

# Car ils ne savent pas ce qu'ils font...

Ann Krauss, experte diplômée en soins d'anesthésie EPD/ES

Voulons nous ou pouvons-nous apprendre comment cela s'est passé pour les patients en relation avec nous et avec l'anesthésie? Est-ce que tout ce qui concerne notre anesthésie est de toute façon «top»? Ou existe-t-il des domaines dans lesquels des changements dans les méthodes de travail sont souhaitables ou nécessaires? Les éventuelles améliorations affectent-elles la satisfaction des patients et du personnel et sont-elles donc rentables?

Pour travailler cela, depuis 2009 à l'hôpital cantonal d'Aarau (Kantonsspital Aarau KSA), nous rendons visite le premier jour post-op à une sélection de patients à qui nous posons des questions précises sur leurs expériences autour de l'anesthésie.

## Mise en marche et implémentation

À l'occasion d'une mesure de comparaison de la qualité entre plusieurs hôpitaux en 2007 (mesure des résultats<sup>1</sup>), nous avons dû prendre connaissance de résultats suggérant une adaptation des approches individuelles. La comparaison a montré par exemple un taux plus élevé de douleurs à la gorge chez nos patients de sexe masculin que dans les autres hôpitaux. Sur la base des résultats, nous avons modifié notre pratique concernant les tailles des tubes communément utilisés jusque-là, tandis que le professeur Pr C. Kindler (responsable du secteur de la médecine péri opératoire et médecin chef du département d'anesthésie) chargeait notre responsable des soins, Roland Vonmoos, de mettre en place un système de gestion de la qualité pour le service.

Un stage d'observation à Bâle nous a donné une idée de la façon dont nous pouvons appliquer un instrument de mesure pour l'assurance de la qualité. Nous avons ensuite examiné les domaines dans lesquels nous souhaiterions recevoir des commentaires des patients sur leur expérience de

l'anesthésie et ce que nous souhaitons exactement avec le management de la qualité. La question de base était: mesure quantitative vs mesure qualitative. Nous avons choisi l'approche qualitative parce que nous voulons découvrir et résoudre les points faibles. Ce que nous avons inclus dans nos réflexions était d'une part le questionnaire final et le questionnaire pratique de l'hôpital universitaire de Bâle (USB) et, d'autre part, en ce qui concerne la fiabilité, le questionnaire PPP33<sup>2</sup>.

À l'origine, nos mesures de qualité ont été validées par la société Demoscope<sup>3</sup>.

Avec l'expérience, il est apparu, en raison de fréquents retours, qu'il était logique de compléter certaines questions. Nous l'avons fait sans autre validation.

Nous présentons les résultats des données collectées aux médecins, infirmières et infirmiers du service d'anesthésie ainsi qu'aux collègues de la salle de réveil et à l'équipe des aides de salle dans le cadre de la formation continue interne. Lors de ces sessions de formation, nous discutons des causes des problèmes découverts et développons des idées pour les résoudre à l'avenir. Bien entendu, en cas de problème particulier, nous en discutons rapidement avec l'équipe de la salle concernée.

Nous rassemblons et évaluons les commentaires formulés par nos collègues lors des différentes sessions de formation. Viennent ensuite la prise de décision et

l'introduction de modifications dans les rapports cliniques existants.

Jusqu'à ce que nous puissions en arriver au point où nous en sommes maintenant, il restait un obstacle à surmonter: la programmation de l'évaluation, afin d'obtenir des résultats corrects et utilisables avec des points de référence significatifs. Par exemple, lorsque vous demandez le niveau de la douleur en salle de réveil, si vous ne déduisez pas le nombre de patients qui étaient effectivement présents mais ne se souviennent pas de la salle de réveil ou de la douleur durant ce laps de temps (certains d'entre eux ayant souffert de douleurs intenses sur une longue période), vous obtenez alors un résultat faussement positif, car tous ces patients sont enregistrés avec un VAS zéro.

## Quels commentaires nous intéressent particulièrement?

Pour que les évaluations soient significatives, cela nécessite une bonne combinaison entre toutes les spécialités chirurgicales, les différentes procédures d'anesthésie, le sexe, les personnes âgées, les jeunes, les malades, les personnes en bonne santé, les grandes interventions douloureuses et les «petites» chirurgies. Voici deux exemples comme explication:

**1. NVPO** (voir exemples connus Fig. 1): Les femmes sont quatre fois plus souvent touchées que les hommes. Le résultat prend une couleur différente s'il est beaucoup plus tenu compte d'un des sexes pour l'enquête.

