

BURKINA FASO
Unité – Progrès – Justice

UNIVERSITE POLYTECHNIQUE
DE BOBO DIOULASSO
(UPB)



INSTITUT SUPERIEUR DES
SCIENCES DE LA SANTE
(IN.S.SA)



Année Universitaire:2015-2016

Thèse N° 0047

**EVALUATION DE LA QUALITE DE
REEMPLISSAGE DU DOSSIER D'ANESTHESIE AU
CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE
YALGADO OUEDRAOGO**

THESE

Présentée et soutenue publiquement le 15 Décembre 2015
Pour l'obtention du **Grade de Docteur en MEDECINE**
(Diplôme d'Etat)

Par

ILBOUDO Sombéwendin Charles

Né le 04/11/1987 à Ouagadougou (BURKINA FASO)

JURY

Président :

M. BEOGO Rasmané

(Maître de Conférences Agrégé)

Membres :

M. SAVADOGO G. Léon Blaise

(Maître de Conférences Agrégé)

M. ZARE Cyprien

(Maître Assistant)

M. TRAORE Alain Ibrahim

(Maître Assistant)

M. TRAORE Salah Idriss Séif

(Médecin Anesthésiste Réanimateur)

Directeur de Thèse

M. SAVADOGO G. Léon Blaise

(Maître de Conférences Agrégé)

Co-directeur de thèse

M. TRAORE Salah Idriss Séif

(Médecin Anesthésiste Réanimateur)

BURKINA FASO
Unité – Progrès – Justice

UNIVERSITE POLYTECHNIQUE
DE BOBO DIOULASSO
(UPB)



INSTITUT SUPERIEUR DES
SCIENCES DE LA SANTE
(IN.S.SA)



Année Universitaire:2015-2016

Thèse N° 0047

**EVALUATION DE LA QUALITE DE
REPLISSAGE DU DOSSIER D'ANESTHESIE AU
CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE
YALGADO OUEDRAOGO**

THESE

Présentée et soutenue publiquement le 15 Décembre 2015
Pour l'obtention du **Grade de Docteur en MEDECINE**
(Diplôme d'Etat)

Par

ILBOUDO Sombéwendin Charles

Né le 04/11/1987 à Ouagadougou (BURKINA FASO)

Directeur de Thèse

M. SAVADOGO G. Léon Blaise

(Maître de Conférences Agrégé)

Co-directeur de thèse

M. TRAORE Salah Idriss Séif

(Médecin Anesthésiste Réanimateur)

JURY

Président :

M. BEOGO Rasmané

(Maître de Conférences Agrégé)

Membres :

M. SAVADOGO G. Léon Blaise

(Maître de Conférences Agrégé)

M. ZARE Cyprien

(Maître Assistant)

M. TRAORE Alain Ibrahim

(Maître Assistant)

M. TRAORE Salah Idriss Séif

(Médecin Anesthésiste Réanimateur)

AVERTISSEMENT

MINISTERE DES
ENSEIGNEMENTS
SECONDAIRE, SUPERIEUR

SECRETARIAT GENERAL

UNIVERSITE
POLYTECHNIQUE
DE BOBO-DIOULASSO

INSTITUT SUPERIEUR DES
SCIENCES
DE LA SANTE (IN.S.SA)
Tél. 20 98 38 52



BURKINA FASO

Unité- Progrès- Justice

ARRET DU CONSEIL SCIENTIFIQUE

PAR DELIBERATION, LE CONSEIL SCIENTIFIQUE DE L'INSTITUT SUPERIEUR
DES SCIENCES DE LA SANTE (IN.S.SA.) A ARRETE QUE

LES OPINIONS EMISES DANS LES THESES DOIVENT ETRE CONSIDEREES

COMME PROPRES A LEURS AUTEURS

ET QU'IL N'ENTEND LEUR DONNER AUCUNE APPROBATION, NI IMPROBATION.

Pour le Conseil Scientifique

Le Directeur

S. Macaire OUEDRAOGO
Maitre de conférences agrégé

LISTE DU PERSONNEL

**MINISTERE DES
ENSEIGNEMENTS
SECONDAIRE ET SUPERIEUR**

SECRETARIAT GENERAL

**UNIVERSITE POLYTECHNIQUE
DE BOBO-DIOULASSO
01BP. 1091 Bobo-Dioulasso 01
Tél. (226) 20 98 06 35 / Fax (226)
20 98 25 77**

**INSTITUT SUPERIEUR DES
SCIENCES
DE LA SANTE (IN.S.SA)
Tél. (226) 20 95 29 90**



Savoir-Excellence-Conscience

BURKINA FASO
Unité-Progrès -Justice

DIRECTION

**LISTE DES RESPONSABLES ADMINISTRATIFS
DE L'INSTITUT SUPERIEUR DES SCIENCES DE LA SANTE (IN.S.SA)**

(ANNEE UNIVERSITAIRE 2015 -2016)

1.	Directeur	MCA S. Macaire OUEDRAOGO
2.	Directeur Adjoint	MCA Léon G.B.SAVADOGO
3.	Chef du département médecine et spécialités médicales	MCA Zakari NIKIEMA
4.	Chef du département de Gynécologie- Obstétrique	MCA Souleymane OUATTARA
5.	Chef de département de Santé publique	MCA Léon G. B. SAVADOGO
6.	Directeur des stages	MCA Patrick DAKOURE
7.	Chef du département de Chirurgie et spécialités chirurgicales	Dr Bakary SANON
8.	Chef du département de Pédiatrie	Dr K. Raymond CESSOUMA
9.	Chef du département des Sciences fondamentales et mixtes	Dr Salifo SAWADOGO
10.	Secrétaire principale	Mme Georgette YONI/SOMDA
11.	Chef du Service Administratif et Financier	M. Nazaire ZERBO
12.	Chef du Service de la Scolarité	M. Yacouba YAMBA
13.	Responsable du Service des Ressources Humaines	M. Seydou BANCE
14.	Responsable de la Bibliothèque	M. Mohéddine TRAORE
15.	Secrétaire du Directeur	Mme Fati SANGARE/OUIMINGA

LISTE DES ENSEIGNANTS PERMANENTS DE L'IN.S.SA

.....
(ANNEE UNIVERSITAIRE 2015 -2016)
.....

1. PROFESSEURS TITULAIRES

- | | |
|--------------------------|-------------------------|
| 2. Robert T. GUIGUEMDE * | Parasitologie-Mycologie |
| 3. Blami DAO** | Gynécologie-obstétrique |

2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

- | | |
|---------------------------|--|
| 1. Macaire OUEDRAOGO | Médecine interne/Endocrinologie |
| 2. Souleymane OUATTARA | Gynécologie-obstétrique |
| 3. Issaka SOMBIE*** | Epidémiologie |
| 4. Jean Baptiste ANDONABA | Dermatologie-vénérologie |
| 5. Zakari NIKIEMA | Imagerie médicale |
| 6. Léon Blaise SAVADOGO | Epidémiologie |
| 7. Patrick W.H. DAKOURE | Orthopédie-Traumatologie |
| 8. Téné Marceline YAMEOGO | Médecine interne |
| 9. Abdoulaye ELOLA | ORL |
| 10. Sanata BAMBA | Parasitologie-Mycologie |
| 11. Rasmané BEOGO | Stomatologie/Chirurgie maxillo-faciale |

3. MAITRES- ASSISTANTS

- | | |
|---------------------------|---------------------------------|
| 1. Jean Wenceslas DIALLO | Ophtalmologie |
| 2. Armel G. PODA | Maladies infectieuses |
| 3. Bakary Gustave SANON | Chirurgie générale-Anatomie |
| 4. Carole Gilberte KYELEM | Médecine interne |
| 5. Abdoul Salam OUEDRAOGO | Bactériologie/Virologie |
| 6. Der Adolphe SOME | Gynécologie-obstétrique |
| 7. Boukary DIALLO | Dermatologie-vénérologie |
| 8. Salifou GANDEMA | Médecine physique/ Réadaptation |
| 9. Aimé Arsène YAMEOGO | Cardiologie |
| 10. Sa Seydou TRAORE** | Imagerie médicale |
| 11. Raymond CESSOUMA | Pédiatrie |
| 12. Cyprien ZARE | Chirurgie générale |
| 13. Ibrahim Alain TRAORE | Anesthésie Réanimation |

14. Emile BIRBA	Pneumologie
4. ASSISTANTS	
1. Moussa KERE	Psychiatrie
2. Salifo SAWADOGO	Hématologie
3. Sié Drissa BARRO	Anesthésie-Réanimation
4. Yacouba SOURABIE	Immunologie
5. Aimée DAKOURE/KISSOU	Pédiatrie
6. Jean Baptiste TOUGOUMA	Cardiologie
7. Ibrahim SANGARE	Parasitologie générale
8. Souleymane FOFANA	Pharmacologie générale
9. Malick DIALLO	Chirurgie orthopédie
10. Makoura BARRO	Pédiatrie
11. Richard Wend Lasida OUEDRAOGO	ORL et Chirurgie cervico-facial
12. Adama OUATTARA	Chirurgie Urologie
13. Issouf KONATE	Dermatologie
14. Valentin KONSEGRE	Anatomie pathologique
15. Mâli KOURA	Hépto-gastro-entérologie
16. Clément Zièmle MEDA	Epidémiologie
17. Mariam HEMA/DOLO	Ophtalmologie
18. Jacques ZOUNGRANA	Infectiologie
19. Adama DEMBELE	Gynécologie obstétrique
20. Mamoudou CISSE	Parasitologie
21. Michel GOMGNIBOU	Biologie moléculaire

* Doyen émérite

**En disponibilité

*** En détachement

**LISTE DES ENSEIGNANTS VACATAIRES
(2015 à 2016)**

1. ENSEIGNANTS VACATAIRES DE L'UPB

1. Aboubacar TOGUYENI	Génétique
2. Ahmed SERE	Physique
3. Bétaboalé NAON	Physique
4. Georges Anicet OUEDRAOGO	Biochimie
5. Juliette DIALLO/TRANCHOT	Biologie cellulaire
6. M'Bi KABORE	Physique
7. Samadou COULIBALY	Anglais médical
8. Théodore M. Y. TAPSOBA	Maths et Statistiques
9. Younoussa MILLOGO	Chimie

2. ENSEIGNANTS VACATAIRES HORS UPB

1. Abel KABRE	Neurochirurgie
2. Adama LENGANI	Néphrologie
3. Adama TRAORE	Dermatologie
4. Alain ZOUBGA	Pneumologie
5. Alhassane SANOU	Anglais médical
6. Amadou TOURE	Histologie Embryologie
7. André SAMADOULOUYOU	Cardiologie
8. Appolinaire SAWADOGO	Pathologie digestive médicale
9. Arouna OUEDRAOGO	Psychiatrie
10. Assita SANOU/LAMIEN	Anatomie pathologique
11. Athanase MILLOGO	Neurologie
12. Boubacar NACRO	Pédiatrie
13. Braïma SESSOUMA	Biochimie
14. Busia KOFFI	Médecine traditionnelle

15. Daman SANO	Cancérologie
16. Dieu Donné OUEDRAOGO	Rhumatologie
17. Djakaria CISSE	Anglais médical
18. Fallou CISSE	Physiologie
19. Germain SAWADOGO	Biochimie clinique
20. Joachim SANOU	Anesthésie Réanimation
21. Kampadilemba OUOBA	ORL
22. Nazinigouba OUEDRAOGO	Physiologie
23. Norbert RAMDE	Médecine légale
24. Noufounikoun MEDA	Ophtalmologie
25. Olga Mélanie LOMPO/GOUMBRI	Anatomie pathologique
26. Pierre GUISSOU	Pharmacologie générale
27. Lassana SANGARE	Bactériologie/Virologie
28. Sélouké SIRANYAN	Psychiatrie
29. Théophile Lincoln TAPSOBA	Biophysique
30. Timothée KAMBOU	Urologie
31. Vincent OUEDRAOGO	Médecine du travail
32. Zékiba TARNAGDA	Maladies infectieuses
33. Hama DIALLO	Bioéthique
34. Idrissa SAVADOGO	Anatomie pathologique
35. Seydou BARRO	Informatique
36. Mme Liliane DABIRE/MEDA	Anglais médical
37. Mme Mathurine C. KOULIBALY/KANKO	Anglais médical
38. OUEDRAOGO Nafi	Physiologie

DEDICACES

Au Seigneur Dieu

Par Ta grâce infinie, Tu m'as guidé et permis de braver les obstacles. Je Te loue chaque instant et j'implore Ton secours pour le reste de ma carrière. Puisse Ta lumière guider mes pas.

A ma Patrie,

Le Burkina Faso qui a consenti beaucoup de sacrifices pour mon instruction et fait de moi un de ses fils devant concourir à son développement. Je lui suis profondément reconnaissant et je tacherai de ne jamais la décevoir et d'être digne d'elle.

A Mon Papa (In Memoriam)

Comme tu aurais voulu me voir terminer mes études ! Hélas, le temps a fait défaut. Tu as consenti d'énormes sacrifices pour le succès de mes études. Grâce à tes prières, tes bénédictions et ton soutien constant et multiforme, ton fils voit aujourd'hui le couronnement de ses efforts. Je te dédie ce travail en témoignage de mon amour sincère et de ma reconnaissance filiale. Puisse Dieu t'accueillir dans son royaume, Amen.

A ma Maman

Vous m'avez toujours donné et consacré le meilleur de vous-mêmes. Vous étiez aussi candidate chaque fois que j'avais un examen. Je vous dois tout.

Je vous offre ce travail comme récompense et comme reconnaissance pour tous les efforts que vous avez toujours consentis pour moi. Que Dieu vous accorde santé et longévité.

A ma grande sœur (In memoriam)

Très tôt la mort t'a arrachée à notre affection sans te permettre de voir le fruit de la graine que tu as arrosée. Ce travail est certainement l'une de tes volontés, je suis triste que tu ne sois pas avec nous pour partager ce moment. Jamais je ne pourrai t'oublier. Blandine, repose en paix!

A mes frères et sœurs: Patrice, Edouard, Viviane, Florence et Sandrine

Courage et persévérance pour le maintien éternel de nos liens de sang. Ce travail est l'occasion pour moi de vous dire à quel point vous m'êtes chers. Puisse Dieu nous unir davantage.

A mes grands-parents, oncles, tantes, cousins et cousines

Prières, bénédictions et encouragements ont été votre part d'effort dans la construction de ma personne et de cette œuvre. Merci pour cette présence fondamentale.

A mes frères et sœurs de la JEC

Vous avez apporté le soutien spirituel et social indispensable à ma réussite. Puisse l'Éternel renforcer nos liens de fraternité et nous permettre d'atteindre nos objectifs.

A mes amis et frères Modeste, Jean-Baptiste, Léontine

Nous avons formé une « Famille » depuis la première année de Médecine. Ce sont d'inoubliables moments que nous avons vécus ensemble. Que Dieu nous garde toujours unis et vous bénisse abondamment, amen!

A toi Marilyn MOUTOUAMA (In memoriam)

Combien vaut ma peine ce jour de constater ton absence à jamais. Le destin a eu raison de la plénitude de ta jeunesse. Ta silhouette restera toujours gravée dans ma mémoire. Que le Tout Puissant te garde sous sa protection. Amen.

A mes camarades de la 3eme promotion de l'INSSA

Amis et « compagnons de lutte », merci pour votre soutien intarissable durant toutes ces années. Merci pour les moments passés en votre compagnie. Nous franchissons une nouvelle étape de notre vie et j'espère que les liens qui nous unissent perdureront. Beaucoup de bonheur dans vos vies. Je vous souhaite réussite dans toutes vos entreprises. Que Dieu vous apporte sa protection.

A mes amis de la T^{le} C 2007 au Bambata

Que de bons moments passés avec vous malgré la présence de «Seïdou» et de «Yaaba». Merci de m'apporter jusqu'à présent votre soutien et de partager toujours une partie de ma vie. Je vous souhaite beaucoup de bonheur, de réussite et de prospérité.

REMERCIEMENTS

A mes enseignants du primaire, Mme GOUMBRI, Mr ILBOUDO

Vous m'avez initié à l'écriture. Comment serai-je arrivé ici sans vous? Je vous suis très reconnaissant. Merci pour tous les sacrifices consentis. Je m'efforcerai d'être toujours le digne élève dont vous serez toujours fiers.

A mes enseignants et encadreurs de l'INSSA

Qui m'ont enseigné la rigueur de la Médecine et m'ont fait profiter avec générosité et patience de leur expérience et de leurs compétences. Ma profonde gratitude.

A mes amis IDH

Je suis très heureux d'appartenir à cette «famille». Merci pour votre soutien et vos encouragements. Soignez bénis.

Mes remerciements à toute **l'équipe DESAR** à laquelle je suis fier d'appartenir et qui a permis la réalisation de ce travail sur le terrain. Ma reconnaissance particulière à **Fatou Sanou, Salam Sawadogo** et **Victoria Hien** pour leurs apports techniques et leurs conseils.

A tout le personnel du service de réanimation du CHUSS

Merci pour votre accueil chaleureux lors de mon stage dans le service. Que ce travail soit un témoignage de ma gratitude

A tout le personnel du service de réanimation du CHUYO

Merci pour la bonne collaboration et votre soutien

Au Dr BARRO Drissa et Au Dr BAKO Yves

Je tiens à vous remercier très sincèrement. Je dirai simplement que la « base de toute bonne sauce est l'eau ».

Au Pr N OUEDRAOGO

C'est l'occasion pour moi de vous remercier de m'avoir accueilli dans le DESAR. C'est un immense honneur et un plaisir pour moi de travailler sous votre couverture. J'ai eu la confirmation de vos qualités tant appréciées de tous : rigueur dans le travail, immense culture médicale, qualités pédagogiques exceptionnelles et qualités humaines inestimables. Soyez assuré de mon plus grand respect et de ma profonde gratitude. Que Dieu vous bénisse.

A la coordination du DESAR

Merci de nous dispenser un enseignement de qualité pour l'exercice de notre profession future.

A tous ceux qui se reconnaîtront dans ce travail,

Merci du fond du cœur pour votre aide. Dieu vous le rendra au centuple.

**A NOS MAITRES ET
JUGES**

A notre maître et président du jury, le Dr BEOGO Rasmané

Vous êtes :

- Maître de conférences agrégé en stomatologie et Chirurgie maxillo-faciale à l'INSSA/UPB
- Enseignant d'anatomie et de stomatologie à l'INSSA/UPB
- Chef du service de stomatologie et chirurgie maxillo-faciale au CHUSS

Cher Maître,

Nous sommes très sensibles à l'honneur que vous nous faites en acceptant de présider le jury de notre thèse malgré vos multiples occupations.

Nous avons eu la chance de bénéficier de vos enseignements théoriques et pratiques.

Nous avons ainsi pu admirer votre grande culture scientifique, votre rigueur dans le travail, votre faculté d'écoute, autant de qualité qui font de vous un maître admiré, respecté et aimé de tous. Veuillez recevoir nos hommages respectueux.

A notre Maître et Directeur de thèse, le Dr SAVADOGO G. Léon Blaise

Vous êtes :

- Médecin épidémiologiste et spécialiste en nutrition.
- Maître de Conférences Agrégé en Epidémiologie à l'INSSA
- Directeur adjoint de l'INSSA
- Chef du Département de Santé Publique de l'INSSA
- Coordonnateur de l'unité de recherche et de formation sur la nutrition la santé et la survie de la mère et de l'enfant de l'INSSA
- Chef du service d'information sanitaire du CHUSS

Cher Maître,

Nous sommes heureux de l'honneur que vous nous avez fait en acceptant de nous guider malgré vos multiples occupations et sollicitations.

