évaluation de la douleur postopératoire avec une échelle en SSPI » – Positionnement par rapport à l'évolution des résultats entre les deux dernières campagnes (2014-2016) – Campagne 2016 - données 2015.....	22
Tableau 16. Indicateur « Traçabilité de l'évaluation de la douleur postopératoire avec une échelle en SSPI » – Récapitulatif des exclusions	23
Tableau 17. Répartition en fonction du type d'échelle utilisée – Campagne DAN 2016 – données 2015	23
Tableau 18. Évaluation de la douleur avec une échelle à l'entrée et/ou la sortie de SSPI – Campagne DAN 2014 – données 2013 / campagne DAN 2016 – données 2015.....	24
Tableau 19. Indicateur « Sortie de SSPI avec un score de douleur "faible" » – Résultats de la campagne 2016 – données 2015.....	27
Tableau 20 et Graphique 3. Indicateur « Sortie de SSPI avec un score de douleur "faible" » – Statistiques descriptives et variabilité nationale – Campagne 2016 – données 2015.....	27
Tableau 21. Indicateur « Sortie de SSPI avec un score de douleur "faible" » – Positionnement par rapport à l'évolution des résultats entre les deux dernières campagnes (2014-2016).....	28
Tableau 22. Indicateur « Sortie de SSPI avec un score de douleur "faible" » – Intensité de la douleur à la sortie ou juste avant la sortie de SSPI – Campagne 2016 – données 2015	28
Tableau 23. Indicateur « Sortie de SSPI avec un score de douleur "faible" » – Intensité de la douleur et prescription d'antalgiques en SSPI – Campagne 2016 – données 2015	29
Graphique 4. Répartition de l'âge des patients – Campagne DAN MCO 2016 – données 2015.....	41
Graphique 5. Sexe du patient – Campagne DAN MCO 2016 – données 2015.....	41
Graphique 6. Type de prise en charge – Campagne DAN MCO 2016 – données 2015	41
Tableau 24. Répartition du nombre d'établissements en fonction des indicateurs – Campagne 2016 – données 2015	42
Tableau 25. Distribution par rapport à la moyenne nationale pondérée – Campagne 2016 – données 2015.....	42
Tableau 26. Indicateur « Tenue du dossier d'anesthésie » – Campagne 2016 – données 2015 – Moyennes régionales (en %).....	43
Tableau 27. Indicateur « Traçabilité de l'évaluation de la douleur post opératoire avec une échelle en SSPI » – Campagne 2016 – données 2015 – Moyennes régionales (en %).....	44

Tableau 28. Indicateur « Sortie de SSPI avec un score de douleur "faible" » – Campagne 2016 – données 2015 – Moyennes régionales (en %).....	45
Tableau 29. Indicateur « Tenue du dossier d'anesthésie » – Statistiques descriptives par catégorie d'établissement en 2016 (en %).....	46
Tableau 30. Indicateur « Traçabilité de l'évaluation de la douleur post opératoire avec une échelle en SSPI » – Statistiques descriptives par catégorie d'établissement en 2016 (en %) – Campagne 2016 – données 2015.....	46
Tableau 31. Indicateur « Sortie de SSPI avec un score de douleur "faible" » – Statistiques descriptives par catégorie d'établissement en 2016 (en %)	47

Annexes

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 plate-forme 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. Pour chaque campagne, plusieurs thèmes sont concernés, avec des thématiques transversales et de pratique clinique, 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. 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 : comptes rendus 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'activités : médecine, chirurgie et obstétrique (MCO), soins de suite et 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 structures 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 précisions 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 produits comme références :

- 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.

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 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 ;
- 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 pictogrammes 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** ».



établissement de santé 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** ».



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



établissement de santé 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 national 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 de 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.