De plus, les chiffres de mesure des résultats ont permis d'améliorer la pratique de la prophylaxie des NVPO.

**2. Finances:** Les jeunes gens en bonne santé qui subissent une «intervention chirurgicale mineure» sont nos «clients» de demain, à condition qu'ils se sentent soigneusement pris en charge. S'il y a eu des problèmes, les personnes concernées se sentiront en sécurité si nous nous y intéressons et elles découvriront comment

les incidents / événements sont traités. Ils ressentent positivement les conséquences qui s'ensuivent, et tout ce qui est possible est mis en marche afin que le processus se déroule pour eux dans la meilleure direction possible.

En principe, nous sélectionnons au hasard la plupart des patients dans le cadre des critères mentionnés. De manière auto-critique, nous tenons compte autant que possible des patients avec des singularités dans l'anamnèse ou en regardant le protocole de l'anesthésie ou de la salle de réveil – ici entre autre, ceux avec antécédents d'Awareness, NVPO, toxiques, procédures très longues ou douleurs intenses attendues post op.

De plus, nos collègues anesthésiologistes ont la possibilité de demander la mesure de la qualité via un bouton CQ (Contrôle de la qualité) sur la feuille de prestations. Ceci est perçu lorsque des observations spéciales ont été faites pendant l'anesthésie ou à la fin de celle-ci, sur lesquelles l'équipe souhaiterait un retour personnel. De plus, sur certaines périodes, nous visitons fréquemment des groupes de patients individuels lorsque des problèmes spécifiques / potentiels se posent. Dans le passé, il s'agissait de patients avec une intubation vigile vidéo-endoscopique ou des patients après certaines interventions (positionnement spécial) au cours desquelles, par exemple, des troubles de la sensibilité sont apparus fréquemment.

### Conditions de réussite

Les conditions de base pour les enquêteurs sont l'empathie, des connaissances spécialisées solides et une vaste expérience professionnelle. De nombreux patients posent des questions sur l'anesthésie ou la procédure en salle d'opération ou l'apparition de points de compression, de troubles sensoriels ou de douleurs qui ne sont pas liés à l'opération. Il est donc impératif de bien connaître le déroulement des procédures. Si des personnes ont des questions détaillées sur le cours de l'anesthésie, il nous arrive de leur montrer le protocole et de leur expliquer les relations.

Si plusieurs collègues mènent les entretiens, il est important de se mettre d'accord sur l'état d'esprit. Nos questions

sont clairement formulées et pourtant les réponses doivent être reflétées, par exemple au sujet de la douleur. La réponse: «Non, je n'ai pas beaucoup souffert, VAS 6.» mérite d'être investiguée. De même, si au cours d'une question d'anesthésie, le nom d'un chirurgien apparaît. En d'autres termes, cela signifie que nous devons être présents dans la conversation. Il faut savoir si la réponse concerne la question posée ou autre chose.

Si les attitudes des enquêteurs diffèrent ici, cela aura une influence sur les résultats.

Nous vivons difficilement les revendications de certains patients. On rencontre des reproches tels que «j'ai déjà dit que j'étais malade après les dernières interventions et que cela s'est à nouveau produit». Cela aide les personnes concernées si nous expliquons les liens autour des NVPO.

Si vous êtes un membre de l'équipe, cela facilite également le travail. Ceci à la fois en ce qui concerne la coopération avec les services et avec l'équipe d'anes-

### Déroulement des entretiens

En raison d'expériences négatives au début, nous ne parlons plus de «mesures de qualité» avec les patients aujourd'hui. Beaucoup de gens sont saturés par des «mesures de qualité» de toutes sortes et après une opération, ils veulent vraiment être tranquilles. Notre demande est perçue différemment lorsque nous disons «nous sommes intéressés par la façon dont vous avez vécu l'anesthésie» et si nous «pouvons vous poser quelques questions». La plupart d'entre eux sont d'accord, certains se réjouissent, l'interview est rarement rejetée.