Chacune de nos rencontres avec vous était pleine de leçons pour la vie. En un enseignant, nous avons découvert un père. Votre rigueur, votre pédagogie, votre modestie et vos qualités humaines suscitent en nous admiration et attachement.

Trouvez ici cher maître, l'expression de notre considération et de notre gratitude.

Que Dieu vous bénisse ainsi que votre famille.

A notre Maître et Juge, le Dr ZARE Cyprien

Vous êtes :

- Maître assistant en chirurgie générale
- Enseignant de chirurgie générale et viscérale à l'INSSA/UPB
- Titulaire d'une Attestation de Formation Spécialisée en chirurgie pédiatrique
- Chirurgien général au service de Chirurgie générale du CHUSS

Cher maître,

Vous nous avez honorés en acceptant avec grande sympathie de siéger dans notre jury de thèse. Nous avons eu l'occasion et l'honneur de travailler à vos côtés lors de notre stage dans le service de Chirurgie viscérale. Nous avons ainsi pu apprécier votre grande culture médicale et vos qualités humaines. Trouvez ici l'expression de nos sentiments de profond respect et de gratitude. Que la sagesse et la connaissance de Dieu vous accompagnent dans la préparation du concours d'agrégation! Bonne chance.

A notre maître et juge, le Dr TRAORE Alain Ibrahim

Vous êtes :

- Maître assistant en Anesthésie-Réanimation à l'INSSA/UPB
- Ancien Interne des Hôpitaux de Dakar
- Médecin Anesthésiste Réanimateur au CHUSS

Cher maître,

Nos chaleureux remerciements pour avoir accepté avec spontanéité et enthousiasme de juger ce travail. C'est ici l'occasion pour nous de vous féliciter pour vos qualités scientifiques reconnues par la Fédération Mondiale des Sociétés d'Anesthésie lors du dernier congrès de la Société d'Anesthésie Réanimation d'Afrique Noire Francophone à Niamey. Sachez simplement que vous serez un guide pour nous. Que la sagesse et la connaissance de Dieu vous accompagnent!

A notre maître et co-directeur, le Dr TRAORE Salah Idriss Séif

Vous êtes :

- Médecin Anesthésiste-réanimateur au CHUYO

Cher Maître,

Nous tenons tout d'abord à vous exprimer notre profonde reconnaissance pour votre soutien inestimable, vos qualités humaines extraordinaires et votre confiance envers notre personne.

Cher maître, votre rigueur scientifique et votre souci constant du perfectionnement ont permis d'avoir les résultats que nous connaissons dans une aventure presque utopique au départ. Les mots nous manquent toujours pour vanter vos qualités et mérites, sachez simplement que vous serez toujours un modèle pour nous.

TABLE DES MATIERES

SOMMAIRE

Avertissement.....	ii
Liste du personnel de l'INSSA	iv
Dédicaces.....	x
Remerciements	xiv
Résumé.....	xxiv
Sigles et abréviations.....	xxvii
Liste des tableaux	xxx
Liste des figures.....	xxxii
Introduction / Enonce du problème	1
1. Généralités.....	4
1.1. Définitions	5
1.1.1. L'anesthésie	5
1.1.2. Le dossier d'anesthésie.....	5
1.2. Les fonctions du dossier d'anesthésie	6
1.2.1. La fonction symbolique.....	6
1.2.2. La fonction de facilitation du travail de l'anesthésiste	6
1.2.3. La fonction d'outils de communication et de coordination	7
1.2.4. La fonction de soins	7
1.2.5. La fonction médico-légale	7
1.2.6. La fonction d'outils d'évaluation.....	8
1.2.7. La fonction d'outils d'enseignement et de recherche	8
1.3. Législations et recommandations.....	8
1.3.1. Le contenu du dossier d'anesthésie.....	8
1.3.2. Tenue du dossier d'anesthésie.....	13
1.4. Dossier d'anesthésie informatisé	13
1.5. L'évaluation du dossier d'anesthésie	14
1.5.1. Intérêt de l'évaluation	14
1.5.2. Méthode d'évaluation: l'audit clinique.....	15
2. Revue de la littérature.....	17
3. Objectifs.....	21
3.1. Objectif général	22
3.2. Objectifs spécifiques	22
4. Cadre et champs d'étude	23
4.1. Cadre d'étude	24
4.2. Champs d'étude: Le service d'anesthésiologie.....	26
5. Méthodologie.....	30
5.1. Type d'étude	31
5.2. Matériel d'étude et période d'étude	31
5.3. Echantillonnage.....	31
5.3.1. Taille de l'échantillon	31
5.3.2. Technique d'échantillonnage	32
5.4. Collecte des données.....	32
5.5. Définition des variables.....	33

5.6. Plan d'analyse	39
6. Considérations éthiques	40
7. Résultats.....	42
7.1. Caractéristiques de l'échantillon.....	43
7.2. Comparaison du DA du CHUYO par rapport à celui de la HAS de la France	46
7.3. Taux de remplissage correct du dossier d'anesthésie au CHUYO	47
7.4. Facteurs influençant la qualité de remplissage du DA au CHUYO	50
8. DISCUSSION.....	54
8.1. Les limites de l'étude	55
8.2. Caractéristiques de l'échantillon.....	55
8.3. Comparaison du DA du CHUYO par rapport à celui de la HAS de la France	57
8.4. Taux de remplissage correct du dossier d'anesthésie au CHUYO	57
8.5. Facteurs influençant la qualité du remplissage du DA au CHUYO	59
Conclusion	62
Suggestions / Recommandations	64
Références bibliographiques	66
Annexes	71
Serment d'hippocrate	90

RESUME

RESUME

Introduction

Elément essentiel de la continuité des soins périanesthésiques, le dossier d'anesthésie a pour objectif de rassembler l'ensemble des informations concernant les périodes pré, per et post-anesthésiques. Le bon remplissage de ce dossier contribue donc à la sécurité et à l'efficacité des soins. Ce travail a pour but d'évaluer la qualité de remplissage du dossier d'anesthésie au CHUYO.

Matériel et méthode:

La méthode utilisée est celle de l'audit clinique. Il s'est agi d'une analyse rétrospective de 210 dossiers d'anesthésie au cours d'une période de 3 mois à partir d'un référentiel de 26 critères devant figurer dans chaque dossier d'anesthésie : 11 pour la phase préanesthésique, 12 pour la phase peranesthésique et 3 pour la phase postanesthésique. Chaque critère était jugé présent (OUI), absent (NON) ou non applicable (NA).

Résultats:

Au total 5460 critères ont été évalués. Quarante neuf (49) ont été jugés non applicables et exclus de l'étude soit 5411 critères exploitables. Le taux de remplissage correct global des critères a été de 47,6%. Une différence significative a été mise en évidence entre les critères de la phase préanesthésique (remplis à 69,9%), ceux de la phase peranesthésique (remplis à 39,5%) et ceux de la phase postanesthésique (remplis à 0%) ($p < 0,001$). L'anesthésie pour un acte programmé a eu un taux de remplissage du dossier significativement plus important (49,3%) que celui de l'anesthésie pour un acte urgent (41,9%) ($P < 0,001$). Les patients aux âges extrêmes (<10ans et >50ans) ont été associés à des taux de remplissage plus faibles. Le nouveau format de dossier d'anesthésie enregistre un taux de remplissage significativement plus élevé que l'ancien (64,1% vs 46,9% $P < 0,001$).

Conclusion:

L'information recueillie et transcrite est insuffisante surtout en phase postopératoire. Une sensibilisation des anesthésistes sur la nécessité de remplir correctement les dossiers d'anesthésie du CHUYO s'avère indispensable.

Mots clés : évaluation ; qualité ; audit ; dossier d'anesthésie

ABSTRACT

Introduction

Essential element of the continuity of Perianesthesia care, anesthesia record aims to gather all the informations about pre, per and post-anesthetic times. Correct filling this issue contributes to the safety and efficiency of care. This work aims to assess the quality of the CHUYO anesthesia record filling.

Materials and methods

Clinical audit method has been used. A retrospective analysis of 210 cases of anesthesia during a period of three months from a repository of 26 criteria to be included in each anesthesia record has been done: 11 for pre-anesthetic phase 12 for per-anesthetic phase and 3 for postanesthésique phase. Each criterion was considered present (YES) absent (NO) or not applicable (NA).

Results:

At all 5460 criteria were evaluated. Forty nine (49) were judged not applicable and excluded from the study either 5411 usable criteria. The global rate of correct filling criteria was 47.6%. A significant difference was found between the criteria of the pre-anesthetic phase (filled to 69.9%), those of the per-anesthetic phase (filled to 39.5%) and those of the post-anesthetic phase (filled to 0%) ($p < 0,001$). Anesthesia for a scheduled act took a fill rate significantly higher folder (49.3%) than that of anesthesia for urgent action (41.9%) ($p < 0,001$). Patients at extremes ages (< 10 years and > 50 years) were associated to lower filling rates. The new file format anesthesia records a significantly higher load factors than the old (64.1% vs 46.9% $p < 0.001$).

Conclusion:

The information collected and transcribed is inadequate especially in the postoperative phase. An awareness of the need anesthetists to properly complete anesthesia records prove indispensable.

Keywords : evaluation ; quality ; audit ; anesthesia record

SIGLES ET ABREVIATIONS

SIGLES ET ABREVIATIONS

ALR	: Anesthésie Locorégionale
ANAES	: Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (France)
ARS	: Agence Régionale de la Santé (France)
ASA	: American Society of Anesthesiology
CFAR	: Collège Français d'Anesthésie-Réanimation
CHNBC	: Centre hospitalier National Blaise Compaoré
CHR	: Centre Hospitalier Régional
CHU	: Centre Hospitalier Universitaire
CHUYO	: Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouedraogo
CHUP-CDG	: Centre Hospitalier Universitaire Pédiatrique Charles de Gaulle
CMA	: Centre Médical avec Antenne chirurgicale
CNHU-HKM	: Centre National Hospitalier Universitaire Hubert Koutoukou Maga
CPA	: Consultation Préanesthésique
CSPS	: Centre de Santé et de Promotion Sociale
DA	: Dossier d'Anesthésie
DESAR	: Diplôme d'Etude Spécialisé en Anesthésie Réanimation
DPU	: Dossier Patient Unique
DTM	: Distance Thyro-Mentonnière
ENAFISAR	: Ecole Nationale de Formation des Infirmiers Spécialisés en Anesthésie Réanimation (Bénin)
FC	: Fréquence Cardiaque
FR	: Fréquence Respiratoire
HAS	: Haute Autorité Santé (France)
HD	: Hôpital de District
INSERM	: Institut National de Santé Et de la Recherche Médicale
INSSA	: Institut Supérieur des sciences de la Santé
ISAR	: Infirmier Spécialisé en Anesthésie réanimation
MAR	: Médecin Anesthésiste Réanimateur

ML	: Masque Laryngé
OB	: Ouverture de la Bouche
ORL	: Oto-rhino-laryngologie
RGPH	: Recensement Général de la Population et de l'Habitation
SARMUB	: Société d'Anesthésie-Réanimation et de la Médecine d'Urgence du Burkina
SFAR	: Société Française d'Anesthésie Réanimation
SpO2	: Saturation Périphérique en Oxygène
SDS	: Sciences De la Santé
SSPI	: Salle de Surveillance Post-Interventionnelle
TA	: Tension Artérielle
UFR	: Unité de Formation et de Recherche
UPB	: Université Polytechnique de Bobo-Dioulasso
VAS	: Voies Aériennes Supérieures
VPA	: Visite Préanesthésique

LISTE DES TABLEAUX

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I	: Matériel du service d'anesthésiologie.....	27
Tableau II	: Répartition du personnel du service d'anesthésiologie.....	28
Tableau III	: Médianes d'âge des patients ayant bénéficié d'une anesthésie selon le secteur d'anesthésie.....	44
Tableau IV	: Taux de remplissage correct des critères du dossier d'anesthésie selon la période anesthésique.....	47
Tableau V	: Taux de remplissage correct de chaque critère du dossier d'anesthésie de la phase préanesthésique.....	48
Tableau VI	: Taux de remplissage correct de chaque critère du dossier d'anesthésie de la phase peranesthésique.....	49
Tableau VII	: Taux de remplissage correct des critères du dossier d'anesthésie selon le secteur d'anesthésie.....	50
Tableau VIII	: Taux de remplissage correct des critères du dossier d'anesthésie (phase pré et peranesthésique) selon la qualification de l'anesthésie.....	51
Tableau IX	: Taux de remplissage correct des critères du dossier d'anesthésie selon l'âge du patient.....	51
Tableau X	: Taux de remplissage correct des critères du dossier d'anesthésie selon le format de dossier.....	52
Tableau XI	: Taux de remplissage correct des critères du dossier d'anesthésie en fonction de la durée prévue de l'intervention.....	53

LISTE DES FIGURES

LISTE DES FIGURES

Figure 1	: Répartition des patients ayant bénéficié d'une anesthésie par tranches d'âge.....	43
Figure 2	: Répartition des patients ayant bénéficié d'une anesthésie selon la qualité de l'anesthésiste en préanesthésie.....	44
Figure 3	: Répartition des patients ayant bénéficié d'une anesthésie selon la qualité de l'anesthésiste en peranesthésie.....	45
Figure 4	: Répartition des patients ayant bénéficié d'une anesthésie selon la durée prévue de l'intervention.....	46

**INTRODUCTION/
ENONCE DU PROBLEME**

Le dossier d'anesthésie (DA) est introduit dans la pratique médicale en 1895. D'une simple fiche d'identification du patient, le DA devient un document sur lequel étaient consignés les résultats d'une évaluation préopératoire et peropératoire [1]. Au fil des années, il est introduit de nouveaux éléments inhérents à l'induction, à la morbidité anesthésique, à la mortalité et à la période postopératoire même tardive [2, 5]. Ces informations enregistrées dans leur totalité doivent pouvoir être facilement communiquées aux différents acteurs intervenant à toutes les étapes de la prise en charge péri-anesthésique. Un dossier bien rempli contribue à la continuité, à la sécurité et à l'efficacité des soins péri-anesthésiques. Le taux de remplissage correct du DA reflète donc la qualité de la pratique anesthésique dans les établissements de santé. Cet indicateur traduit la capacité du dossier à participer le plus efficacement à la maîtrise du risque anesthésique. En particulier, la consultation pré-anesthésique (CPA) est une étape dont l'importance apparaît clairement dans les études consacrées à la mortalité ou à la morbidité anesthésiques. L'étude SFAR-Inserm de 1999 identifiait ainsi les défauts de communication comme un des principaux facteurs structurels associés aux décès imputables à l'anesthésie [6]. Si cette faillite de la communication était exceptionnellement liée à un défaut de consultation, en revanche, la cohérence entre la CPA et la prise en charge peropératoire posait plus de problèmes. Ces constatations rejoignent celles de l'Australian Incident Monitoring Study qui retrouvait une évaluation insuffisante dans 11,5 % des accidents et 40% des décès imputables à l'anesthésie [7]. Dans cette étude également, la qualité rédactionnelle du dossier apparaissait comme particulièrement sensible. Enfin, plus récemment une série française de 101 769 anesthésies identifiait une évaluation insuffisante dans sept cas sur 11 arrêts cardiaques [8].

Le dossier d'anesthésie constitue ainsi, tant pour l'anesthésiste que pour le patient, un élément de protection juridique. En outre un bon remplissage du DA serait la base même de l'enseignement d'une pratique d'anesthésie de qualité. Afin d'assurer ses fonctions et de répondre aux exigences croissantes de la société, le DA doit faire l'objet de la plus grande attention. Sa qualité et son utilisation doivent être régulièrement évaluées pour repérer les dysfonctionnements éventuels et élaborer des plans d'amélioration. Dans les pays développés tels que la France, son taux de remplissage correct est devenu un indicateur qualité par des décrets ministériels suite à de nombreuses assignations en justice à cause des accidents anesthésiques [5, 9,10] et une évaluation régulière annuelle y est réalisée sur le plan national,

régional et local. Quant aux pays en développement ils traînent encore les pas dans cette démarche. Au Burkina Faso, peu d'études ont concerné le dossier d'anesthésie et plus particulièrement sa qualité de remplissage. BERE et OUATTARA au Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouedraogo (CHUYO), respectivement en 2013 dans le service de chirurgie viscérale et 2007 dans le service de la chirurgie traumatologique et orthopédique ont mis en évidence des insuffisances dans le remplissage du dossier.

Notre étude se veut à l'échelle de tout le CHUYO d'évaluer la qualité de ce remplissage afin d'adopter des mesures d'amélioration en adéquation avec la démarche qualité et le processus de promotion des pratiques médicales menés par les dirigeants de l'hôpital.

1. GENERALITES

1.1. Définitions

1.1.1. L'anesthésie

Le mot "anesthésie" provient du grec "anisthesis" [1, 12]:

An = sans et sthesis = faculté de percevoir par les sens.

Le domaine de la médecine qui étudie et pratique l'anesthésie est l'anesthésiologie. Cette spécialité médicale est récente et elle a révolutionné la médecine en permettant une chirurgie de qualité [12].

L'anesthésie est un ensemble de techniques qui permet la réalisation d'un acte chirurgical, obstétrical ou médical (endoscopie, radiologie...), dans des conditions optimales, en supprimant la douleur causée par l'agression instrumentale. Il existe deux grands types d'anesthésie : l'anesthésie générale et l'anesthésie locorégionale.

L'anesthésie générale est un état comparable au sommeil, produit par l'injection de médicaments par voie intraveineuse, et/ou par la respiration de vapeurs anesthésiques, à l'aide d'un dispositif approprié. Comme médicament on utilise classiquement un morphinique (antidouleur), un narcotique (narcose, sommeil artificiel), et éventuellement un myorelaxant (curare) selon les types de chirurgie.

L'anesthésie locorégionale, dont le but est l'interruption de la conduction du message douloureux véhiculé par le système nerveux, par injection d'anesthésiques locaux dans des sites précis, permet, par différentes techniques, de « n'endormir » que la partie du corps sur laquelle se déroulera l'intervention. Une anesthésie générale peut être associée ou devenir nécessaire, notamment en cas d'insuffisance de l'anesthésie locorégionale.

La rachianesthésie et l'anesthésie péridurale sont deux formes particulières d'anesthésie locorégionale, où le produit anesthésique est injecté à proximité de la moelle épinière et des nerfs qui sortent de celle-ci.

L'anesthésie s'accompagne d'une perte d'autonomie plus ou moins complète nécessitant la présence du médecin anesthésiste pour subvenir aux besoins du patient : respiration, contrôle des fonctions cardiaques et circulatoires [12].

1.1.2. Le dossier d'anesthésie

Le dossier d'anesthésie, élément essentiel de la continuité des soins péri-anesthésiques, a pour objectif de rassembler l'ensemble des informations concernant les périodes pré, per et

postanesthésique pour tout acte d'anesthésie délivré à un patient. Ces informations enregistrées dans leur totalité doivent pouvoir être facilement communiquées aux différents acteurs intervenant à toutes les étapes de la prise en charge péri-anesthésique et péri-interventionnelle [13].