Calcul des évolutions des indicateurs - campagnes 2015

Pour les indicateurs dont les calculs sont identiques par rapport à la campagne précédente, une information sur leur évolution est fournie dans la fiche de résultats. Il s'agit de mesurer si le résultat de l'indicateur s'est amélioré de façon statistiquement significative par rapport au recueil précédent.

Pour cela, deux tests statistiques sont mobilisés en fonction du nombre de dossiers à partir desquels sont calculés les indicateurs :

- pour les ES ayant évalué entre 10 et 30 dossiers sur au moins une des deux années : test exact de Fisher ;
- pour les ES ayant évalué plus de 30 dossiers sur les deux années : test de Student.

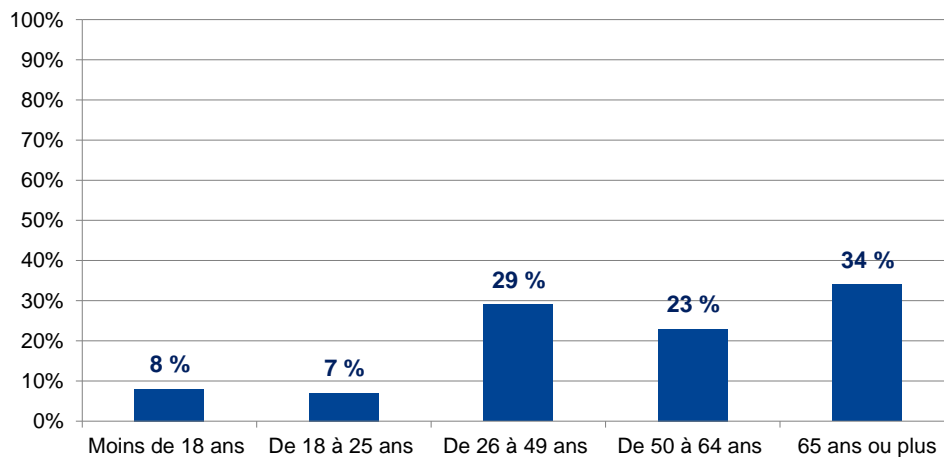
Les règles de cotation sont les suivantes :

- si l'évolution est statistiquement significative et que le résultat de la nouvelle campagne est supérieur au résultat de la campagne précédente : l'évolution est positive. Ce résultat est visualisé par le pictogramme « ↗ »
- si l'évolution est statistiquement non significative : l'évolution est stable. Ce résultat est visualisé par le pictogramme « → »
- si l'évolution est statistiquement significative et que le résultat de la nouvelle campagne est inférieur au résultat de la campagne précédente : l'évolution est négative. Ce résultat est visualisé par le pictogramme « ↘ »