Afin de recevoir des réponses qui ne sont pas seulement agréables, il est important pour nous de faire comprendre que nous prendrons le temps nécessaire. En règle générale, je m'assieds à côté des patients et je les rencontre donc physiquement à la hauteur de leurs yeux. Il est plus facile d'aborder leur vécu grâce aux informations tirées au préalable de l'anamnèse et du déroulement en salle d'opération ainsi qu'en salle de réveil. En fonction de l'expérience passée, je commence la conversation avec ce point. Par exemple chez quelqu'un ayant eu une expérience d'awareness (lors d'une anesthésie antérieure): Il existe des per-

thésie. Cela nécessite une solide base de confiance. C'est la condition préalable pour vivre une culture de l'erreur sans peur et ouverte. Si, par exemple, quelque chose de fâcheux s'est passé impliquant un ou une collègue, alors ils doivent savoir qu'ils sont protégés. Tout le monde doit être sûr de ne jamais être cloué au pilori. Selon l'incident, il suffit que nous transmettions le retour d'information aux personnes concernées. Il est parfois arrivé que les collègues passent personnellement vers le patient. En règle générale, cette procédure est la meilleure pour toutes les personnes impliquées.

Si cela n'est pas possible, nous, les membres du service de gestion de la qualité, visitons les patients affectés à plusieurs reprises. C'est particulièrement agréable lorsqu'un patient envoie un message de salutation aux collègues concernés.

Il existe également des cas individuels où il est clair que nos supérieurs doivent être informés.

sonnes qui réagissent de manière très émotionnelle. J'insiste volontairement sur le fait qu'elles ont dormi aussi profondément pendant l'anesthésie de la veille, comme cela est normalement le cas lors des anesthésies générales. J'encourage certains à garder cela à l'esprit dans les prochains jours. De cette façon, leurs souvenirs reçoivent un contrepoids à leur expérience antérieure négative. Autrement, nous ouvrons l'entretien avec notre catalogue de questions, qui est structuré différemment selon la procédure anesthésique.

Ce qui m'aide beaucoup, ce sont divers types de formation continue dans le domaine psychologie-somatique-thérapeutique. Je trouve que l'écoute active selon Carl Rogers<sup>4</sup> par exemple et les connaissances de base en PNL (programmation neuro-linguistique) sont des outils utiles pour créer l'espace dans lequel les personnes peuvent s'ouvrir et s'exprimer librement.

Au cours de la conversation, il arrive parfois que les patients me racontent des expériences stressantes à l'hôpital qui n'ont rien à voir avec l'anesthésie. Dans ce cas, je transmets la marche à suivre ensuite, comme, par exemple, se tourner vers le responsable de la gestion des plaintes au sein de l'institution.

### Travail interdisciplinaire

Si quelque chose est remarqué dans la conversation avec les patients, qui affecte également le service, nous recherchons notre collègue infirmier responsable, directement après l'entretien. C'est le cas le plus souvent lorsque l'analgésie est insuffisante (voir les exemples de la figure 2). Le problème est de savoir: quelles sont les prescriptions, ont-elles besoin d'ajustements, les réserves ont-elles été épuisées? Si non, pourquoi pas? Au début de nos mesures, nous avons souvent rencontré des défenses dans les services. Il nous a semblé que les soignants avaient peur que nous les contrôlions eux et leur travail.

Ici, il a fallu du temps jusqu'à la création de la confiance de base. Entre-temps, nos interventions ont souvent tendance à aider les soignants à se positionner pour préconiser un ajustement des prescriptions auprès des médecins du service. Une collègue a dit un jour que cela l'encourageait lorsqu'elle pouvait dire que nous, personnel de l'anesthésie, avions découvert ou suggéré telle ou telle chose. Un vrai problème est qu'il existe différentes vérités. La vérité dans la documentation disponible n'est pas toujours la vérité que le personnel infirmier dans les services revendique pour soi-mêmes, et il y a parfois une contradiction dans la vérité que nous ressortons des discussions avec les patients. Ici, il est nécessaire de mieux faire comprendre qu'il s'agit au bout du compte de l'expérience des patients et que le processus de guérison se déroule aussi tranquillement que possible.

Ces dernières années, la situation a évolué en ce sens que les soignants sont heureux que nous leur transmettions certains commentaires de leur patients, par exemple. Par rapport à la situation sociale, aux toxiques qui sont également nécessaires en post op, à la prise de médicaments en parallèle avec la prescription actuelle, etc.

En outre, il est parfois arrivé que des infirmières ou des médecins des services aient demandé une mesure de la qualité, par exemple. Si en postopératoire, des patients ont parlé d'expériences pesantes liées à l'anesthésie.