Un dossier individuel global d'anesthésie est une nécessité pour un établissement donné. Il est spécifique, facilement identifiable et est inclus dans le dossier médical du patient dont il partage la sauvegarde et le statut confidentiel.

1.2. Les fonctions du dossier d'anesthésie

Le dossier d'anesthésie doit rester en premier lieu un outil d'amélioration de la qualité du travail de l'anesthésiste, et l'instrument principal de centralisation et de coordination des activités péri-interventionnelles au sein d'un établissement de soins pour une meilleure gestion de la santé des patients. Il est appelé à remplir plusieurs fonctions:

1.2.1. La fonction symbolique

Le dossier d'anesthésie représente le signe de la présence, de la prise en charge et de la permanence du lien qui existe entre l'anesthésiste et le patient. Il est intégré au contrat de confiance entre les parties. Il doit rester avant tout un élément de la relation anesthésiste-malade et, à ce titre, garantir la confidentialité et le secret professionnel.

1.2.2. La fonction de facilitation du travail de l'anesthésiste

1.2.2.1.1. Une fonction d'aide-mémoire

Dans le cadre de la prise en charge médicale le nombre d'informations personnelles et de soins à recueillir est tel qu'il est impossible de tout mémoriser. Le rôle du dossier est de pallier ces insuffisances. Le dossier est l'endroit où « tout » ce qui est essentiel pour garantir des soins appropriés au patient peut à priori être retrouvé.

Cette fonction représente la base même de la création des premiers dossiers médicaux dans le temps.

1.2.2.2. Une fonction de garant de la démarche anesthésique

Le dossier d'anesthésie contient l'ensemble des décisions passées et présentes pour un patient. Il est le garant de la démarche anesthésique. Il facilite l'élaboration et le suivi du processus anesthésique en se basant sur des méthodes scientifiques qui ont prouvé leur efficacité.

1.2.3. La fonction d'outils de communication et de coordination

Le dossier est une source importante de renseignements concernant un patient. Il permet de transmettre les informations pertinentes aux:

- autres médecins et professionnels de santé intervenant dans le processus de prise en charge, assurant ainsi la coordination des soins;
- autres établissements et tout autre organisme concerné (p.ex. compagnie d'assurances...);
- patients directement ou par l'intermédiaire du médecin selon les modalités d'accès prévus par la loi de chaque pays.

1.2.4. La fonction de soins

La corrélation entre la qualité des soins et la qualité de la documentation est bien établie. Le dossier d'anesthésie contribue en effet à la prise en charge optimale du patient. De la préparation préopératoire au suivi postopératoire tous les soins sont dictés par les renseignements du dossier.

1.2.5. La fonction médico-légale

Le dossier d'anesthésie constitue, tant pour l'anesthésiste que pour le patient, un élément de protection juridique. En effet, Un dossier clairement organisé, d'accès rapide et facile dans le respect des informations confidentielles qu'il contient et du secret professionnel sera un témoignage, une preuve du suivi et de la qualité de l'anesthésie prodiguée au patient en cas de mise en cause de la responsabilité médicale.

Lorsqu'un litige oppose le patient au praticien ou à un établissement de santé, le dossier est utilisé par le juge pour rechercher l'existence d'éléments mettant en jeu la responsabilité.

L'absence de tout ou partie du dossier, sa non communication seraient pour un patient à l'origine d'un dommage, d'une privation de ses droits et impliquerait la responsabilité de l'établissement ou du médecin.

1.2.6. La fonction d'outils d'évaluation

L'amélioration de la qualité de l'anesthésie passe par le processus de l'évaluation des pratiques anesthésiques dans l'intérêt des patients et des praticiens, mais également afin de garantir une bonne utilisation des sommes allouées à la santé.

Dans presque tous les pays, l'évaluation des pratiques professionnelles est préconisée par les autorités sanitaires et parfois rendue obligatoire.

1.2.7. La fonction d'outils d'enseignement et de recherche

La rigueur de la tenue du dossier d'anesthésie est à la base même de l'enseignement en pratique anesthésique. L'élaboration du dossier d'anesthésie permet de développer le sens de l'observation et l'écoute du malade qui s'intègrent dans le cadre de l'évolution des rapports médecin patient et l'esprit de synthèse.

Le dossier représente également un document précieux pour la recherche et la compilation de statistiques ainsi que pour la mise en place et le suivi d'indicateurs cliniques de qualité. Les études basées sur l'exploitation du dossier d'anesthésie sont largement répandues et ont le privilège d'être accessibles et flexibles dans le temps. Les résultats obtenus et les données seront également utilisables pour l'enseignement et la formation continue.

La fiabilité des données recueillies et donc la qualité de ces études reste inhérente à la qualité du dossier d'anesthésie, et se trouve affaiblie par sa mauvaise tenue et sa non-exhaustivité.

1.3. Législations et recommandations

1.3.1. Le contenu du dossier d'anesthésie

1.3.1.1. Au Burkina Faso

Notre pays ne dispose à ce jour d'aucun texte réglementaire sur la pratique de l'anesthésie dans nos établissements sanitaires ni de recommandations formalisées de la

Société d'Anesthésie Réanimation et de la Médecine d'Urgence du Burkina (SARMUB). Il n'ya donc pas un formulaire unique de dossier d'anesthésie utilisable dans les centres de santé du Burkina.

Le service d'anesthésiologie du CHUYO, dans une perspective d'amélioration des soins péri-anesthésique et en collaboration avec l'assistance publique de l'hôpital de Lille a introduit en 1999 un dossier d'anesthésie organisé en un support de format A3 pour les 3 phases anesthésiques (pré, per et postanesthésique). Ce support appelé fiche d'anesthésie regroupe les informations minimales à recueillir durant le processus anesthésique (Annexe 2). Cette fiche a été révisée au cours de l'année 2014 et a donné un nouveau format plus détaillé que le premier (Annexe 3). Les deux fiches sont utilisées selon la préférence de chaque anesthésiste.

1.3.1.2. En France

En France, le contenu du dossier d'anesthésie est plus détaillé, puisqu'il fait l'objet de nombreuses obligations et précisions législatives et recommandations des autorités sanitaires représentés par l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation de Soins (ANAES) dont les fonctions sont reprises par la Haute Autorité de la Santé (HAS) [10, 14-16]. De ce fait le DA de la France regroupe un maximum d'informations inhérent aux 3 périodes de l'anesthésie:

➤ Période préanesthésique: Consultation et visite préanesthésique

Premières étapes de la prise en charge d'un patient par les médecins anesthésistes, elles ont pour objectif de regrouper toutes les informations pertinentes afin d'assurer la sécurité du patient. Pour cela, les informations recueillies doivent permettre d'évaluer le risque anesthésique, de préparer le patient à l'intervention, de proposer la meilleure stratégie per et post-anesthésiques.

La mention du recueil du consentement du patient se veut une incitation à établir un vrai dialogue avec le patient et participe à la préparation du patient.

• Aspects réglementaires et recommandations professionnelles

« 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 de la France ».

« **Décret 94-1050 du 5 décembre 1994** 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 de la France».

- ✓ La consultation préanesthésique pour une intervention programmée a lieu plusieurs jours avant l'intervention
- ✓ Elle est réalisée par un médecin anesthésiste
- ✓ Les résultats sont consignés dans un document écrit incluant les résultats des examens complémentaires et/ou des consultations spécialisées, le tout devant être inséré dans le dossier médical du patient
- ✓ Cette consultation est différente de la visite préanesthésique qui elle aussi doit être réalisée par un médecin anesthésiste et être réalisée dans les heures précédant le moment prévu pour l'intervention
- ✓ L'anesthésie est réalisée sur la base d'un protocole établi et mis en œuvre sous la responsabilité d'un médecin anesthésiste, en tenant compte des résultats de la consultation et de la visite préanesthésique.
 - «**Recommandations de la SFAR** concernant la période préanesthésique servant à définir les bonnes pratiques (septembre 1994) [16]».
- ✓ Consultation obligatoire pour les anesthésies générales, anesthésies ou analgésies locorégionales, les sédatations
- ✓ Cette consultation a également pour objectif de décider de la technique d'anesthésie, d'informer le patient, et de le préparer à l'intervention.
- ✓ Pour les enfants, la présence des parents et la consultation du carnet de santé sont souhaitables.
- ✓ Le questionnaire écrit ne remplace pas l'examen clinique
- ✓ Aucune donnée scientifique ou norme réglementaire n'impose la pratique systématique d'examens complémentaires, ils doivent être motivés par les données de l'interrogatoire, de l'examen, de l'acte, de l'anesthésie envisagée
- ✓ La consultation doit être réalisée dans de bonnes conditions
- ✓ Pour les actes réalisés en ambulatoire, l'interrogatoire, l'examen clinique et l'information ne doivent pas être réalisés dans l'instant qui précède l'anesthésie

- ✓ Le patient doit être informé que le médecin qui réalisera l'acte ne sera pas nécessairement celui qui l'a vu lors de la consultation.

Un exemple de dossier standardisé de consultation et visite est proposé dans lequel sont regroupées les informations minimales à recueillir (Annexe 4).

➤ Période peranesthésique

La survenue d'une complication secondaire à l'acte anesthésique est de plus en plus mal acceptée, surtout pour les patients considérés a priori à risque faible. La survenue d'un accident est souvent perçue comme un événement résultant d'une défaillance technique, d'une erreur de jugement ou d'un manque de vigilance. Le dossier d'anesthésie doit donc faire la preuve que tout a été mis en place pour assurer la sécurité du patient à travers une surveillance rigoureuse et un protocole d'anesthésie précis. La réglementation et les recommandations de la SFAR [17] notamment dictent les exigences en matière de recueil des informations peranesthésiques.

- **Aspects réglementaires et recommandations professionnelles:**

« **Décret 94-1050 du 5 décembre 1994** 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 moyens nécessaires à la réalisation de l'anesthésie doivent permettre d'assurer :

- ✓ Le contrôle continu du rythme cardiaque et du tracé électrocardioscopique
- ✓ La surveillance de la pression artérielle
- ✓ Le contrôle continu du débit de l'oxygène administré et de la teneur en oxygène du mélange gazeux inhalé
- ✓ Le contrôle continu de la saturation du sang en oxygène, des pressions, des débits ventilatoire, de la concentration en gaz carbonique expiré chez le patient intubé
- ✓ Le protocole d'anesthésie ainsi que l'intégralité des informations recueillies lors de l'intervention et lors de la surveillance continue post interventionnelle sont transcrits dans un document classé au dossier médical du patient
- ✓ Il en est de même des consignes données au personnel qui accueille le patient en secteur d'hospitalisation. Elles font également l'objet d'une transmission écrite.

« **L'article 4 de l'arrêté du 3 octobre 1995** relatif aux modalités d'utilisation et de contrôle des matériels et dispositifs médicaux utilisés en anesthésie » fait obligation de vérifier leur

état et leur fonctionnement avant le début de chaque programme interventionnel et de chaque anesthésie (si une partie du matériel est changé ou si une autre équipe anesthésique prend le relais).

Cette procédure de vérification doit faire l'objet d'une trace écrite, contresignée par le médecin anesthésiste. Cette transmission des informations est indispensable pour les utilisateurs suivants et les techniciens assurant l'entretien.

- **« Recommandations concernant la surveillance des patients en cours d'anesthésie (SFAR - janvier 1994) [18] ».**

- ✓ Tout acte d'anesthésie donne lieu à l'établissement d'une fiche d'anesthésie sur laquelle sont consignés les principaux éléments de l'examen pré-interventionnel, la prémédication, les données de la surveillance peranesthésique, les temps opératoires, les médicaments et les produits sanguins administrés, les gestes associés (accès vasculaires, intubation trachéale, réglages du ventilateur).
- ✓ Pour l'anesthésie locorégionale sont notés la technique utilisée, le site de ponction, le type de matériel, les caractéristiques du bloc.
- ✓ Les noms des personnes ayant assuré l'examen pré-interventionnel, l'anesthésie et la surveillance du réveil sont aussi notés.
- ✓ En cas d'accident ou d'incident, un rapport écrit est ajouté.
- ✓ Le recueil des données de la période peranesthésique concerne la surveillance issue du monitoring et les prescriptions, les diagnostics d'incidents ou d'accidents, la trace de l'analyse des risques réalisée avant la prise d'une décision importante.

Une liste indicative des principaux items à recueillir pendant cette période est rapportée dans les tableaux en Annexe 4.

➤ Période postanesthésique

La période du réveil correspond à la disparition progressive des effets résiduels des agents de l'anesthésie et l'apparition des conséquences de l'acte chirurgical. La surveillance post interventionnelle et post anesthésique immédiate est obligatoirement effectuée dans une structure dédiée à cette période et effectuée par un personnel qualifié. La qualité de cette surveillance clinique et instrumentale est un élément de la sécurité post anesthésique. Les éléments de cette surveillance font l'objet d'un recueil spécifique dans le dossier d'anesthésie. Les prescriptions post interventionnelles, de surveillance à distance de l'anesthésie et

d'examens paracliniques, destinées au secteur d'accueil du patient à sa sortie de SSPI assurent la continuité des soins [17,19].

« **Le décret n° 94-1050 du 5 décembre 1994** décrit avec précision l'organisation et le fonctionnement de la surveillance continue post interventionnelle.

L'article D 712-50 de ce décret précise que l'intégralité des informations recueillies lors de la surveillance continue post interventionnelle est transcrite dans un document classé dans le dossier médical du patient.

Il en est de même « des consignes données au personnel qui accueille le patient dans le secteur d'hospitalisation » qui font également l'objet d'une transmission écrite.

Les principaux items de cette surveillance sont rassemblés en annexe 4.

1.3.2. Tenue du dossier d'anesthésie

L'établissement de soins se réservant le droit de conserver les dossiers du patient, on peut considérer que le patient, le médecin responsable de sa prise en charge et l'établissement hospitalier sont des «copropriétaires» du dossier [17].

L'archivage du DA répond à une triple finalité:

- ✓ assurer la traçabilité des actes anesthésiques et des soins prescrits afin de garantir la continuité des soins et une communication aisée entre les différents intervenants dans le processus de la prise en charge;
- ✓ un intérêt médico-légal dans un contexte d'augmentation du contentieux anesthésique;
- ✓ la réalisation de recherches et d'études pouvant avoir un grand impact médico-économique.

En France, des textes de loi définissent le contenu, les règles et le lieu ainsi que la durée de conservation des DA.

Les recommandations incitent à créer un service central d'archives dans les établissements de santé avec la mise en place du dossier du patient unique (DPU).

1.4. Dossier d'anesthésie informatisé

Le dossier d'anesthésie informatisé s'articule autour de 2 piliers principaux qui doivent fonctionner en réseau pour être complémentaires [13, 20,21]:

- le pôle consultation d'anesthésie avec toutes les aides et fonctionnalités bureautiques nécessaires.
- le pôle bloc opératoire-SSPI avec toutes les fonctionnalités feuille d'anesthésie, acquisitions automatiques, aides aux prescriptions post-interventionnelles.

L'informatisation globale du dossier d'anesthésie a pour but:

- la vision synthétique de la consultation d'anesthésie,
- de rendre disponible en tout lieu et à toute heure l'information nécessaire à une bonne pratique anesthésique de qualité,
- l'acquisition en continu des données émises en per et post-interventionnel par les différents moniteurs et ventilateurs
- de hiérarchiser et permettre la validation de l'information recueillie, la rendant ainsi pertinente,
- l'objectivité du recueil des données, en éliminant la subjectivité de la transcription manuelle. de diminuer la charge de travail en accompagnant le médecin anesthésiste dans sa démarche de collecte et de partage de l'information, lui permettant de consacrer plus de temps à la prise en charge médicale de son patient.

1.5. L'évaluation du dossier d'anesthésie

1.5.1. Intérêt de l'évaluation

Le dossier d'anesthésie du patient doit permettre le partage des informations entre les différents acteurs de la prise en charge anesthésique. C'est l'élément essentiel de la qualité de la continuité et de la coordination des soins. Il est le témoin d'une organisation centrée autour du patient.

L'évaluation régulière de la qualité de remplissage du dossier d'anesthésie est une nécessité. Elle sert à limiter les risques de la non-qualité dans la prise en charge du patient. Elle permet d'identifier les points à améliorer et de rechercher les causes des insuffisances afin de les corriger. Elle est le préalable indispensable à l'évaluation de la qualité des soins et des pratiques professionnelles, notamment à partir du contenu du dossier [9, 22-26].

1.5.2. Méthode d'évaluation: l'audit clinique

La méthode retenue pour réaliser l'évaluation de la qualité de remplissage du dossier d'anesthésie est celle de l'audit clinique, couramment utilisée aux Etats-Unis depuis plus de 30 ans et introduite en Europe plus récemment. Cette méthode s'applique parfaitement à l'évaluation du dossier du patient [22, 27, 28].

➤ Définition de l'audit clinique

L'audit clinique est une méthode d'évaluation qui permet, à l'aide de critères déterminés, de comparer les pratiques de soins à des références admises, en vue de mesurer la qualité de ces pratiques et des résultats de soins avec l'objectif de les améliorer.

De nombreuses présentations de la méthode de l'audit clinique existent, mais quelle que soit la version choisie, il est toujours nécessaire de procéder de la manière suivante:

✓ Choix du sujet

Le choix du thème doit être argumenté et justifié. L'argumentaire, pour un projet concernant le dossier du patient, s'appuie sur la fréquence de la pratique, le risque encouru par le patient et le potentiel d'amélioration.

✓ Choix des critères

La réalisation d'une évaluation suppose de concevoir un outil de mesure de la pratique, c'est-à-dire de déterminer un ensemble de critères d'évaluation organisés sous forme de grille d'évaluation. Il s'agit de la deuxième étape d'un audit de pratique.

✓ Choix de la méthode de mesure

La mise en œuvre de l'étude sur une base rétrospective est souvent préférable, en raison de la plus grande facilité d'organisation et pour donner une meilleure fiabilité aux résultats.

Il n'y a pas un nombre de dossiers recommandé, mais un nombre optimal selon les diverses contraintes de l'étude. Ceci explique pourquoi 30 à 50 dossiers ou pratiques est un bon compromis.

✓ Recueil des données et mesures

Les modes de recueil des données varient avec la pratique à évaluer et le type d'audit; pour une évaluation du dossier d'anesthésie, l'audit porte sur les informations produites par les professionnels d'anesthésie au cours du processus de prise en charge du patient dans le service. Une grille de recueil de données est utilisée par dossier évalué.

Avant de débiter l'audit proprement dit, il convient de tester sur quelques dossiers la grille de recueil de données afin de consolider l'appropriation de l'outil, de vérifier la compréhension des critères et d'apprécier le volume du travail nécessaire pour le réaliser dans la situation locale.

✓ Analyse des résultats

L'utilisation d'une grille de dépouillement des données, visualisant la totalité des critères retenus pour l'évaluation, permet de traiter l'ensemble des résultats des grilles d'évaluation. Suivant les critères, les causes d'écarts observés peuvent être d'ordre professionnel, organisationnel ou institutionnel, avec des perspectives de solutions variables et des niveaux d'importance différents par rapport à la qualité optimale à atteindre.

✓ Elaboration des recommandations et suivi

Les recommandations sont hiérarchisées suivant l'importance des résultats observés et la plus ou moins grande facilité de mise en œuvre des mesures correctives. Un suivi à travers des évaluations régulières est réalisé pour assurer une amélioration continue.