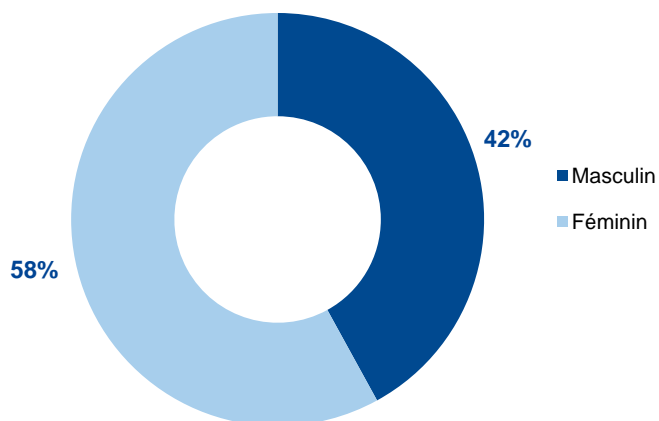
Annexe II. Résultats complémentaires

► Population de la base

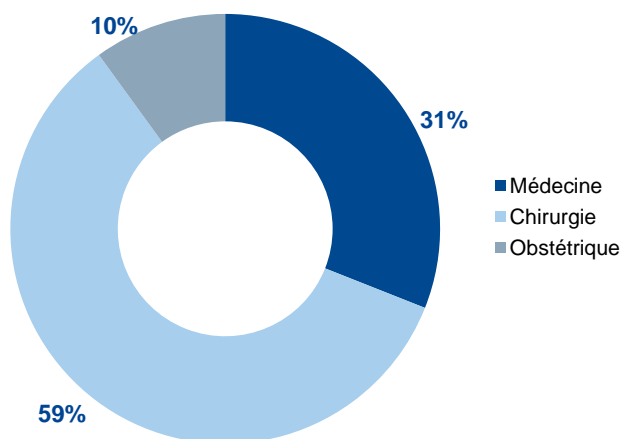
Graphique 4. Répartition de l'âge des patients – Campagne DAN MCO 2016 – données 2015



Graphique 5. Sexe du patient – Campagne DAN MCO 2016 – données 2015



Graphique 6. Type de prise en charge – Campagne DAN MCO 2016 – données 2015






► **Description des établissements de santé**

Tableau 24. Répartition du nombre d'établissements en fonction des indicateurs – Campagne 2016 – données 2015

Indicateurs obligatoires	Campagne	Population totale	Nb d'ES n'entrant pas dans la référence nationale		Référence nationale
			Nb d'ES non répondant	Nb d'ES avec effectif $10 \leq N < 30$	Nb d'ES avec effectif $N > 30$
Tenue du dossier d'anesthésie	2016	969	1	8	960
	Campagne	Population totale	Nb d'ES non répondant	Nb d'ES avec effectif < 10	Nb d'ES avec effectif $N > 10$
Traçabilité de l'évaluation de la douleur post opératoire avec une échelle en SSPI	2016	965	1	13	951
Sortie de SSPI avec un score de douleur faible	2016	965	1	3	961

► **Distribution des établissements par rapport à la moyenne nationale pondérée pour l'ensemble des indicateurs**

Tableau 25. Distribution par rapport à la moyenne nationale pondérée – Campagne 2016 – données 2015

	Moyenne nationale pondérée (en %)				
Tenue du dossier d'anesthésie	86	Nombre de structures	412	245	303
		% de structures	42,9	25,5	31,6
Traçabilité de l'évaluation de la douleur post opératoire avec une échelle en SSPI	73	Nombre de structures	355	370	226
		% de structures	37,3	38,9	23,8
Sortie de SSPI avec un score de douleur faible	80	Nombre de structures	301	450	210
		% de structures	31,3	46,8	21,9

► Informations régionales

Tableau 26. Indicateur « Tenue du dossier d'anesthésie » – Campagne 2016 – données 2015 – Moyennes régionales (en %)

ES composant la référence nationale	Moyenne nationale pondérée
960	86 %

Régions	Nombre d'ES avec effectif N ≥ 30	Moyenne par région (en %)
Alsace-Champagne-Ardenne-Lorraine	82	86
Aquitaine-Limousin-Poitou-Charentes	95	87
Auvergne-Rhône-Alpes	110	86
Bourgogne-Franche-Comté	41	85
Bretagne	39	86
Centre-Val de Loire	35	84
Corse	7	86
Guadeloupe	6	70
Guyane	4	74
Ile de France	161	85
Languedoc-Roussillon-Midi-Pyrénées	82	88
Martinique	3	84
Nord-Pas-de-Calais-Picardie	87	86
Normandie	51	86
Océan Indien	10	84
PACA	95	86
Pays de la Loire	44	89
Service de santé des armées	8	93

Tableau 27. Indicateur « Traçabilité de l'évaluation de la douleur post opératoire avec une échelle en SSPI » – Campagne 2016 – données 2015 – Moyennes régionales (en %)