### Formation continue et culture de formation

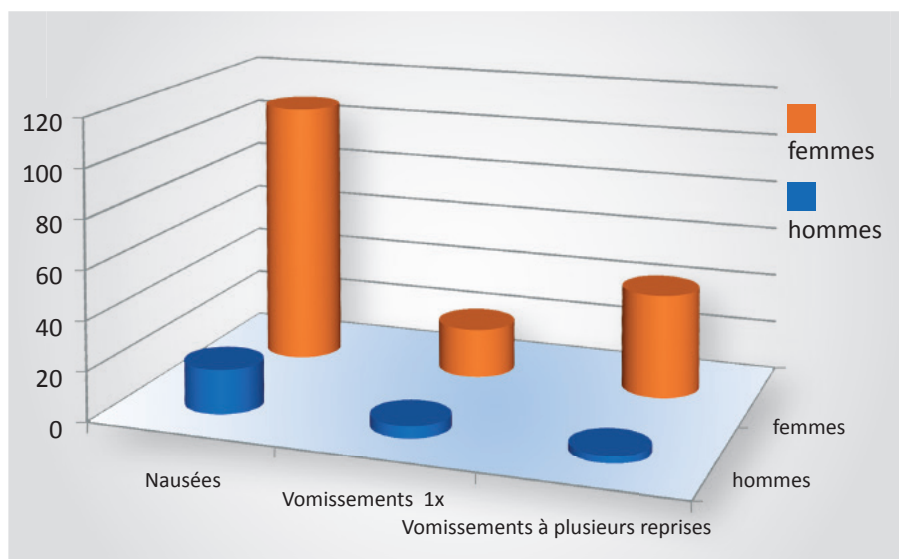
Depuis 2013, je présente les évaluations chez nous, au KSA, lors des cours de formations internes en anesthésie. Une grande partie de ce dont je peux parler est réjouissant. J'aime utiliser cela parce que c'est un feedback des patients à mes collègues qu'ils ne recevraient jamais autrement. Je parle de l'appréciation des patients interrogés pour le travail de chacun. Une fois les cycles de formation terminés, la présentation est affichée sur notre intranet, à la page Periop. Cela donne un très bon aperçu au fil des ans. Au fur et à mesure que l'expérience grandit, nous passons de plus en plus

de la présentation de chiffres purs à des incidents concrets que nous développons plus précisément. Il est important de transmettre la situation initiale et le déroulement de la manière la plus factuelle possible. C'est le seul moyen d'empêcher les collègues d'adopter une attitude défensive. Notre objectif est de les sensibiliser aux problèmes rencontrés et de les encourager à réfléchir. Ils devraient développer un intérêt pour les améliorations. En fonction de la situation, nous signalons également certains incidents, car nous ne devons pas tout expérimenter «à la dure» dans notre vie professionnelle.

### Exemples de découvertes

Fig. 1 NVPO:

2017 prophylaxies des PONV chez les patients ayant une tendance connue aux PONV: 79 %  
Résultats pour ce volet: Nausées: 48 % (proportion de femmes: 82 %), Vomissements 1x: 10 % (proportion de femmes: 80 %), Vomissements à plusieurs reprises: 17 % (proportion de femmes: 93 %)



Revenons-nous aux liens autour des NVPO.

**Conclusion:** L'administration de la prophylaxie de NVPO est perfectible.

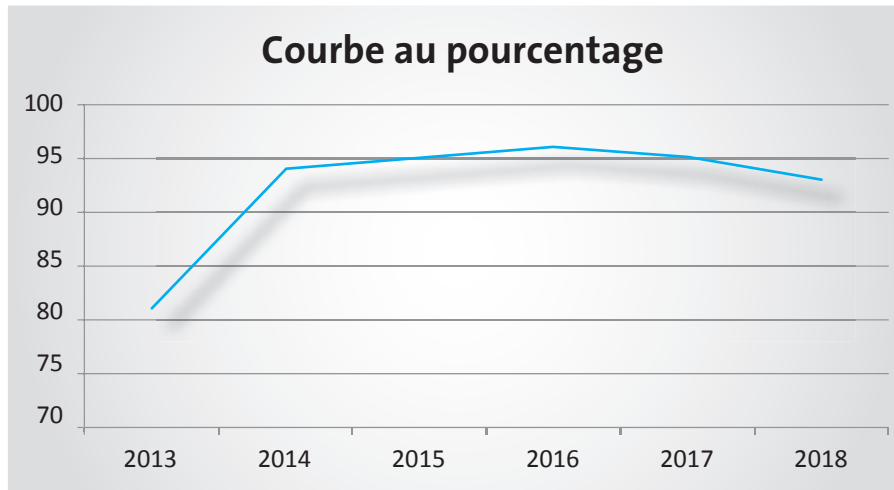
**Pour le suivi:** Chez nous, la «prophylaxie des PONV» est enregistrée à partir d'une seule mesure utilisée pour la prophylaxie. Dans l'examen quotidien des protocoles, il est frappant de constater qu'il existe une proportion assez élevée de patients pour lesquels la prophylaxie définie de plusieurs composants n'a été que partiellement mise en œuvre. D'où le travail en cours: conséquence de la prophylaxie partielle vs. de la prophylaxie complète.