2. REVUE DE LA LITTERATURE

La bonne tenue du DA et en particulier son remplissage est le reflet d'une pratique anesthésique de qualité. Le DA doit donc faire l'objet d'évaluations régulières dans une dynamique d'amélioration de sa qualité. Ce souci a préoccupé plusieurs auteurs dans le monde.

2.1. Taux de remplissage correct du DA

Dès 1999 Falcon [29] à travers une étude rétrospective qui a porté sur tous les DA d'un mois au CHU de Grenoble et basée sur un référentiel de 36 items (9 pour les items d'identification, 16 pour les items préanesthésiques et 13 pour la phase peropératoire) évaluait la qualité de remplissage du DA. Il obtient un taux de remplissage correct du dossier à 72% avec une différence significative entre les items d'identification remplis à 86%, les items préanesthésiques remplis à 63% et les items peranesthésiques remplis à 73%. L'urgence chirurgicale a été associée à un taux de remplissage légèrement plus faible que la chirurgie programmée (70% vs 72%).

C'est en 2005 que la France s'est dotée d'un référentiel d'évaluation des pratiques professionnelles option « tenue du dossier d'anesthésie » [30]. La méthode d'évaluation du dossier d'anesthésie retenue était celle proposée par l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES) devenue Haute Autorité de Santé (HAS) dans son guide « Evaluation de la tenue du dossier du malade. Service Evaluation Hospitalière, juin 1994 » [24]. Ce référentiel rédigé par une équipe conjointe Collège Français d'Anesthésie-Réanimation (CFAR)-Société Française d'Anesthésie-Réanimation (SFAR) sous l'égide de la HAS servira de base pour de nombreuses autres études à travers le monde. C'est ainsi que « la tenue du DA » deviendra un indicateur qualité pour tous les établissements de santé en France et évalué chaque année sur le plan national, avec comme objectif visé un taux de remplissage correct supérieur ou égale à 80% [31-33].

Hubert [34] en 2007 trouvait dans les hôpitaux d'Aquitaine un taux de remplissage correct des items à 56%. La traçabilité des conditions d'abord des voies aériennes supérieures, de la visite préanesthésique et des incidents/accidents périanesthésiques était inférieure à 40 %.

En 2009 le taux national français était de 75%. Dans la même année la région de l'Alsace à travers une étude menée par l'Agence régional de santé (ARS) de cette région enregistrait un taux régional supérieur au taux national à 77%. Elle se hissait ainsi au 7^{ème} rang des régions

quant à la tenue du DA. Selon la même étude 12 établissements (sur 25) atteignaient ou dépassait la valeur cible nationale [35].

A l'instar de la France des auteurs africains se sont lancés dans cette dynamique d'évaluation du remplissage du DA. C'est ainsi que Diango au CHU Gabriel Touré du Mali [36], retrouvait en 2009 un taux à 68,6% (84,7% pour les items d'indentification, 67% pour les items préanesthésiques et 63,8% pour les items peranesthésiques) sur un ensemble de 37 items évalués à partir de 1855 dossiers colligés en 5 ans (2004 à 2008) de façon rétrospective.

De même ASSOUTO [2] au Bénin a évalué la tenue du DA dans deux hôpitaux (CNHU-HKM et hôpital st Luc). Il trouvait un taux de remplissage correct à 62,14% pour le CNHU-HKM et à 41,31% pour l'hôpital st Luc.

Quant au Burkina Faso et notamment au CHUYO peu d'études ont concerné la qualité du DA. BERE en 2013 [37] au service de chirurgie viscérale du CHUYO trouvait un taux de remplissage correct à 41,97% (65,48% pour le préopératoire, 1,66% pour le peropératoire et 00% pour les items du postopératoire) à travers une étude transversale de 48 fiches anesthésiques. Dans la même perspective, l'étude de OUATTARA en 2007 [38] sur la tenue du dossier d'anesthésie dans les blocs de chirurgies traumatologique et viscéral du CHUYO, constate que seulement 02 items sur 30 sont remplis en période peropératoire. En période postopératoire, les items ne sont pas renseignés, d'où un taux de remplissage de 0%. Toutes ces études concourent à confirmer des insuffisances dans le remplissage du dossier d'anesthésie. D'autres auteurs se sont intéressés aux facteurs pouvant expliquer cet état.

2.2. Facteurs influençant le remplissage du DA

Plusieurs facteurs d'ordre humain, organisationnel et matériel sont évoqués pour justifier la mauvaise performance dans le remplissage du DA.

Sur le plan humain le manque de motivation, l'insuffisance en termes de connaissance de certaines parties de la fiche d'anesthésie, de la maîtrise des normes de remplissage et l'omission de remplissage de certains items ont été constatées [37]. En effet, il y a peu de formation continue et de supervision des Infirmiers Spécialisés en Anesthésie-Réanimation (ISAR) sur le remplissage de la fiche d'anesthésie. C'est ce qui ressort de l'entretien avec 18

ISAR du service de chirurgie viscérale du CHUYO réalisé par BERE en 2013 [37] dans le cadre de son étude sur les facteurs influençant le remplissage du DA.

3. OBJECTIFS

3.1. Objectif général

- Evaluer la qualité de remplissage du dossier d'anesthésie au CHUYO

3.2. Objectifs spécifiques

- Comparer le contenu du dossier d'anesthésie du CHUYO au référentiel de la HAS de la France

- Déterminer le taux de remplissage correct du dossier d'anesthésie du CHUYO par rapport au référentiel de la HAS de la France

- Identifier les facteurs influençant le remplissage du dossier d'anesthésie au CHUYO

4. CADRE ET CHAMPS D'ETUDE

4.1. Cadre d'étude

4.1.1. Etats des lieux de la pratique médicale de l'anesthésie au Burkina – Faso

La pratique de l'anesthésie-réanimation au Burkina Faso, jusqu'au début des années 80 était assurée par des infirmiers spécialistes (infirmiers brevetés et infirmiers diplômés d'Etat spécialistes) et les médecins anesthésistes de la coopération française.

Les infirmiers brevetés spécialistes (IBS) étaient déjà formés au pays depuis 1978 et les infirmiers diplômés d'Etat spécialistes (IDES) débiteront leur formation locale à partir de 1983.

Avant cette date les IDES burkinabè étaient surtout formés à Dakar au Sénégal et à Lille en France.

Le premier médecin anesthésiste burkinabè Dr ELOLA Thioye, formé en France est rentré au pays en 1984. Il sera d'un atout majeur dans le renforcement de la formation locale du personnel infirmier spécialiste débutée par les médecins de la coopération française dont le dernier à l'Hôpital Yalgado Ouédraogo de Ouagadougou, le Dr Bourdery sera en fin de mission au Burkina Faso, en 1985.

Le dernier MAR de la coopération française affecté au CHU Sanou Souro de Bobo-Dioulasso, Dr VILAIN Gérard, sera en fin de mission en 1997.

Depuis lors, plusieurs générations de médecins iront se faire former en anesthésie-réanimation en Afrique, en Cote-d'ivoire essentiellement et en France jusqu'à la fin des années 90.

A partir du début des années 2000, les Médecins stagiaires en anesthésie-réanimation burkinabè seront orientés vers Cotonou en république du Bénin avec la création d'un centre d'excellence d'envergure sous régionale de formation en anesthésie-réanimation coordonné par le Pr Martin Chobli avec l'appui de la coopération belge et vers Dakar au Sénégal et Rabat au Maroc.

Le Burkina Faso comptait à la date du 1^{er} Juin 2014: 24 MAR en exercice au pays dont 23 dans les hôpitaux et 01 dans une société minière comme urgentiste, 450 Attachés de Santé en Anesthésie-Réanimation (ASAR = ISAR), en exercice au pays avec une sortie annuelle d'une promotion de 50 Etudiants ISAR depuis 2005.

Il a été créé un DES en anesthésie-réanimation au niveau de l'UFR-SDS de l'Université de Ouagadougou en 2009.

La première promotion a été recrutée au début de l'année universitaire 2010-2011. Elle comptait 05 étudiants, tous burkinabè.

La deuxième promotion, recrutée au début de l'année universitaire 2011-2012, était constituée de 02 étudiants dont un boursier comorien.

La troisième promotion, recrutée au début de l'année universitaire 2012-2013, était plus importante en nombre avec 11 étudiants, tous burkinabè ;

La quatrième promotion, recrutée au début de l'année universitaire 2013-2014, est composée de 06 étudiants

Et enfin la cinquième promotion, recrutée en début de l'année universitaire 2014-2015 est composée de 09 étudiants dont 3 nigériens.

Le DESAR du Burkina Faso compte à ce jour toutes promotions confondues, 33 étudiants dont 29 burkinabè [39].

Le type d'anesthésie se pratique selon le niveau de la structure de soins. L'anesthésie locale peut se pratiquer dans les CSPS pour la petite chirurgie mais l'anesthésie locorégionale et générale ne peut se concevoir qu'en milieu médical (CMA, CHR, ou CHU). Le CSPS réfère au CMA qui réfère au CHR qui à son tour réfère aux CHU ou CHN.

4.1.2. Centre hospitalier universitaire Yalgado OUEDRAOGO (CHUYO)

Inauguré en 1961, le CHUYO est actuellement l'un des trois grands hôpitaux de la capitale Ouagadougou et le dernier niveau de référence au plan national. Il poursuit trois missions que sont les soins, l'enseignement et la recherche [40,41].

En 2011, le CHUYO avait une capacité d'accueil de 733 lits avec un taux d'occupation des lits de 61,2 %. Depuis Octobre 2012, il a été restructuré en 10 départements cliniques et médico-techniques que sont :

- le département de médecine et spécialités médicales,
- le département de chirurgie et spécialités chirurgicales,
- **le département d'Anesthésie-réanimation,**
- le département de gynécologie-obstétrique,
- le département d'Odontostomatologie,
- le département de pédiatrie,
- le département de radiologie et médecine nucléaire

- le département des laboratoires,
- le département de pharmacie hospitalière,
- le département de santé publique.

4.1.3. Département d'anesthésie-réanimation

Le département d'anesthésie-réanimation comprend le service des urgences médicales, le service de réanimation polyvalente et le service d'anesthésiologie.

4.2. Champs d'étude: Le service d'anesthésiologie

4.2.1. L'organisation du service

Le service d'anesthésiologie du CHUYO est un regroupement de plusieurs unités d'anesthésie opérationnelles. Les principales unités d'anesthésie au niveau du CHUYO sont:

- L'unité d'anesthésie de la chirurgie générale et viscérale (chirurgie générale - digestive + chirurgie urologique + Chirurgie vasculaire et thoracique) + l'endoscopie diagnostique et interventionnelle + Cardiologie interventionnelle
- L'unité d'anesthésie de la neurochirurgie et de la chirurgie orthopédique et traumatologique
- L'unité d'anesthésie de la chirurgie de la tête et du cou (Oto-rhino-laryngologie, Ophtalmologie, Stomatologie et Chirurgie maxillo-faciale) et de la radiologie interventionnelle
- L'unité d'anesthésie de la chirurgie gynécologique et obstétricale.

Notre étude s'est effectuée dans les secteurs d'anesthésie de la neurochirurgie, de la chirurgie orthopédique et traumatologique, de la chirurgie générale et digestive, de la chirurgie gynécologique et obstétricale, de l'ORL, de l'ophtalmologie, et de la stomatologie et chirurgie maxillo-faciale. Le tableau I fait l'état du matériel dans ces sites.

Tableau I: matériel du service d'anesthésiologie du CHUYO par secteur d'anesthésie

Service	Matériel	Nombre	Etat
Chirurgie générale et digestive	-Blocs	4	Fonctionnels
	-Salle de réveil	0	
	-Moniteur	4	Fonctionnels
	-Respirateur	4	Non fonctionnels
Chirurgie orthopédique et traumatologique	-Blocs	3	Fonctionnels
	-Salle de réveil	0	
	-Moniteur	3	Fonctionnels
	-Respirateur	3	Non fonctionnels
Neurochirurgie	-Blocs	1	Fonctionnel
	-Salle de réveil	0	
	-Moniteur	1	Fonctionnel
	-Respirateur	1	Fonctionnel
Chirurgie gynécologique et obstétrique	-Blocs	3	Fonctionnels
	-Salle de réveil	0	
	-Moniteur	3	Fonctionnels
	-Respirateur	3	Non fonctionnels
ORL	-Blocs	1	Fonctionnel
	-Salle de réveil	0	
	-Moniteur	1	Fonctionnel
	-Respirateur	1	Fonctionnel
Stomatologie	-Blocs	1	Fonctionnel
	-Salle de réveil	0	
	-Moniteur	1	Fonctionnel
	-Respirateur	1	Non fonctionnel
Ophtalmologie	-Blocs	2	Fonctionnels
	-Salle de réveil	0	
	-Moniteur	2	Fonctionnels
	-Respirateur	2	Non fonctionnels

4.2.2. Personnel du service

Chaque unité d'anesthésie est coordonnée par un médecin anesthésiste réanimateur (MAR).

Le service d'anesthésiologie du CHUYO dispose de plusieurs catégories de personnel de santé. Il s'agit du personnel médical [MAR, médecin en formation du diplôme d'études

spécialisées en anesthésie réanimation (DESAR)] et paramédical [infirmiers spécialisés en anesthésie-réanimation (ISAR)].

Les unités d'anesthésie fonctionnent à flux continu. La continuité des soins est assurée par une équipe composée du MAR d'astreinte hebdomadaire (le même pour toutes les unités), de deux DESAR pour toutes les unités, et de deux ISAR par unité. On dénombre 17 médecins DESAR qui dans le cadre de leur formation font la rotation pour répondre aux besoins de ces services. Les MAR et ISAR sont répartis comme suit dans les secteurs d'anesthésie:

Tableau II : Répartition du personnel du service d'anesthésiologie du CHUYO

Service	Emplois	Nombre
Chirurgie générale et digestive	MAR	1
	ISAR	19
Chirurgie orthopédique et traumatologique	MAR	1
	ISAR	20
Neurochirurgie	MAR	1
	ISAR	5
Chirurgie gynécologique et obstétrique	MAR	1
	ISAR	18
ORL	MAR	1
	ISAR	3
Stomatologie	MAR	0
	ISAR	3
Ophtalmologie	MAR	0
	ISAR	2

4.2.3. Fonctionnement du service

Le service assure l'activité anesthésique et la surveillance post-interventionnelle des patients ayant bénéficié d'une intervention chirurgicale de manière programmée ou urgente (24H/24). Cette activité d'anesthésie comprend la consultation et la visite préopératoire des patients pour la chirurgie réglée, la réalisation de l'anesthésie au bloc opératoire, et la participation à la prise en charge post opératoire. L'anesthésie facilite également la réalisation

d'examens spécialisés en imageries médicales et en endoscopie diagnostique et interventionnelle.

Après l'intervention chirurgicale, en l'absence de salle de surveillance post-interventionnelle (SSPI ou salle de réveil), les patients rejoignent les unités d'hospitalisation de chirurgie. Seuls ceux qui ont subi une chirurgie lourde ou ayant présenté des incidents ou accidents peropératoires ou présentant des antécédents pathologiques à risque de décompensation sont dirigés directement dans le service de réanimation polyvalente.

5. METHODOLOGIE

La méthodologie utilisée a été celle de l'audit clinique proposée par l'ANAES (actuel HAS) [24].

5.1. Type d'étude

Il s'est agi d'une étude transversale rétrospective à visée descriptive.

5.2. Matériel d'étude et période d'étude

L'étude a concerné les dossiers d'anesthésie de patients ayant bénéficié d'une anesthésie entre le 1^{er} octobre et le 31 Décembre de l'année 2014.

5.2.1. Critères d'inclusion

Dossiers d'anesthésie de patients de tout âge et de tout genre ayant bénéficié d'une anesthésie pour une intervention chirurgicale ou non, urgente ou programmée durant la période d'étude.

5.2.2. Critères de non inclusion

Les dossiers non retrouvés ou dégradés n'ont pas été inclus dans l'étude.

5.3. Echantillonnage

5.3.1. Taille de l'échantillon

On estime à peu près à 5000, le nombre d'anesthésie réalisé au CHUYO au cours d'un trimestre. Pour l'estimation du nombre de dossiers à évaluer, les paramètres suivants ont été utilisés :

- La proportion des dossiers correctement remplis étant non connue, un $p=50\%$ a été utilisé.
- Une précision de 8%,
- Un risque alpha de 5%

En utilisant la formule de calcul d'une taille d'échantillon pour une population finie, on obtient un minimum de 145 DA à analyser. Pour tenir compte du nombre minimal

recommandé par la HAS nous avons opté pour 30 DA par secteur d'anesthésie d'où un total de 210 DA.

5.3.2. Technique d'échantillonnage

Il s'est agi d'un échantillonnage stratifié. Les strates étaient constituées par les 7 secteurs d'anesthésie. A l'intérieur des strates les bases de sondages ont été constituées à partir des DA retrouvés des patients ayant bénéficié d'une anesthésie durant la période d'étude. Les dossiers ont été sélectionnés par méthode aléatoire simple à l'aide de l'outil «échantillonnage» du logiciel Excel.

5.4. Collecte des données

La collecte des données s'est déroulée du 1^{er} Aout au 15 Aout 2015.

Elle s'est faite à l'aide d'une grille de critères (cf. Annexe 1) devant figurer dans le dossier d'anesthésie que nous avons élaboré en nous inspirant de celle de la Haute Autorité de Santé de la France et en nous aidant de différentes études d'audit de dossiers collectées dans la littérature [30, 34, 42].

Ces critères sont repartis dans les 3 phases du processus anesthésique : 11 pour la période préanesthésique, 12 pour la période peranesthésique et 3 pour la phase postanesthésique. Chaque grille a été numérotée et comportait en plus l'âge du patient le nom du secteur d'anesthésie, le type, la durée prévue et le délai d'intervention.

Le remplissage des grilles s'est effectué par « OUI » ou par « NON » à l'exclusion des situations où la question n'était pas pertinente. Dans ce cas, la réponse « Non applicable » (NA) était utilisée.

Pour chaque critère, il était possible de commenter la réponse. Le commentaire était à porter dans la case « COMMENTAIRES » de la grille de recueil en regard du critère concerné. Cette grille a été testée sur 10 dossiers afin de vérifier sa commodité et d'apprécier le volume du travail.

5.5. Définition des variables

➤ Variables d'ordre général

- ✓ L'âge du patient : l'âge est évalué en nombre de mois pour les enfants de moins d'un an et en années pour les autres patients.
- ✓ Le secteur d'anesthésie : il s'agissait d'un des 7 secteurs d'anesthésie suivants : neurochirurgie, chirurgie orthopédique et traumatologique, chirurgie générale et digestive, chirurgie gynécologique et obstétricale, ORL, ophtalmologie, et stomatologie.
- ✓ La durée prévue de l'intervention : elle était jugée courte si inférieure à 1 heure, intermédiaire si entre 1 et 2 heures et longue si supérieure à 2 heures. Cette durée était déduite du type d'intervention à partir de la littérature.
- ✓ Le caractère de l'intervention: il s'agissait soit d'une intervention programmée ou réalisée en urgence.
- ✓ Le format du dossier d'anesthésie: il s'agissait soit du nouveau ou de l'ancien format de DA.