ES composant la référence nationale	Moyenne nationale pondérée
951	73 %

Régions	Nombre d'ES avec effectif N ≥ 10	Moyenne par région (en %)
Alsace-Champagne-Ardenne-Lorraine	84	75
Aquitaine-Limousin-Poitou-Charentes	96	74
Auvergne-Rhône-Alpes	107	76
Bourgogne-Franche-Comté	40	68
Bretagne	35	69
Centre-Val de Loire	35	62
Corse	7	65
Guadeloupe	5	68
Guyane	4	67
Ile de France	160	71
Languedoc-Roussillon-Midi-Pyrénées	82	78
Martinique	3	53
Nord-Pas-de-Calais-Picardie	85	69
Normandie	50	70
Océan Indien	10	73
PACA	97	80
Pays de la Loire	43	76
Service de santé des armées	8	91

Tableau 28. Indicateur « Sortie de SSPI avec un score de douleur "faible" » – Campagne 2016 – données 2015 – Moyennes régionales (en %)

ES composant la référence nationale	Moyenne nationale pondérée
961	80 %

Régions	Nombre d'ES avec effectif N ≥ 10	Moyenne par région (en %)
Alsace-Champagne-Ardenne-Lorraine	84	80
Aquitaine-Limousin-Poitou-Charentes	96	81
Auvergne-Rhône-Alpes	109	84
Bourgogne-Franche-Comté	41	78
Bretagne	39	79
Centre-Val de Loire	35	72
Corse	7	67
Guadeloupe	5	71
Guyane	4	71
Ile de France	161	77
Languedoc-Roussillon-Midi-Pyrénées	82	83
Martinique	3	58
Nord-Pas-de-Calais-Picardie	86	73
Normandie	51	76
Océan Indien	10	84
PACA	97	85
Pays de la Loire	43	84
Service de santé des armées	8	92

► Informations par catégorie d'établissement

Tableau 29. Indicateur « Tenue du dossier d'anesthésie » – Statistiques descriptives par catégorie d'établissement en 2016 (en %)

ES composant la référence nationale	Moyenne nationale pondérée
960	86 %

	Nombre d'ES avec effectif N ≥ 30	Moyenne par catégorie
CH	338	84
CHU	58	82
CLCC	19	94
ESPIC/EBNL	62	86
Privé	483	88

Tableau 30. Indicateur « Traçabilité de l'évaluation de la douleur post opératoire avec une échelle en SSPI » – Statistiques descriptives par catégorie d'établissement en 2016 (en %) – Campagne 2016 – données 2015

ES composant la référence nationale	Moyenne nationale pondérée
951	73 %

	Nombre d'ES avec effectif N ≥ 10	Moyenne par catégorie
CH	338	65
CHU	60	70
CLCC	19	90
ESPIC/EBNL	61	76
Privé	473	77

Tableau 31. Indicateur « Sortie de SSPI avec un score de douleur "faible" » – Statistiques descriptives par catégorie d'établissement en 2016 (en %)

ES composant la référence nationale	Moyenne nationale pondérée
961	80 %

	Nombre d'ES avec effectif N ≥ 10	Moyenne par catégorie
CH	338	71
CHU	60	72
CLCC	19	88
ESPIC/EBNL	64	80
Privé	480	85

Références bibliographiques

- I 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.
- II Comité de Coordination de l'Évaluation Clinique et de la Qualité en Aquitaine. Dossier patient : évolution de la conformité des dossiers patients entre 1997 et 2000 dans 12 établissements d'Aquitaine (rapport interne). Bordeaux: CCECQA; 2001.
- III. Référentiel des Pratiques Professionnelles, Tenue du dossier d'anesthésie, Haute Autorité de Santé, 2005.
- IV Code de la Santé publique Article D6124-91 et D60124-92.
- V Plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur 2006-2010, Ministère de la Santé.
- VI 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.
- VII Circulaire n° 99-84 du 11/02/1999, programme national de lutte contre la douleur.
- VIII 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).



Toutes les publications de la HAS sont téléchargeables sur
www.has-sante.fr