Ce qui échappe à notre sphère d'influence: d'autres facteurs qui déclenchent des nausées et des vomissements après l'opération tels que des troubles circulatoires, les effets indésirables des opiacés ou des antibiotiques, une disposition personnelle, un premier repas inapproprié, etc.

sont plaint d'avoir, de manière frappante, les lèvres desséchées après une anesthésie générale. Nous avons décidé de changer le produit pour humidifier les yeux et trouvé un produit qui peut être utilisé pour les yeux et les lèvres (après intubation). Puisqu'il s'agit d'un petit tube, chaque

Lors des discussions à l'occasion des visites de qualité, il est apparu que ce très bon résultat (échec anesthésies régionales) était dû aux soins personnels dispensés en salle d'opération, y compris une intervention plus rapide au moment où la douleur se produisait.

Fig. 2 Analgésie dans le service:  
Le patient a-t-il le sentiment d'avoir rapidement reçu un traitement supplémentaire contre la douleur après qu'il en a exprimé le désir?



Il s'agit d'informations venant uniquement du patient. Nous constatons que le temps depuis lequel les patients ont signalé la douleur jusqu'à ce qu'ils aient reçu un analgésique a diminué, particulièrement jusqu'en 2016. Il est concevable que notre présence dans les services ait contribué à améliorer la situation de nos patients. Étant donné que ce domaine est en repli depuis 2017, nous attendons avec impatience les chiffres de 2019. Nous n'avons aucune explication pour le tracé de la courbe. Cependant, nous avons également constaté qu'une forte rotation du personnel dans les services n'incitait pas à transmettre des connaissances spécifiques.

### Volet qui impliquait un ajustement de la pratique

**Le problème:** les patients ont exprimé à plusieurs reprises qu'ils voyaient flou les premiers temps directement après une anesthésie générale. Certains avaient donc besoin de plus de temps pour s'orienter dans l'espace / dans le temps. Nous avons attribué ce symptôme au produit de protection des yeux utilisé jusque-là. Dans le même temps, environ 50 % des patients se

patient reçoit le sien, qui lui sera utile en postopératoire pour son usage personnel. Depuis lors, les particularités au niveau des yeux ont diminué de 1,5%. Malheureusement, les «lèvres sèches» restent relativement stables malgré les nouvelles mesures.

	Correspond tout à fait	Correspond en grande partie	Ne correspond pas vraiment
Anesthésies générales Nombre 1230	95 % 1176	4 % 52	0,16 % 2
Anesthésies générales & régionales Nombre 100	96 % 96	3 % 3	1 % 1
Anesthésies régionales Nombre 251	92 % 232	8 % 19	0
Echec anesthésies régionales Nombre 17	14 patients	3 patients	0
<b>Total</b> 1598	<b>1518 / 95 %</b>	<b>77 / &lt;5 %</b>	<b>3 / 0,19 %</b>

### Un résultat surprenant

Un résultat surprenant de l'année 2016 ne doit pas être ignoré: la question posée aux patients interviewés était la suivante: étiez-vous satisfait de l'anesthésie dans son ensemble?

### Perspective d'avenir

S'il y avait d'autres hôpitaux qui pratiquaient de la même manière la gestion de la qualité de l'anesthésie, nous pourrions échanger nos points de vue sur certaines questions. Ici je pense, par exemple aux troubles de la sensibilité après certaines interventions. Nous pourrions proposer des solutions auxquelles nous ne sommes pas arrivés seuls jusqu'ici. Et dans le même temps, ce serait un moyen approprié de mettre en œuvre les différents rôles de notre modèle validé (SIGA / FSIA), pour le bien de nos patients. Chez nous, en anesthésie à Aarau, nous nous réjouissons de tout contact futur.

Littérature sur [www.siga-fsia.ch](http://www.siga-fsia.ch)

### Contact:

Ann Krauss  
Experte diplômée en soins d'anesthésie EPD ES  
Formatrice d'adultes avec certificat fédéral  
Hôpital cantonal d'Aarau  
[ann.krauss@ksa.ch](mailto:ann.krauss@ksa.ch)