➤ Variables prises en compte dans le référentiel

✓ Phase préanesthésique

Critère 1 : Mention de la date de la consultation et/ou de la visite préanesthésique

Répondre OUI si cette date figure sur le document traçant la phase préanesthésique

Répondre NON dans le cas contraire

Critère 2 : Mention du nom patronymique du patient, du prénom et de l'âge.

Répondre OUI si tous les éléments mentionnés sont renseignés sur le dossier anesthésique.

Répondre NON s'il manque un élément sur le dossier anesthésique.

Critère 3 : Identification de l'anesthésiste sur le document traçant la phase préanesthésique (CPA et/ou VPA)

Répondre OUI si l'on retrouve l'identité de l'anesthésiste pour la consultation et/ou la visite préanesthésique.

Répondre NON dans le cas contraire.

Critère 4 : Identification du chirurgien sur le document traçant la phase préanesthésique (CPA)

Répondre OUI si l'on retrouve l'identité du chirurgien pour la consultation préanesthésique.
Répondre NON dans le cas contraire.

Critère 5: Mention du diagnostic préopératoire

Répondre OUI si le diagnostic préopératoire est renseigné sur le dossier d'anesthésie.
Répondre NON dans le cas contraire.

Critère 6: Mention du type d'intervention prévue

Répondre OUI si le type d'intervention est renseigné sur le dossier d'anesthésie.
Répondre NON dans le cas contraire.

Critère 7: Les traitements habituels du patient ou l'absence de traitement sont mentionnés dans le dossier ainsi que la conduite à tenir avant l'anesthésie (arrêt, relais, maintien, modifications de posologies).

- Répondre OUI si le dossier mentionne « pas de traitement » ou « traitement : néant » (s'il n'y a pas de traitement la mention de l'absence doit être clairement écrite sinon il n'est pas possible de faire la différence entre l'absence de traitement ou l'absence d'information concernant le traitement) ;
 - Répondre NON si aucune précision n'est retrouvée;
 - Lorsque le traitement habituel est mentionné dans le dossier (liste des médicaments par exemple), mais qu'il n'y a aucune autre annotation distinguer 2 cas :
 - cas 1) aucun médicament n'interfère avec l'anesthésie; l'absence de mention spécifique de consigne n'est pas péjorative: répondre OUI,
 - cas 2) certains médicaments interfèrent avec l'anesthésie (anticoagulants, antagonistes de l'angiotensine, hypotenseurs majeurs, morphinomimétiques, hypoglycémiants, etc.): répondre OUI si on retrouve une mention claire de la conduite à tenir pour ces médicaments (arrêt, relais, poursuite, modification de dose, etc.). Si des consignes claires sont mentionnées dans les notes de la visite préanesthésique répondre OUI;
- Répondre NON dans les autres cas.

Critère 8: Le dossier d'anesthésie précise en préopératoire les conditions d'abord des voies aériennes.

Répondre OUI s'il existe une évaluation préanesthésique et une annotation en peranesthésique quel que soit le type de ventilation utilisée

Par évaluation préanesthésique il est sous-entendu au moins le Mallampati, la DTM et l'ouverture de bouche ou une conclusion du type « difficultés prévisibles d'intubation », ou « absence de difficultés prévisibles d'intubation ».

Répondre NON en l'absence de renseignement en préanesthésique

Critère 9 : À l'issue de la consultation préanesthésique, il existe dans le dossier une synthèse explicite du risque anesthésique compte tenu de l'intervention envisagée.

Répondre OUI si dans le dossier préanesthésique existe :

- soit au moins un commentaire attirant l'attention sur un risque particulier quand il en existe un, par exemple: «risque respiratoire», «risque instabilité hémodynamique», «risque thromboembolique élevé», «risque hémorragique», «péridurale non souhaitable en raison d'antécédents»;
- soit, en l'absence de risque supposé, la mention «risque standard» ou «pas de facteurs de risques anesthésiques particuliers»;
- soit le seul score ASA pour les cas ASA 1 (sous réserve que l'intitulé et les circonstances (réglé, urgence, estomac plein, etc.) de l'intervention sont retrouvés).

Répondre NON si aucune autre mention n'est faite en dehors de l'ASA pour les cas ayant un score ASA supérieur à 1.

Critère 10 : Le dossier de consultation préanesthésique contient une conclusion indiquant le protocole de prise en charge anesthésique proposé au patient.

Répondre OUI si le type d'anesthésie proposé est clairement renseigné (anesthésie générale/anesthésie locorégionale).

Répondre NON si l'on retrouve seulement l'énumération des agents de l'anesthésie choisis ou l'absence de mention du choix de la technique anesthésique

Critère 11 : Une trace écrite de la visite préanesthésique valide le protocole de prise en charge anesthésique proposé à la consultation préanesthésique.

Répondre OUI si l'on retrouve une trace écrite de la VPA mentionnant le contenu de cette VPA par exemple :

- informations cliniques, paracliniques ou thérapeutiques importantes témoignant de l'évolution de l'état de santé depuis la consultation ;
- adaptation des traitements chroniques si nécessaire ;
- prise de connaissance des examens complémentaires prescrits ;
- consentements éclairés des techniques proposées ;
- d'une confirmation ou d'un changement du protocole de prise en charge anesthésique ;
- de l'absence d'éléments modificateurs du protocole de prise en charge anesthésique prévu à la consultation (mention « RAS depuis la CPA » par exemple).

Répondre NON si l'on ne retrouve que la prescription de prémédication sans commentaire ;

Répondre NON si l'on ne retrouve aucune trace écrite de la visite.

✓ **Phase peranesthésique**

Critère 12: Date de l'intervention

Répondre OUI si cette date figure sur le document traçant la phase peranesthésique

Répondre NON dans le cas contraire

Critère 13: Mention du nom patronymique du patient, du prénom et de l'âge.

Répondre OUI si tous les éléments mentionnés sont renseignés sur le dossier anesthésique.

Répondre NON s'il manque un élément sur le dossier anesthésique.

Critère 14: Identification de l'anesthésiste

Répondre OUI si l'on retrouve l'identité de l'anesthésiste pour la période peranesthésique.

Répondre NON dans le cas contraire.

Critère 15: Identification du chirurgien

Répondre OUI si l'on retrouve l'identité du chirurgien pour la période peranesthésique.

Répondre NON dans le cas contraire.

Critère 16: Type d'intervention

Répondre OUI si le type d'intervention est inscrit dans la partie peranesthésique

Répondre NON dans le cas contraire

Critère 17: Protocole anesthésique

Répondre OUI si le type d'anesthésie proposé est clairement renseigné (anesthésie générale/anesthésie locorégionale).

Répondre NON si l'on retrouve seulement l'énumération des agents de l'anesthésie choisis ou l'absence de mention du choix de la technique anesthésique

Critère 18: Le dossier d'anesthésie précise en peropératoire les conditions d'abord des voies aériennes.

Répondre OUI si la mention concernant l'abord des voies aériennes figure dans le dossier anesthésique dans cette phase peranesthésique.

Répondre NON en l'absence de renseignement en peranesthésique

Critère 19: Agents anesthésiques

Répondre OUI si on retrouve dans le dossier d'anesthésie les noms des agents anesthésiques utilisés, leurs doses et leurs heures d'administration.

Répondre NON dans le cas contraire

Critère 20: Solutés perfusés

Répondre OUI si on retrouve dans le dossier d'anesthésie les noms des solutés perfusés, leurs quantités et leurs heures d'administration.

Répondre NON dans le cas contraire

Critère 21: Surveillance de la ventilation (FR, SpO2)

Répondre OUI si la surveillance ventilatoire mentionne au moins la fréquence respiratoire et la saturation périphérique en oxygène.

Répondre NON dans le cas contraire

Critère 22: Surveillance clinique (TA, FC)

Répondre OUI si la surveillance clinique mentionne au moins la tension artérielle et la fréquence cardiaque.

Répondre NON dans le cas contraire

Critère 23: Rubrique renseignée (ou barrée) permettant de relever les incidents ou accidents périanesthésiques

Répondre OUI si dans le dossier existe un cadre spécifique prévu et renseigné pour le recueil de l'existence ou de l'absence d'incidents ou accidents périanesthésiques.

Répondre NON si aucun élément ne permet d'être renseigné sur l'existence ou l'absence d'incidents ou accidents périanesthésiques.

✓ **Phase postanesthésique**

Critère 24: Identification de l'anesthésiste sur le document traçant la phase post-interventionnelle

Répondre OUI si l'on retrouve l'identité de l'anesthésiste pour la période postanesthésique.

Répondre NON dans le cas contraire.

Critère 25: Trace écrite de la surveillance en salle de surveillance post-interventionnelle et des critères de sortie de cette salle

Répondre OUI si l'on retrouve les résultats de l'examen pratiqué avant la sortie de SSPI (dernière fréquence cardiaque, respiratoire, pression artérielle, SpO2, état de conscience, température) ou les résultats de score de réveil.

Répondre NON dans le cas contraire

Critère 26: Trace écrite des prescriptions médicamenteuses en phase postanesthésique

Répondre OUI si l'on retrouve la prescription (quels que soient son support et son emplacement) avec la date et la signature lisible du médecin et les heures d'administration des différents traitements

Répondre NON dans le cas contraire

5.6. Plan d'analyse

Une grille de dépouillement des données a été utilisée et les pourcentages des réponses positives et négatives ont été calculés sur le total des « OUI » et « NON ». Les « NA » ont été exclus.

Les données ont été analysées à l'aide du logiciel Epi Info version 7 et le logiciel Excel 2007. L'analyse descriptive a été faite selon les variables pour obtenir la fréquence des valeurs « OUI » sur le total des « OUI » et « NON ». Cette fréquence a été nommée taux de remplissage correct des dossiers d'anesthésie. Les taux des différents critères étaient comparés à la valeur cible de référence validée par le collège français d'anesthésie réanimation (CFAR) en 2011[34] qui est de 80%. Ces taux étaient soit supérieur, égal ou inférieur à la valeur cible. Les comparaisons ont été réalisées à l'aide du χ^2 de Pearson au seuil de 5% avec un intervalle de confiance de 95%.

6. CONSIDERATIONS ETHIQUES

Les aspects éthiques ont été pris en compte dans notre étude à travers le respect de l'anonymat et de la confidentialité des informations recueillies dans les dossiers d'anesthésie.

7. RESULTATS

Sur un total de 5460 critères évalués, 49 ont été jugés non applicables soit 5411 critères exploitables.

7.1. Caractéristiques de l'échantillon

7.1.1. L'âge

L'âge médian des patients était de 31 ans avec des extrêmes de 1 à 95 ans. La répartition globale des patients par tranches d'âges est représentée sur le graphique suivant:

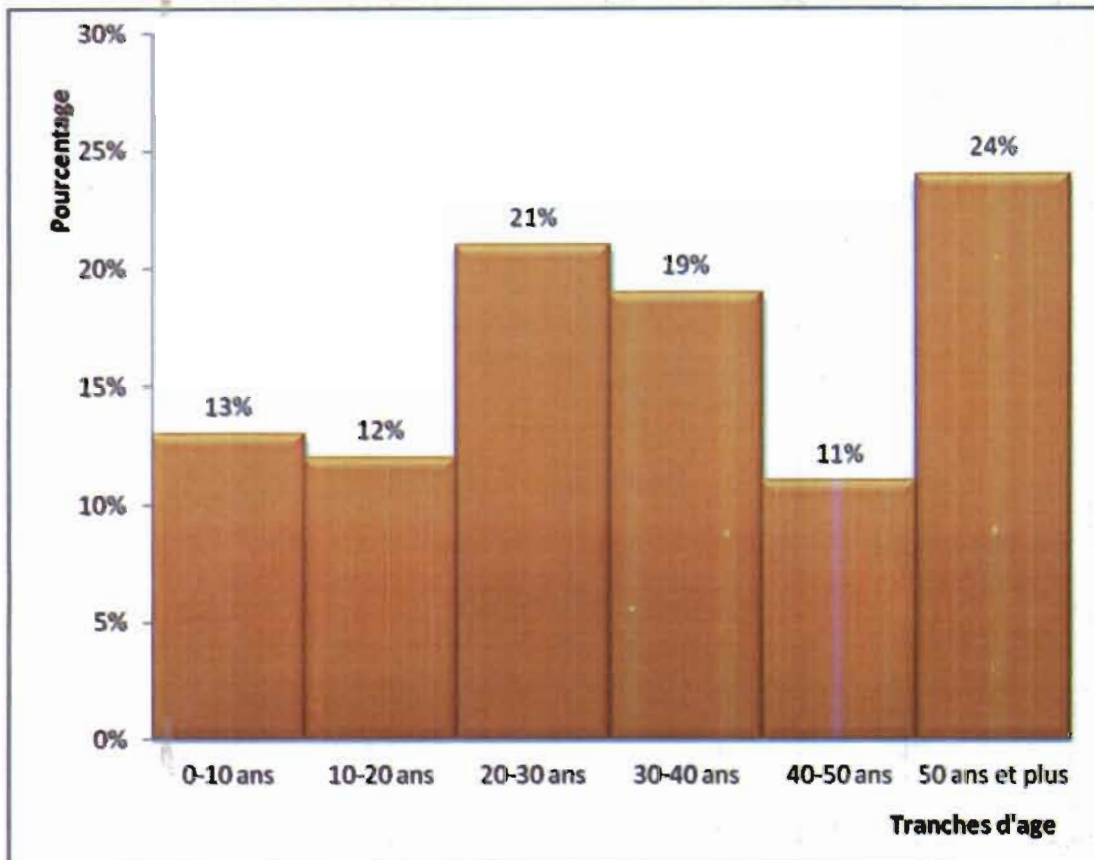


Figure 1: Répartition des patients par tranches d'âge (n=209 patients)

La médiane d'âge des patients variait d'un secteur d'anesthésie à un autre avec des patients plus jeunes dans les services d'ophtalmologie et d'ORL. Cette variation est perçue dans le tableau suivant :

Tableau III: Médianes d'âge des patients selon le secteur d'anesthésie

Secteur d'anesthésie	Médiane d'âge des patients (ans)
Stomatologie	33
ORL	18
Ophtalmologie	16
Gynécologie-obstétrique	34
Traumatologie	32
Neurochirurgie	36
Chirurgie générale et digestive	36

7.1.2. Qualification de l'agent anesthésiste

Trois catégories d'anesthésistes ont conduit les phases pré et peranesthésiques des interventions des patients. Aucun anesthésiste n'a été identifié dans la phase post anesthésique.

➤ En préanesthésie : Le graphique suivant présente la répartition des patients selon la qualification de l'anesthésiste. Plus de 50% des DA n'a pas été rempli par un MAR.

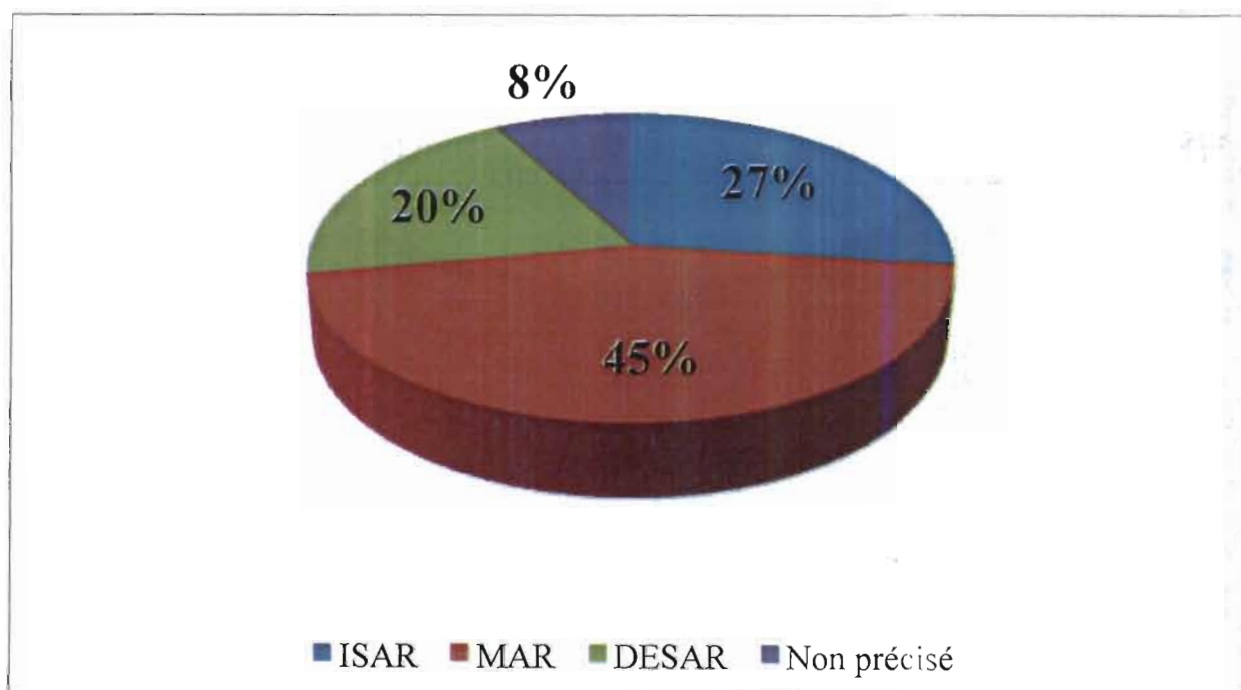


Figure 2: Répartition des patients selon la qualification de l'anesthésiste en préanesthésie (n=210 patients)

- En peranesthésie : Le graphique suivant présente la répartition des patients selon la qualification de l'anesthésiste en peranesthésie. Dans un peu plus de 2/3 des cas la qualification de l'anesthésiste n'a pas été mentionnée.

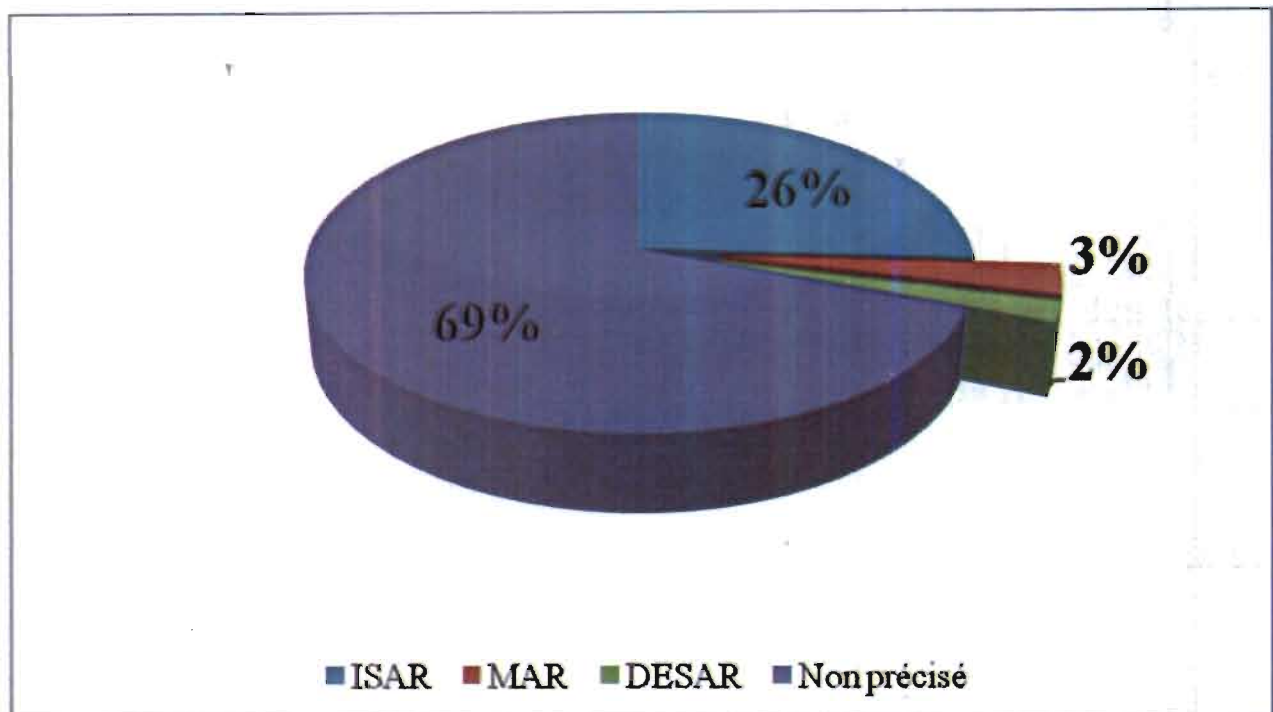


Figure 3: Répartition des patients selon la qualification de l'anesthésiste en peranesthésie (n=210 patients)

7.1.3. Type d'intervention

Les dossiers anesthésiques concernaient une intervention programmée dans 161 cas (77%) et une intervention urgente dans 49 cas (23%).

7.1.4. Format du dossier

Le nouveau format de dossier d'anesthésie a été utilisé chez 9 patients (4%) contre 201 patients (96%) pour l'ancien format.

7.1.5. Durée prévue de l'intervention

Le graphique suivant présente la répartition des patients selon la durée prévue de l'intervention. Les interventions étaient à majorité de courte durée ou de durée intermédiaire.

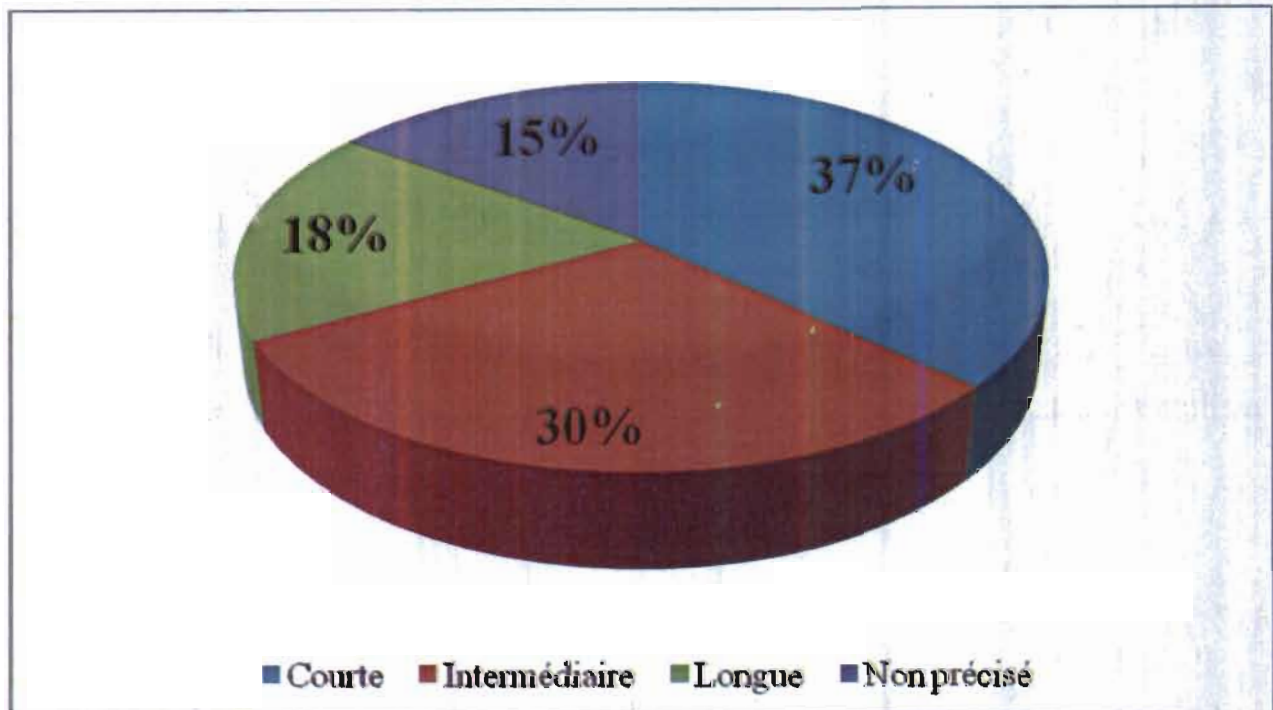


Figure 4: Répartition des patients selon la durée prévue de l'intervention (n=210 patients)

7.2. Comparaison du DA du CHUYO par rapport à celui de la HAS de la France

Le DA du CHUYO présente dans sa forme et dans son fond des insuffisances par rapport au dossier référentiel proposé par la HAS de la France qui affectent son remplissage correct.

7.2.1. Les insuffisances dans sa forme

Le DA du CHUYO se présente comme une fiche de 4 pages avec une page pour la phase préanesthésique, une page pour la phase postanesthésique et deux pages pour la surveillance peranesthésique. Ce dossier n'offre pas assez d'espace pour détailler les critères importants qui doivent y figurés. Ce qui a pour conséquences le manque de certains critères sur cette fiche.

7.2.2. Les insuffisances dans le fond du DA du CHUYO

Le Dossier d'anesthésie du CHUYO que ce soit de l'ancien ou du nouveau format présente des insuffisances dans le contenu par rapport au dossier référentiel proposé par la HAS de la France. Ces insuffisances se retrouvent dans les points suivants :

- ✓ Les items d'identification se trouvent mélangés à des items cliniques et à des informations chirurgicales
- ✓ Même si la cotation du score de Mallampati est mentionné, la mesure de l'ouverture de la bouche et de la distance thyro-mentonnaire évaluant les conditions d'abord des VAS ne figurent pas sur le DA
- ✓ L'absence de certains scores évaluant le risque anesthésique : le score d'Apfel, d'Altmeier.
- ✓ L'absence d'une place destinée à la visite préanesthésique
- ✓ L'absence de la mention du délai de prise en charge du patient (urgent ou programmé)
- ✓ L'absence de prise en compte du volet ALR en peranesthésie
- ✓ L'absence d'un item relatif aux incidents ou accidents peranesthésiques
- ✓ L'absence d'une grille de surveillance postopératoire

7.3. Taux de remplissage correct du dossier d'anesthésie au CHUYO

7.3.1. Résultats globaux

Le taux de remplissage correct global des critères du dossier d'anesthésie était de **47,64%**. Huit (8) critères sur les 26 soit 30,77% ont eu un taux de remplissage supérieur à 80%.

7.3.2. Résultats par critère de la phase préanesthésique

Le tableau V présente le taux de remplissage correct de chaque critère de la phase préanesthésique. Six (6) critères sur 11 ont enregistré un taux de remplissage correct supérieur à la valeur cible de 80%.

Tableau V: Taux de remplissage correct de chaque critère du dossier d'anesthésie de la phase préanesthésique (n= 210)

Critères	Taux de remplissage correct	Intervalle de confiance à 95%	Positionnement par rapport à la valeur cible de 80%
Date de la consultation	98,57%	[98,57%-98,9%]	Supérieur
Mention du nom patronymique du patient, du prénom et de l'âge.	99,05%	[98,8%-99,3%]	Supérieur
Identification de l'anesthésiste	91,90%	[91,2%-92,6%]	Supérieur
Identification du chirurgien	82,38%	[81,4%-83,4%]	Supérieur
Mention du diagnostic préopératoire	77,62%	[76,5%-78,7%]	Inférieur
Type d'intervention prévue	86,19%	[85,3%-87,1%]	Supérieur
Mention du traitement habituel du patient ou de l'absence de traitement ainsi que la conduite à tenir avant l'anesthésie	63,33%	[62%-64,6%]	Inférieur
Mention des conditions d'abord des voies aériennes	21,90%	[20,8%-23%]	Inférieur
Synthèse explicite du risque anesthésique compte tenu de l'intervention envisagée.	49,05%	[47,7%-50,4%]	Inférieur
Mention d'une conclusion indiquant le protocole de prise en charge anesthésique proposé au patient.	83,33%	[82,3%-84,3%]	Supérieur
Existence d'une trace écrite de la visite préanesthésique	0%	0	Inférieur

7.3.3. Résultats par critère de la phase peranesthésique

Le tableau VI présente les résultats par critère de la phase peranesthésique. Seulement 2 critères sur 12 ont enregistré un taux de remplissage correct supérieur à la valeur cible de 80%. Les incidents et accidents peranesthésique était très faiblement remplis (0,48%).

Tableau VI: Taux de remplissage correct de chaque critère du dossier d'anesthésie de la phase peranesthésique (n= 210)

Critères	Taux de remplissage correct	Intervalle de confiance à 95%	Positionnement par rapport à la valeur cible de 80%
Date de l'intervention	51,43%	[50,1%-52,8%]	Inférieur
Mention du nom patronymique du patient, du prénom et de l'âge.	2,38%	[2%-2,8%]	Inférieur
Identification de l'anesthésiste	31,43%	[30,2%-32,7%]	Inférieur
Identification du chirurgien	34,76%	[33,5%-36%]	Inférieur
Type d'intervention	1,90%	[1,5%-2,3%]	Inférieur
Protocole anesthésique	50,48%	[49,1%-51,6%]	Inférieur
Abord des voies aériennes	41,43%	[40,1%-42,7%]	Inférieur
Agents anesthésiques	88,57%	[87,7%-89,4%]	Supérieur
Solutés perfusés	80%	[78,9%-81,1%]	Egal
Surveillance ventilation (FR, SpO2)	9,52%	[8,7%-10,3%]	Inférieur
Surveillance clinique (TA, FC)	81,90%	[80,9%-82,9%]	Supérieur
Incidents ou accidents peranesthésiques	0,48%	[0,3%-0,7%]	Inférieur

7.4. Facteurs influençant la qualité de remplissage du DA au CHUYO

7.4.1. La période anesthésique

La phase préanesthésique était la mieux remplie avec un taux à 69,97%. Le tableau suivant présente les résultats selon la période anesthésique.

Tableau IV: Taux de remplissage correct des critères du dossier d'anesthésie selon la période anesthésique (n= nombre de critères)

Période anesthésique	Taux de remplissage correct	Intervalle de confiance à 95%	Positionnement par rapport à la valeur cible de 80%	P
Préanesthésique	69,97% (n=2261)	[68,7%-71,2%]	Inférieur	<0,001
Peranesthésique	39,52% (n=2520)	[38,2%-40,8%]	Inférieur	
Postanesthésique	0% (n=630)	0	Inférieur	

Il existait une association statistiquement significative entre la période anesthésique et le taux de remplissage des critères du DA.

7.4.2. Le secteur d'anesthésie

Le service de stomatologie a enregistré le plus fort taux de remplissage correct avec 59,49%, et le plus faible taux revient au service de neurochirurgie qui a enregistré 40,31%. Les détails des résultats sont représentés dans le tableau VII.

Tableau VII: Taux de remplissage correct des critères du dossier d'anesthésie selon le secteur d'anesthésie (n= nombre de critères évalués)

Secteur d'anesthésie	Taux de remplissage correct	Intervalle de confiance à 95%	Positionnement par rapport à la valeur cible de 80%	P
Stomatologie	59,85% (n=777)	[58,5%-61,2%]	Inférieur	0,02
ORL	43,24% (n=777)	[41,9%-44,6%]	Inférieur	
Ophthalmologie	43,26% (n=772)	[41,9%-44,6%]	Inférieur	
Gynécologie	48,08% (n=780)	[46,7%-49,4%]	Inférieur	
Traumatologie	52,19% (n=778)	[50,9%-53,5%]	Inférieur	
Neurochirurgie	40,31% (n=769)	[39%-41,6%]	Inférieur	
Chirurgie viscérale	46,44% (758)	[45,1%-47,8%]	Inférieur	

Il existait une association statistiquement significative entre la qualité de remplissage de remplissage du DA et le secteur d'anesthésie.

7.4.3. La qualification de l'agent anesthésiste

Les médecins DESAR ont mieux rempli les DA avec un taux de remplissage correct à 75,25%. Ces résultats sont présentés dans le tableau suivant.

Tableau VIII: Taux de remplissage correct des critères du dossier d'anesthésie (phase pré et peranesthésique) selon la qualification de l'anesthésiste (n= nombre de critères évalués)

Qualification de l'anesthésiste	Taux de remplissage correct	Intervalle de confiance à 95%	Positionnement par rapport à la valeur cible de 80%	P
ISAR	68,08% (n=1250)	[66,8%-69,3%]	Inférieur	0,023
DESAR	75,25% (n=501)	[74,1%-76,4%]	Inférieur	
MAR	71,42%(n=1127)	[70,2%-72,6%]	Inférieur	

Il existait une association statistiquement significative entre la qualité de remplissage de remplissage du DA et la qualification de l'anesthésiste.

7.4.4. L'âge du patient

Le taux de remplissage correct était plus faible pour les dossiers de patients aux âges extrêmes (enfants de moins de 10 ans et personnes âgées de plus de 50 ans). Les détails de taux de remplissage par tranches d'âge sont représentés dans le tableau suivant :

Tableau IX: Taux de remplissage correct des critères du dossier d'anesthésie selon l'âge du patient (n= nombre de critères évalués)

Tranches d'âge	Taux de remplissage correct	Intervalle de confiance à 95%	Positionnement par rapport à la valeur cible de 80%	P
<10 ans	41,12% (n=721)	[39,8%-42,8%]	Inférieur	0,44
[10-20[	48,22% (n=618)	[46,9%-49,6%]	Inférieur
[20-30[	52,21% (n=1132)	[50,9%-53,5%]	Inférieur
[30-40[	50,79% (n=1008)	[49,5%-52,1%]	Inférieur
[40-50[	53,23% (n=620)	[51,9%-54,6%]	Inférieur
≥50 ans	42,66% (n=1287)	[41,1%-44%]	Inférieur	

Il n'existait pas d'association statistiquement significative entre la qualité de remplissage du DA et l'âge du patient.

7.4.5. Le caractère de l'intervention

Les patients ayant bénéficié d'une intervention en urgence ont enregistré un taux de remplissage correct du DA significativement inférieur à ceux ayant bénéficié d'une intervention programmée. Les taux de bon remplissage étaient respectivement de 41,96% et de 49,31% (P<0,001).

7.4.6. Le format de dossier d'anesthésie

Le nouveau format de DA était mieux rempli que l'ancien. Ce résultat est illustré dans le tableau suivant:

Tableau X: Taux de remplissage correct des critères du dossier d'anesthésie selon le format de dossier (n= nombre de critères évalués)

Format de dossier d'anesthésie	Taux de remplissage correct	Intervalle de confiance à 95%	Positionnement par rapport à la valeur cible de 80%	P
Nouveau	64,1% (n=234)	[62,8%-65,4%]	Inférieur	<0,001
Ancien	46,90% (n=5177)	[45,6%-48,2%]	Inférieur	

Il existait une association statistiquement significative entre la qualité de remplissage du DA et le format du dossier

7.4.7. La durée prévue de l'intervention

Les interventions de courte durée ou de longue durée ont enregistré des taux de remplissage plus faibles comme indiqués dans le tableau suivant.

Tableau XI: Taux de remplissage correct des critères du dossier d'anesthésie en fonction de la durée prévue de l'intervention (n= nombre de critères évalués)

Durée prévue de l'intervention	Taux de remplissage correct	Intervalle de confiance à 95%	Positionnement par rapport à la valeur cible de 80%	P
Inférieure à 1 heure	46,82% (n=2014)	[45,5%-48,1%]	Inférieur	0,3
Entre 1 et 2 heures	52,05% (n=1633)	[50,7%-53,4%]	Inférieur	
Supérieure à 2 heures	46,88% (n=979)	[45,6%-48,2%]	Inférieur	

Il n'existait pas d'association statistiquement significative entre la qualité de remplissage du DA et la durée prévue de l'intervention.

8. DISCUSSION

8.1. Les limites de l'étude

Il s'agit d'un audit rétrospectif dont l'objectif était d'évaluer la qualité de remplissage du dossier d'anesthésie au CHUYO en utilisant un référentiel de 26 critères. Cette étude constitue une première expérience de recueil du taux de remplissage correct du dossier anesthésique dans tous les secteurs d'anesthésie du CHUYO. Il permet de tirer des enseignements sur la fréquence et les motifs des défauts de conformité des DA.

- Le caractère rétrospectif a permis de surmonter le biais de modification des pratiques mais empêchait d'inclure certains critères en temps réel.
- La grille des critères de la HAS qui a servi de base pour cette étude présente l'intérêt d'être le fruit d'un consensus d'experts et validé par des expérimentations à l'échelle internationale [30,42]. Cependant cette grille a été simplifiée dans un souci de faisabilité.
- L'évaluation de certains critères s'est effectuée dans un nombre insuffisant de dossiers (seulement 9 dossiers du nouveau format ont été tirés)

8.2. Caractéristiques de l'échantillon

8.2.1. L'âge des patients

La tranche d'âge la plus représentée dans notre étude était celle des patients de plus de 50 ans. L'anesthésie du sujet âgé constitue un « modèle » de compréhension de la relation qui existe entre facteurs de risque, morbidité et mortalité périopératoire. Ainsi, l'âge est associé à une fréquence plus élevée de comorbidités et donc du risque d'événement anesthésique [44]. Les sujets âgés doivent donc faire l'objet d'une plus grande attention lors de la prise en charge périopératoire à travers une bonne gestion du DA. Cependant les patients des services d'ophtalmologie et d'ORL étaient en majorité jeunes, cela pourrait s'expliquer d'une part par la fréquence des pathologies infantiles dans ces deux secteurs et d'autre part par l'absence de ces spécialités au CHUP-CDG.

8.2.2. Qualification de l'agent anesthésiste

➤ En préanesthésie plus de 50% des DA n'a pas été rempli par un MAR. La tâche de consultation et de visite préanesthésique revient aux MAR [10]. Même si le nombre insuffisant de MAR dans notre pays pourrait expliquer ce résultat, force est de reconnaître

qu'un manque d'organisation ou de motivation des MAR existe dans le CHUYO. La présence des médecins DESAR sous la couverture des MAR devrait contribuer à une meilleure gestion de la phase préanesthésique. Une prise de conscience de leur rôle dans cette évaluation pour le bien des patients s'avère nécessaire.

➤ En peranesthésie environ 2/3 des DA ne portait pas l'identité de l'anesthésiste. Cela compromet fortement la traçabilité des informations de la phase peranesthésique. Aucun motif ne saurait expliquer ce constat et les acteurs de l'anesthésie sont donc interpellés à assumer leur responsabilité en s'identifiant dans la prise en charge des patients dans la période péri-anesthésique.

8.2.3. Caractère de l'intervention

Le nombre limité de dossiers de patients pris en urgence dans notre échantillon pourrait s'expliquer par les défaillances rencontrées dans la tenue des dossiers d'anesthésie surtout dans le contexte d'urgence, certains patients ne bénéficiant même pas de dossiers. Ce constat est similaire à celui fait par Hubert en France qui trouvait une proportion de 79% d'intervention programmées [34]. Il revient donc de noter que la tenue des DA des patients dont l'intervention a été effectuée en urgence doit être améliorée. Un plan général de gestion des dossiers d'anesthésie doit être adopté et un accent particulier doit être mis dans l'impérative nécessité d'un DA pour tout patient bénéficiant d'une intervention que ce soit dans l'urgence ou en situation programmée.

8.2.4. Format du dossier

Seulement 9 DA du nouveau format ont été sélectionnés dans notre échantillon. Malgré que le nouveau format de dossier d'anesthésie ait été introduit dans la pratique anesthésique du CHUYO depuis 2014 il n'est toujours pas utilisé dans la majorité des secteurs d'anesthésie justifiant sa faible représentation dans notre étude. L'ancien format de DA devrait tout simplement faire place au nouveau, qui présente l'avantage d'être plus détaillé, dans tous les secteurs d'anesthésie afin d'améliorer le contenu du dossier qui pourrait faciliter son remplissage.

8.3. Comparaison du DA du CHUYO par rapport à celui de la HAS de la France

L'analyse comparative a montré des insuffisances dans le DA du CHUYO par rapport au dossier référentiel proposé par la HAS de la France. Ces insuffisances qui concernent aussi bien la forme que le fond entravent le remplissage correct du dossier. Le dossier doit faire l'objet d'une révision consensuelle avec la participation de tous les anesthésistes afin de relever ses défauts et arriver à un dossier d'anesthésie unique pour le CHUYO qui pourrait être étendu à tous les centres de santé du Burkina Faso.

8.4. Taux de remplissage correct du dossier d'anesthésie au CHUYO

8.4.1. Résultat global

Le taux de remplissage correct global des critères du dossier d'anesthésie était insuffisant à 47,64%. Ce résultat se rapproche de celui de Hubert [34] en France qui trouvait un taux médian de 56%. Ce taux est largement en deçà de la valeur seuil de référence validée par la SFAR qui est de 80%. Falcon [29] à Grenoble trouvait un taux de remplissage correct de 72% et Assouto [2] trouvait au Bénin un taux de 62,14%. Ces valeurs sont plus élevées que la nôtre. Cela s'explique par le fait que ces auteurs ont pris en compte les items d'identification, des items de la phase pré et peropératoire alors que nous avons considéré toutes les phases du processus anesthésique. Ces faibles taux prouvent que le DA sur lequel sont jugés dans tout le monde entier les anesthésistes et leur travail d'une part, et qui constitue un document médico-légal d'autre part, n'est pas bien rempli au CHUYO. L'analyse des résultats obtenus, aussi bien dans notre étude que dans les études similaires réalisées au Bénin permet de résumer les causes des écarts dans les points suivants :

➤ Des causes professionnelles expliquent la majorité des écarts observés : le remplissage dépend des habitudes, du temps consacré aux dossiers et du degré de conscience de l'importance des informations notées. C'est ainsi que certaines données sont présentes dans la quasi-totalité des dossiers (date de consultation, identité du patient en préanesthésie, identité de l'anesthésiste en préanesthésie) alors que d'autres informations sont plus ou moins négligées (VPA, condition d'abord des VAS, risque anesthésique, incidents ou accidents peranesthésiques). Le formulaire de demande de CPA des chirurgiens est parfois

incomplet avec des éléments manquants qui sont la plupart du temps le diagnostic préopératoire, l'indication opératoire, ou le nom du chirurgien. Certaines rubriques ne figurent pas sur l'imprimé de DA et doivent alors être complétées, ce qui pousse les anesthésistes à les ignorer.

- Les causes organisationnelles liées en particulier au fait que le support matériel utilisé est de format non adapté au contenu et à l'absence d'un archivage adéquat.

- · L'absence d'une réglementation qui précise le contenu du DA et l'absence d'une procédure établissant les responsabilités sur la tenue des dossiers.

8.4.2. Résultat global selon les critères du DA

Seulement 30% des critères ont eu un taux de remplissage correct supérieur à 80%. Cela démontre donc l'importance de l'effort d'amélioration à fournir.

La comparaison inter-secteurs montre une variabilité importante pour chaque critère.

- Les problèmes d'identification du patient étaient principalement liés à l'absence de la mention de l'âge ou de l'absence de l'intitulé surtout en phase peranesthésique.

- Les défauts d'évaluation du risque anesthésique portaient principalement sur une justification imprécise des scores ASA supérieurs à 1.

- La mention du traitement habituel était insuffisamment remplie dans 36,67% correspondant généralement à des patients sans traitement ou à une absence de la conduite à tenir vis-à-vis de ce traitement en péri-anesthésique.

- La visite pré-anesthésique (VPA) était absent sur tous les DA. L'explication donnée étant une absence d'éléments nouveaux par rapport à la CPA et l'absence de cette rubrique sur le DA du CHUYO.

- Dans 16,7 % des dossiers, le type d'anesthésie était non mentionné ou ne faisait pas référence à un protocole rédigé.

- Une conclusion explicite sur les conditions d'abord des voies aériennes supérieures lors de la CPA n'était identifiée que dans moins d'un tiers des dossiers ; en l'absence de ces conclusions explicites, si le score de Mallampati était noté dans la plupart des dossiers, la mesure de l'ouverture de la bouche et surtout de la DTM était faiblement mentionnée.

- Le cadre spécifique incident/accident péri-anesthésique était absent dans tous les

dossiers, sauf un (1). Cette rubrique est pourtant très importante sur le plan médico-légal et pour la continuité des soins. Non renseignée le patient s'expose à un risque postanesthésique si un incident peranesthésique est méconnu par l'équipe postanesthésique.

8.5. Facteurs influençant la qualité du remplissage du DA au CHUYO

8.5.1. La période anesthésique

La phase préanesthésique était la mieux remplie dans notre étude. On notait un résultat similaire dans l'étude de Assouto au Bénin [2]. La consultation préanesthésique est mieux organisée au CHUYO. Sous la responsabilité des MAR les patients sont évalués au moins 48 heures avant la date de l'intervention. Cela donne des conditions plus faciles pour un remplissage exhaustif du DA. Ce taux devrait alors connaître une amélioration.

La surveillance postanesthésique était la phase où aucun critère n'a été rempli. Cette insuffisance s'explique principalement par l'absence d'une SSPI dans tous les secteurs d'anesthésie du CHUYO. Ainsi, Les soins et mesures de surveillance postanesthésiques sont notés le plus souvent dans le dossier médical du patient.

8.5.2. Le secteur d'anesthésie

La comparaison inter-secteurs montre une variabilité importante dans le remplissage du DA. Ces disparités pourraient être le résultat des différences dans l'organisation et le fonctionnement de ses secteurs d'anesthésie ainsi que dans la charge de travail. Néanmoins les secteurs où on enregistre de faibles taux de remplissage correct (neurochirurgie) pourrait s'inspirer de l'expérience des services qui ont des taux plus élevé tel que le service de Stomatologie et maxillo-faciale.

8.5.3. L'âge

Bien qu'il n'y'eu pas d'association statistiquement significative entre la qualité de remplissage du DA et l'âge du patient, l'insuffisance de remplissage a été constatée chez les patients de moins de 10 ans et de plus de 50 ans où le taux de remplissage correct était inférieur à 42%. L'âge est un facteur déterminant dans la prise en charge anesthésique des patients. Les enfants, du fait de leur variabilité physiologique importante et de leur terrain

notamment l'immaturation de certains organes constituent des patients chez qui un regard rigoureux doit être porté en période périopératoire. De même le sujet âgé constitue de par son terrain favorable à de nombreuses tares (HTA, diabète,...) une cible pour une vigilance renforcée autour de l'anesthésie. Ce faible taux pourrait s'expliquer par l'absence dans les blocs opératoires du CHUYO de matériel adapté à la surveillance des enfants (brassard de tensiomètre,...).

8.5.4. La qualification de l'agent anesthésiste

Les médecins en DESAR remplissaient mieux les dossiers d'anesthésie que les MAR et les ISAR. Les médecins DESAR dans le souci de leur formation s'appliquent mieux dans le remplissage des dossiers d'anesthésie. Le MAR même si cela engage leur responsabilité n'est pas toujours au premier plan dans le remplissage des fiches d'anesthésie. Cette tâche est le plus souvent déléguée à l'ISAR ou au médecin DESAR présent dans la salle. Les différences en termes de sensibilisation et de formation sur le DA dans le cursus initial participent à l'explication de cette différence.

8.5.5. Le caractère de l'intervention

Les dossiers d'anesthésie des patients pris en urgence étaient moins bien remplis que ceux des patients ayant bénéficié d'une intervention programmée. Ce résultat était conforme à celui retrouvé par Falcon [29] en France et par Assouto au Bénin [2], qui notaient également un taux de remplissage en situation d'urgence plus faible qu'en chirurgie programmée (70% vs 72% pour Falcon et 41,31% vs 62,14% pour Assouto). L'urgence de l'intervention est le plus souvent associée à une instabilité hémodynamique ou respiratoire ou à la présence d'un antécédent à risque de décompensation. Ce faible taux s'expliquerait donc par le stress de l'urgence qui fait que les anesthésistes pensent se concentrer sur l'essentiel oubliant que l'absence d'une bonne évaluation préanesthésique est pourvoyeuse de complications per-interventionnelles. De même l'absence de renseignements de la phase peranesthésique sur le DA entraînent nécessairement des difficultés pour la gestion de la période postanesthésique. L'urgence de l'intervention ne doit donc pas constituer un obstacle au bon remplissage du DA surtout que sa prise en charge relève d'un travail d'équipe.

8.5.6. Selon le format de dossier d'anesthésie

Le nouveau format de DA était associé à un taux de remplissage correct significativement plus élevé que l'ancien. En effet celui-ci présente l'avantage d'être plus détaillé à toutes les phases anesthésiques. Ce qui explique le bon taux de remplissage constaté avec celui-ci. On gagnerait donc à étendre ce nouveau format dans tout le CHU et retirer l'ancien format.

8.5.7. Selon la durée prévue de l'intervention

Il n'existait pas d'association statistiquement significative entre la qualité de remplissage du DA et la durée prévue de l'intervention. Un remplissage exhaustif du DA quelque soit la durée de l'intervention s'impose aux anesthésistes.

CONCLUSION

Cette étude montre que le taux de remplissage correct du dossier d'anesthésie en rapport avec le référentiel de la HAS de la France est faible surtout en phase postopératoire avec une disparité importante inter-secteurs d'anesthésie. Le caractère urgent ou programmé de l'intervention, la qualification de l'anesthésiste dans la période péri-interventionnelle et le format de dossier d'anesthésie sont des facteurs qui influent significativement sur la qualité du remplissage du dossier d'anesthésie. Par contre cette qualité n'était pas modifiée par l'âge du patient et la durée prévue de l'intervention.

L'analyse a montré que les causes des écarts étaient de trois niveaux : des causes professionnelles en rapport avec le degré de conscience des professionnels d'anesthésie, des causes organisationnels en rapport avec la structure du dossier et son archivage et des causes institutionnelles notamment lié au vide réglementaire et l'absence de procédure établissant la responsabilité des différents intervenants. L'amélioration de la qualité suppose donc d'agir sur ces trois niveaux.

Une généralisation de la mesure de ce taux à l'ensemble des services d'anesthésie de tous les établissements de santé burkinabé paraît importante afin de fournir à ces services un nouvel outil de gestion de la qualité et de la sécurité en anesthésie car ces valeurs ont un prix qu'il faut sauvegarder. Ne dit-on pas que les paroles s'en vont, mais les écrits demeurent?

**SUGGESTIONS/
RECOMMENDATIONS**

➤ **A la Société d'Anesthésie-Réanimation et de Médecine d'Urgence du Burkina (SARMUB)**

- ✓ Instaurer un cadre réglementaire pour le DA

➤ **Au directeur du CHUYO**

- ✓ Doter le bloc opératoire en matériel nécessaire au remplissage et à l'archivage du DA (Stylo, Pèse personne, Moniteur fonctionnel, Armoire...)
- ✓ Rendre disponible le matériel pour l'informatisation du DA;
- ✓ Construire une salle de surveillance post interventionnelle.

➤ **Au chef du service d'anesthésiologie**

- ✓ Réviser le nouveau DA et l'uniformiser dans tous les secteurs d'anesthésie du CHUYO
- ✓ Tenir des concertations permanentes avec les professionnels d'anesthésie sur le remplissage du DA;
- ✓ Organiser un monitoring annuel du remplissage du dossier d'anesthésie

➤ **Aux professionnels d'anesthésie (MAR, Médecins DESAR, ISAR):**

- ✓ Remplir correctement tous les critères du dossier d'anesthésie
- ✓ S'impliquer dans l'évaluation de la qualité du dossier et dans l'élaboration des plans d'amélioration

➤ **Aux chirurgiens**

- ✓ Bien remplir le formulaire de demande de CPA en y mentionnant le nom, prénoms, âge, diagnostic préopératoire, indication opératoire, la durée prévue de l'intervention et le nom du chirurgien

REFERENCES
BIBLIOGRAPHIQUES

1. Valérie Roddier. Histoire de l'anesthésie. [Internet] [Cité 4 Juin 2010]-disponible sur: http://www.aficct.org/revues/actes_2010/histoire_anesthesie.pps consulté le 23 oct. 2015
2. Assouto P, Lokossou T, Aziabile F, Houessou P, Chobli M. Evaluation des fiches d'anesthésie dans deux hôpitaux de Cotonou d'affluence : CNHU-HKM et saint Luc [mémoire]; ENAFISAR Bénin 2005
3. G. de Saint Maurice. Evaluer l'évolution de la mortalité liée à l'anesthésie. *Ann Fr Anesth Réanim* 2011;(30):329-30
4. A. Lienhart. La réduction du risque anesthésique : passé, présent et futur. les essentiels Elsevier Masson SAS; 2008;309-25
5. Rapport du Haut Comité de la Santé Publique sur la Sécurité Anesthésique *Cah. Anesthésiol.* 1994; 42: 109-37
6. Lienhart A, Auroy Y, Pequignot F, Benhamou D, Warszawski J, Bovet M, et al. Survey of anesthesia-related mortality in France. *Anesthesiology* 2006; 105:1087-97
7. Kluger MT, Tham EJ, Coleman NA, Runciman WB, Bullock MF. Inadequate preoperative evaluation and preparation: a review of 197 reports from the Australian incident monitoring study. *Anaesthesia* 2000; 55:1173-8
8. Biboulet P, Aubas P, Dubourdieu J, Rubenovitch J, Capdevila X, d'Athis F. Fatal and non fatal cardiac arrests related to anesthesia. *Can J Anaesth* 2001;48:326-32
9. Kupperwasser. Evaluation de la qualité des soins en anesthésie. *Ann. Fr. Anesth. Réanim.* 1996;15 : 57-70
10. Haberer J. P et Coll. Recommandations de la SFAR sur la période préanesthésique. Aide à l'anesthésie en Afrique. Nancy/France, 2^e trimestre, 2002 ; 2 :18-19
12. Auroy Y. Mortalité en rapport avec l'anesthésie : approche épidémiologique et réflexions sur la maîtrise des risques. [Thèse]; Paris; Université paris xi; 2008
13. Laurent Brunheaut. La feuille d'anesthésie: manuscrite ou informatique? 2011. [internet] [cité 20 sept 2015] disponible sur: <http://sofia.medicalistes.org/spip/IMG/pdf>
14. V. Compère, B. Dureuil. Consultation d'anesthésie; 51^{ème} congrès d'anesthésie et de réanimation, Médecins. Les essentiels; Elsevier Masson SAS; 2009;12p

15. JP Haberer. Consultation préanesthésique. Encycl Méd Chir (Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Paris, tous droits réservés), Anesthésie-Réanimation, 36-375-A-05, 2001, 12 p.
16. Société Française d'Anesthésie et de Réanimation (SFAR). Recommandations concernant la période préanesthésique. 1990-1994
17. Société Française d'Anesthésie et de Réanimation(SFAR). «□Dossier Anesthésique□». Paris; SFAR 2002
18. Société Française d'Anesthésie et de Réanimation(SFAR) Recommandations concernant la surveillance des patients en cours d'anesthésie. Paris; SFAR Septembre 1994
19. A. Wernet, J. Marty. Rôle de l'anesthésiste-réanimateur dans la période postopératoire. MAPAR 2003;6p
20. M. El Boujnani Hicham. Conception d'un dossier médical informatisé pour le service de neurologie. [Thèse]; Fès; Université sidi mohammed ben abdellah; 2010; 127p
21. François C, Quesnez J. Avantages et inconvénients des feuilles d'anesthésie informatisées : expérience du logiciel Artemis. [Internet]. [Cité 22 oct 2015]. Disponible sur: http://www.dossier_anesth_info_artemis.htm
22. A.D. Some, Ouattara S., Barro M., Bambara M, B. Dao. Audit des dossiers médicaux. Cahiers Santé, juillet-août-septembre 2010;20(3).167-71
23. Boujnani J. Evaluation de la qualité du dossier médical dans le service de maladies respiratoires du chu hassan II. 2003; [internet] [cité le 25 Sept 2015] disponible sur: http://scolarite.fmp-usmba.ac.ma/cdim/mediatheque/e_theses/17-09.pdf
24. ANAES / Service évaluation des pratiques. Évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé réussir un audit clinique et son plan d'amélioration. Paris; Juin 2003
25. Ecole Nationale d'administration Promotion 2008-2010, «□Émile ZOLA□»Option sociale, Groupe n° 15. Évaluation et qualité des pratiques médicales. France; 2010
26. Collège des médecins du Québec. L'évaluation de l'acte médical. Aout 2013. [Internet] [Cité le 6 Nov. 2015] disponible sur: <http://www.cmq.org/publications-pdf/p-1-2013-08-01-fr-evaluation-acte-medical.pdf>

27. Agence Nationale d'Accréditation et d'évaluation en Santé (ANAES). L'audit clinique: bases méthodologiques de l'évaluation des pratiques professionnelles. France; avr 1999 p.16
28. F. Boulay, T. Chevallier, Y. Gendreike, V. Mailland, Y. Joliot, R. Sambuc. Méthode d'audit de la qualité du dossier médical □: audit de 467 dossiers médicaux dans le cadre du contrôle de qualité PMSI; Santé publique 1998;10(1):5-15
29. Falcon D, François P, Jacquot C, Payen JF. Évaluation de la tenue du dossier d'anesthésie. Ann Fr Anesth Réanim. mars 1999;18(3):360-7
30. HAS/CFAR/SFAR. Référentiel de pratiques professionnelles Tenue du dossier d'anesthésie. Paris 2005
31. HAS/DAQSS/SIPAQH. Fiche descriptive de l'indicateur □: Tenue du dossier anesthésique (DAN). Paris 2008
32. HAS. Fiche descriptive de l'indicateur □: Tenue du dossier anesthésique (TDA). Paris 2013
33. HAS/CFAR/SFAR. Indicateur sur la Qualité du dossier d'anesthésie. Campagne 2011
34. B. Hubert, S. Ausset, Y. Auroy, C. Billard, S. Tricaud, A. Djihoud. Indicateur de tenue du dossier anesthésique dans les établissements de santé d'Aquitaine. Ann Fr Anesth Réanim 2008;(27):216-21
35. Agence Regionale de Santé Alsace. Résultats 2009 de l'indicateur «□ Tenue du dossier d'anesthésie □»; janv 2011
36. D.Diango, Ngo Dingom M, B.Samaké, S.Beye, Y.Coulibaly, A.Diallo. Evaluation de la qualité de remplissage du dossier d'anesthésie au CHU Gabriel Touré du Mali. Bamako 2009
37. Bere. C. Facteurs limitant la qualité de remplissage de la fiche d'anesthésie au bloc de la chirurgie viscérale du Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouédraogo (CHUYO) [mémoire], ENSP Ouaga, 2013. 110p
38. Ouattara K. Dossier d'anesthésie : Problématique de sa tenue dans les services des blocs de chirurgie traumatologique et viscérale du Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouédraogo (CHUYO), [Mémoire] ENSP Ouaga 2007, 65 p
39. Bonkougou P. La pratique par les anesthésistes burkinabé formés au Bénin. RAMUR tome 19 n°4-2014

40. Annuaire-statistique-CHU-YO-2013.rar [Internet]. [Cité 22 oct. 2015]. Disponible sur: <http://chuyobf.org/wp-content/uploads/2014/06/Annuaire-statistique-CHU-YO-2013.rar>
41. Burkina Faso/Assemblée Nationale. La loi hospitalière
42. HAS/CFAR/SFAR. Référentiel d'auto-évaluation des pratiques en anesthésie-réanimation. 2004
43. Institut national de la, statistique et de la démographie (INSD). Recensement général de la population et de l'habitation (RGPH) de 2006. Burkina Faso; oct. 2006
44. P. Albaladejo, L. Arvieux (IADE). Chirurgie du vieillard □: quel bénéfice □? 52e Congrès Natl D'anesthésie Réanimation. Paris 2010;6p
45. Ministère des affaires sociales et de la santé de France. Arrêté du 23 juillet 2012 relatif à la formation conduisant au diplôme d'État d'infirmier anesthésiste. BO Santé – Protection sociale – Solidarité no 2012/7 août 15, 2012 p. 76

ANNEXES

Annexe 1: Fiche de collecte

FICHE D'ENQUÊTE

N° de fiche: / ____ /

Secteur d'anesthésie:.....

Age du patient: / ____ /ans

Intervention programmée: / ____ / Oui [1] Non

(urgente) [2]

Durée prévue de l'intervention: / ____ / [1] <1h , [2] entre 1h et 2h ; [3] >2h [4] NP (non précisée)

Format du dossier d'anesthésie: / ____ / [1] Nouveau [2] Ancien

Phase préanesthésique

N° des items	Items	Oui	Non	NA	Commentaires s'il ya lieu
1	Date de la consultation				
2	Mention du nom patronymique du patient, du prénom et de l'âge.				
3	Identification de l'anesthésiste				
4	Identification du chirurgien				
5	Mention du diagnostic préopératoire				
6	Type d'intervention prévue				
7	Mention du traitement habituel du patient ou de l'absence de traitement ainsi que la conduite à tenir avant l'anesthésie (arrêt, relais, maintien, modifications de posologies).				
8	Mention des conditions d'abord des voies aériennes				
9	Synthèse explicite du risque anesthésique compte tenu de l'intervention envisagée.				
10	Mention d'une conclusion indiquant le protocole de prise en charge anesthésique proposé au patient.				
11	Existence d'une trace écrite de la visite préanesthésique				

Phase peranesthésique

12	Date de l'intervention				
13	Mention du nom patronymique du patient, du prénom et de l'âge.				
14	Identification de l'anesthésiste				
15	Identification du chirurgien				
16	Type d'intervention				
17	Protocole anesthésique				
18	Abord des voies aériennes				
19	Agents anesthésiques				
20	Solutés perfusés				
21	Surveillance ventilation (FR, SpO2)				
22	Surveillance clinique (TA, FC)				
23	Incidents ou accidents peranesthésiques				

Phase postanesthésique

24	Identification de l'anesthésiste sur le document traçant la phase post-interventionnelle				
25	Trace écrite de la surveillance en salle de surveillance post-interventionnelle et des critères de sorti de cette salle				
26	Trace écrite des prescriptions médicamenteuses postanesthésique				

Annexe 2 : Ancien format de dossier d'anesthésie du CHUYO

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

YALGADO OUEDRAOGO

03 BP 7022 Ouagadougou 03

Tél : (226) 50 31 16 55 / 56 / 57

Poste 421 - Fax : (226) 50 31 18 48

E-mail : chuyo@fasonet.bf

FICHE D'ANESTHESIE

① CONSULTATION PRE-ANESTHESIQUE

NOM DE L'ANESTHESISTE
 DATE :
 Nom : Prénoms : Adresse : âge : Sexe :
 Poids : Taille : Religion :
 Profession :
 Diagnostic pré-opératoire :
 Type d'intervention prévue :
 Nom du chirurgien :

ANTECEDENTS

Anesthésiques :

Médicaux :

EXAMEN CLINIQUE

Signes fonctionnels actuels :

-Etat nutritionnel :

-Etat d'hydratation :

-Conjonctives :

T.A. π : T°

Appareil cardiovasculaire :

Appareil respiratoire :

Prothèse :

Colonne vertébrale :

Malampati :

HABITUDES -MODE DE VIE

-Alcool :

-Tabagisme :

-Terrain allergique :

-Traitements en cours :

BILAN PARACLINIQUE

-Créatinémie

-Azotémie

-Glycémie

-G. S. RH

-TS TCA :

-Plaquettes

-Albumine

-Sucre

G.R.

G.B.

H.B.

H.T.E.

Tx.Pr

Sérologie

Electrophorèse de Hb

NA

K

CL

Protides

Autres :

Radiologie

Echographie

E.C.G.

Anatomopathologie

CONCLUSION : (Risques Anesthésiques)

PREPARATION CONSEILLEE

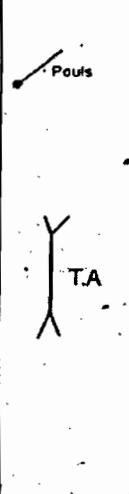
-Protocole anesthésique prévu :

-Prémédication

-Induction

QUANTITE DE SANG TESTE A PREVOIR

(2) SURVEILLANCE

Date et Heures →	- 15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45
Serum												
Narcotiques												
Curares												
Neuroleptiques												
Analgésiques												
Anesthésiques volatiles												
Autres												
%O ₂ %N-O ₂												
Volume courant												
Fréquence												
Pression +												
Pression -												
Spirométrie (ETCO)												
 240 220 200 180 160 140 120 100 80 60 40 20 0												
P.V.C.												
Diurèse												
Température												
Pertes sanguinés												

3 POST-OPERATOIRE Pendant Heures

Médecin :
 Infirmier / Sage femme :

SURVEILLANCE	HEURES	PRESCRIPTIONS	HEURES	REHYDRATATION / TRANSFUSION
. Poids . T.A. T° Diurèse <input type="checkbox"/> . Coloration, Sueurs <input type="checkbox"/> . SpO ₂ - Fresp - ET, CO ₂ <input type="checkbox"/> . Conscience <input type="checkbox"/> . Neuro - Motricité <input type="checkbox"/> . Neuro - sensibilité <input type="checkbox"/> . Autres				
CONTROLES				
ABLATION DES SONDÉS				ALIMENTATION

Annexe 3: Nouveau format de dossier d'anesthésie du CHUYO

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE
YALGADO OUEDRAOGO
03 BP 7022 Ouagadougou 03
Tél. : (226) 50 31 16 55 / 56 / 57
Poste 421 - Fax : (226) 50 31 18 48
E-mail : chuyo@fasonet.bf

FICHE D'ANESTHESIE

CONSULTATION PRE- ANESTHESIQUE

Date:
Nom de l'anesthésiste: Nom du chirurgien:
Nom: Prénom: Age: Sexe:
Poids: Taille: Profession: Adresse: Religion:
Diagnostic préopératoire:
Type d'intervention prévue:

ANTECEDENTS

Anesthésiques :
Chirurgicaux :
Transfusionnels :
Médicaux :
Allergiques :
Traitement en cours :

MODE DE VIE

Alcool :
Tabac :
Café :
Cola :
Thé :
Autres :

BILAN CLINIQUE

Etat nutritionnel :
Etat d'hydratation :
Conjonctives :
TA T°
Cœur et Vx :
Appareil respiratoire :
Prothèse dentaire :
Rachis :
Abord veineux :
Mallampati :

BILAN PARACLINIQUE

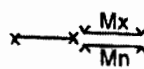
Urée :	Na :	GR :	Rx Pulm :
Créat :	K :	GB :	
Glycémie :	Cl :	Hb :	Echo Cœur :
GSRh :	Ca :	Hta :	
Electro. Hb :	Mg :	Plaquettes :	ECG :
TS :	Protides :	PNN :	
TP :		PNE :	Anapath :
TCA :		Lympho :	

EVALUATION DU RISQUE ANESTHESIQUE

Classe ASA:
Classe Mallampati :
Protocole anesthésique proposé :

PREPARATION A L'INTERVENTION

Préparation chirurgicale :
Préparation médicale :
Prémédication :
Induction anesthésique :
Qualité et Quantité de Produits Sanguins Labiles à prévoir :
Observations particulières :

NOM : Prénom : Age :		Date :					TYPE D'INTERVENTION							
		PREMEDICATION					Position :							
		Effet :												
		Poids :		Taille :										
				10	20	30	40	50	10	20	30	40	50	
Pls T.A.  150 150 100 100 50 50														
TEMPERATURE														
PERTES SANGUINES														
DIURESE														
P.A.P/ P.C.P/ P.V.C.														
VENTILATION	FREQUENCE RESPIRATOIRE													
	CIRCUIT ou Respirateur	SPIRO	F e CO2											
		PRESSION	S a O2											
		O2	N2 O											
AGENTS														
PERFUSION														
OBSERVATION														

SURVEILLANCE ET PRESCRIPTIONS POSTOPERATOIRES

1 - SURVEILLER :

- ◆ FC, PA, FR, SpO2 toutes les h
- ◆ Température toutes les h
- ◆ Diurèse toutes les h
- ◆ Sensibilité et
Motricité des MI toutes les h
- ◆ Etat de Conscience toutes les h
- ◆ Coloration toutes les h
- ◆ Pansement/Drain toutes les h
- ◆ Autres :

2 - VENTILATION

- ◆ Poursuivre O2 nasal à/min :
- ◆ Pendant :

3 - PERFUSION /TRANSFUSION:

4 - TRAITEMENTS (Produits- Dose-Dilution- Voie- Horaires- Durée)

- ◆
- ◆
- ◆
- ◆
- ◆
- ◆

Relais à partir du/...../....., à Heures, avec :

- ◆
- ◆
- ◆

5 - BOISSONS/ALIMENTATION :

6 - EXAMENS POSTOPERATOIRES :

7 - CONSIGNES PARTICULIERES ET AUTRES PRESCRIPTIONS :

Nom et Signature de l'Anesthésiste:

Annexe 4 : Dossier d'anesthésie de la SFAR

CONSULTATION et VISITE PREANESTHESIQUES

Identification Patient

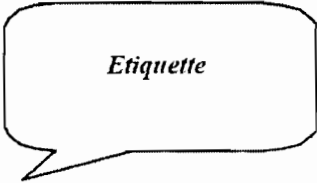
Nom patronymique :

Prénom :

Nom d'épouse :

Date de naissance :

Sexe :



Médecin anesthésiste réanimateur consultant : :	Date de la consultation [][] [][][][] [][][][]
	Lieu <input type="checkbox"/> consultation <input type="checkbox"/> bloc <input type="checkbox"/> unité hospitalisation

Nom de l'opérateur : :	Date prévue de l'intervention [][] [][][][] [][][][]
Type d'intervention (pathologie causale) Technique chirurgicale prévue Côté :	Position : <input type="checkbox"/> DD <input type="checkbox"/> DV <input type="checkbox"/> DL <input type="checkbox"/> GP <input type="checkbox"/> Assise <input type="checkbox"/> Table orthopédique

Circonstances de l'anesthésie	<input type="checkbox"/> Programmé	<input type="checkbox"/> Non programmé	<input type="checkbox"/> Urgence
	<input type="checkbox"/> Estomac plein	<input type="checkbox"/> Garde	<input type="checkbox"/> Ambulatoire

Antécédents Médicaux	Antécédents Chirurgicaux


Facteurs favorisant une anaphylaxie peranesthésique	
Allergie avérée à médicament ou produit susceptible d'être administré pour l'anesthésie (bilan allergologique)	<input type="checkbox"/>
Manifestations cliniques d'allergie lors d'une anesthésie précédente	<input type="checkbox"/>
Allergie au latex	<input type="checkbox"/>
Enfant muliopéré (spina bifida, myéломéningocèle)	<input type="checkbox"/>
Allergie alimentaire : Kiwi, banane, châtaigne, sarrasin	<input type="checkbox"/>
Décision : bilan allergologique préanesthésique ou non	

- Mode vie : tabagisme, alcoolisme, toxicomanie,

- Traitement en cours :

Evaluation des condltions d'intubation

Mallampati



Classe 1

Classe 2

Classe 3

Classe 4

Ouverture de bouche < 20 mm (IOT impossible)
 < 35 mm
 > 35 mm

Distance thyromentonnaire < 65 mm
 > 65 mm

Etat buccodentaire

Conclusion / décision :

- Poids <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> kgs	- Taille <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm
- Fréquence cardiaque <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> bat/mn	- Pression artérielle <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mmHg
- Abord vasculaire	- Risque thrombo embolique : Faible / Modéré / Elevé

- Statut physique ASA :

I
II
III
IV
V

Prescriptions Médicales

- Consignes de jeûne

- Prémédications

- Conduite à tenir par rapport au traitement préopératoire (IEC, antiagrégant, AVK,...)

Date et signature :

- **Demande d'examens complémentaires**

- **Résultats des examens complémentaires**

Vu le par le Dr

- **Demande de consultations spécialisées**

.....

- **Résultats de consultations spécialisées**

.....

Vu le par le Dr

Informations délivrées au patient	Orale	Doc SFAR	Autres Doc
<i>Anesthésie en général</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Anesthésie : protocole proposé pour l'acte prévu</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Transfusion sanguine - stratégie transfusionnelle proposée</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Analgesie</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Intervenants multiples, Cs délocalisées, A. itératives</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

-Questions formulées par le patient :

Recueil du consentement éclairé :

Nom de la personne désignée par le patient devant être tenue informée de son état de santé en cas d'hospitalisation post opératoire en réanimation :

VISITE PREANESTHESIQUE

Médecin anesthésiste réanimateur: Rappel des consignes pré anesthésiques (jeûne, prémédication, traitement pré interventionnel)	Date de la visite [] [] [] [] [] []
---	--

- **Synthèse des données de la consultation - Evaluation du risque**

.....

.....

.....

- **Type d'anesthésie prévue**

.....

.....

.....

- **Modifications du protocole d'anesthésie proposée à la consultation**

- **Le patient en a été tenu informé**

.....

.....

.....

TECHNIQUE ANESTHESIQUE		
- AG	: <input type="checkbox"/>	- Sédation : <input type="checkbox"/>
- Périurale	: <input type="checkbox"/>	- Surveillance : <input type="checkbox"/>
- Rachianesthésie	: <input type="checkbox"/>	Site de ponction :
- ALR IV	: <input type="checkbox"/>	Matériel Utilisé :
- Caudale	: <input type="checkbox"/>	Site de ponction :
- Bloc périphérique	: <input type="checkbox"/>	Matériel Utilisé :
- Autre ALR	: <input type="checkbox"/>	Site de ponction :
Autre :		Matériel Utilisé :

SURVEILLANCE

Heure d'entrée en salle			H			mm	Heure fin d'intervention			H			mm						
Heure d'induction			H			mm	Heure d'extubation			H			mm						
Heure début d'intervention (incision)			H			mm	Heure sortie de salle ou heure d'accouchement			H			mm						
Principaux temps opératoires																			
- Clampage début						H			mm	- Clampage fin						H			mm
- Garrot début						H			mm	- Garrot fin						H			mm
- Changement de position						H			mm										

	Installat ° en salle	Induct°	Per opératoire								Sortie
Heure											
Fréquence Cardiaque											
Pression artérielle											
SpO ₂ (air ambiant - ou autres à préciser)											
Curarisation											
PetCO ₂											
Température											
Diurèse											

Décurarisation avant extubation																				
---------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Données imprimées du recueil automatisé des paramètres de surveillance per anesthésique agrafées au dossier

PROTOCOLE ANESTHESIQUE

Agents	Nature	Dose Induction	Dose entretien
- Hypnotique			
- Halogéné			
- Curare			
- Morphinique			
- Autres			

	Nature	Quantité ou dose administrée
Solutés de perfusion		
Solutés d'expansion volémique		
Produits sanguins	- CGR - PFC - CPS / CPA - Autres :	
Antibioprophylaxie		

Techniques transfusionnelles
 - Homologue - TAP - Récupération peropératoire

Modalités de la ventilation
 - Paramètre du ventilateur :
 - Oxygénothérapie :
 - Assistance manuelle

Orientation post interventionnelle - SSPI - réanimation - unité d'hospitalisation

Recueil des incidents ou accidents :

Absence d'incident

Commentaires :

.....

.....

SURVEILLANCE POST INTERVENTIONNELLE

Identification Patient

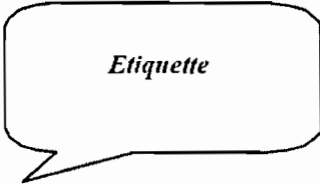
Nom patronymique :

Prénom :

Nom d'épouse :

Date de naissance :

Sexe :



Date <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	Identification SSPI :
--	-----------------------------

Nom du Médecin anesthésiste réanimateur :	Nom de l'IADE / IDE
---	---------------------------

Monitoring et surveillance en SSPI :

Electrocardioscope <input type="checkbox"/>	Température <input type="checkbox"/>
Pression artérielle non invasive <input type="checkbox"/>	Diurèse horaire <input type="checkbox"/>
invasive <input type="checkbox"/>	Drainage type:
SpO ₂ <input type="checkbox"/>	quantité:
PetCO ₂ <input type="checkbox"/>	Site opératoire :
Curarisation <input type="checkbox"/>	

Ventilation FiO₂ : % Pression ventilatoire : Débit ventilatoire :

	Entrée	Surveillance régulière							Sortie
Heure									
Fréquence cardiaque									
Pression artérielle									
Conscience									
SpO ₂									
PetCO ₂									
Température									
Diurèse									
Douleur : EVA, EN, EVS									

- Intervention thérapeutique :

.....	Heure :	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> H <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> mm	Signature :
.....	Heure :	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> H <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> mm	Signature :
.....	Heure :	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> H <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> mm	Signature :

Technique Analgésique :

Destination post interventionnelle :

- Hospitalisation Service :
- Réanimation
- Domicile
- Autres

Prescriptions Médicales

- Traitement post opératoire
- Surveillance post opératoire
- Examens post opératoires

Date et signature :

Autorisation de sortie de SSPI

Date : [] [] [] [] [] [] Heure : [] [] H [] [] min

Nom du Médecin Anesthésiste Réanimateur : Signature :

SERMENT D'HIPPOCRATE

« En présence des Maîtres de cette école et de mes chers condisciples, je promets et je jure

d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais de salaire au-dessus de mon

travail.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira

les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à

favoriser les crimes.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que

j'ai reçue de leurs pères.

Que les Hommes m'accordent leur estime si je suis resté fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque ».