



Tenue du dossier d'anesthésie: beaucoup d'efforts restent à faire

Rakotomavo F¹, Rakotoarison RCN^{*1}, Andriamasy C¹,
Raveloson NE²

¹Service des Urgences Chirurgicales, HUIRA Ampefiloha, CHU Antananarivo Madagascar

²Service des Urgences et de Réanimation Médicale, HUIRB Befelatanana, CHU Antananarivo Madagascar

Monsieur,

Le dossier anesthésique a pour objectif de rassembler et de transmettre l'ensemble des informations concernant les périodes pré, per et post-anesthésique. Il s'agit d'un élément clé pour une bonne pratique de l'anesthésie [1]. Dans 11,5% des accidents et 40% des décès imputables à l'anesthésie, une évaluation insuffisante du patient et un défaut de communication étaient retrouvés, avec une qualité rédactionnelle du dossier apparaissant comme particulièrement sensible [2]. Le dossier anesthésique revêt plusieurs intérêts: facilite le monitoring effectif du patient, peut servir pour la recherche ou les audits, améliore la qualité de l'anesthésie, a une valeur médico-légale évidente et constitue la première défense du médecin en cas de litige juridique [3]. Toutefois, la qualité du dossier dépend de sa précision et de la pertinence et du détail des données collectées.

En vue de l'amélioration de la pratique professionnelle, une évaluation de la tenue du dossier d'anesthésie était effectuée au Service des Urgences Chirurgicales de l'Hôpital Universitaire Joseph Ravoahangy Andrianavalona (HUIRA) d'Antananarivo (Madagascar). Cent dossiers étaient collectés du 01 au 16 Janvier 2013. Tous les patients bénéficiant d'une anesthésie générale ou locorégionale étaient inclus. Les données étaient collectées de manière rétrospective pour éviter l'effet Hawthorne (amélioration des résultats par augmentation de l'attention des participants). La conformité de la tenue du dossier était évaluée en tenant compte du référentiel d'évaluation de la pratique professionnelle défini par le Collège Français d'Anesthésie-Réanimation (CFAR) et la Haute Autorité de Santé (HAS) en 2005 [4]. La recherche des facteurs de non-conformité était effectuée avec le logiciel R[®] 3.0.0 en utilisant le test chi-2 et en considérant comme significative une différence correspondant à une valeur de $p < 0,05$.

Sur les 100 dossiers, 73 concernaient des adultes et 27 des enfants (inférieurs à 18 ans). La visite pré-anesthésique (VPA) n'était pas retracée dans 6 dossiers (6%). L'identification du patient était retrouvée sur tous les documents (fiche VPA, fiche d'anesthésie et feuille de prescription postopératoire) chez 62 patients (62%). Dans la fiche VPA, l'anesthésiste était identifié dans 84 dossiers (84%) et la date de la visite était notée dans 43 dossiers (43%). Le motif de l'intervention et l'intervention prévue étaient notifiés respectivement dans 73% et 64% des cas. Le traitement habituel du patient ou l'absence de traitement était mentionné dans 91% des cas et l'évaluation du risque anesthésique (au moins le score ASA) dans 94% des cas. Le score de Mallampati était noté dans 76% des cas. Il

constituait le seul critère prédictif de l'abord des voies aériennes notifié par les anesthésistes dans la fiche VPA, alors qu'il est recommandé de notifier également, au moins l'ouverture de la bouche et la distance thyromentonnière. L'anesthésie proposée avec le protocole anesthésique était observée sur 89 fiches (89%). Une signature signifiant l'obtention d'un consentement éclairé était notée dans 44 dossiers sur les 67 (65,67%) des patients adultes. Il y avait une signature parentale sur 20 des 27 dossiers des enfants (74,07%). L'évènement peropératoire n'était pas retracé sur 5 dossiers (5%). L'anesthésiste et le chirurgien étaient identifiés sur la feuille d'anesthésie dans 95% des cas. Seuls 29 dossiers (29%) mentionnaient les conditions et la technique d'abord des voies aériennes supérieures en phase peranesthésique. Concernant la phase post interventionnelle, une trace des prescriptions médicales postopératoires était retrouvée dans 47 dossiers (47%). L'autorisation de transfert des patients après l'intervention était signée par un médecin chez tous les patients (100%). Uniquement 19 dossiers (19%) renseignaient sur la survenue ou non d'incidents ou d'accidents périnanesthésiques. Aucun dossier d'anesthésie n'a rempli l'ensemble des critères d'évaluation. Les résultats de l'évaluation sont détaillés dans le tableau 1. Les interventions nocturnes ($p < 0,0005$) et les visites préanesthésiques effectuées par les médecins titulaires ($p = 0,032$) étaient associées à plus de dossier non conforme. D'après nos observations, une amélioration de la tenue du dossier anesthésique est nécessaire pour mieux assurer la sécurité du patient et mieux protéger le praticien dans sa pratique. Le caractère urgent des interventions chirurgicales ne devrait pas constituer une excuse à l'édification d'un dossier exhaustif même si le Service des Urgences constitue un facteur identifié de non conformité de remplissage des dossiers dans la littérature [1,5].

Un rappel des principaux intérêts du dossier aux praticiens et une réorganisation de la structure du dossier pour contenir au moins les informations minimales à recueillir, pourraient favoriser une bonne traçabilité du dossier d'anesthésie.

Références

- 1- Falcon D, François P, Jacquot C, Payen JF. Evaluation de la tenue du dossier d'anesthésie. *Ann Fr Anesth Reanim* 1999; 18: 360-7.
- 2- Hubert B, Ausset S, Auroy Y, Billard-Decre C, Tricaud-Vialle S, Djihoud A. Indicateur de tenue du dossier anesthésique dans les établissements de santé d'Aquitaine. *Ann Fr Anesth Reanim* 2008; 27: 216-21.
- 3- Elhalawali I, Jenkins S, Newman N. Perioperative anesthetic documentation: adherence to current Australian guidelines. *J Anaesth Clin Pharmacol* 2013; 29: 211-5.
- 4- HAS - SFAR. Référentiel de pratiques professionnelles. Tenue du dossier d'anesthésie. 2005: 16p.
- 5- Fernandez T, Coelho D, Marantes I, Branco P. Anaesthetic records – analysis of a database. *Eur J Anaesth* 2004; 21: 10.

* Auteur correspondant

Adresse e-mail: nicklefr@yahoo.fr

¹ Adresse actuelle: Service des Urgences Chirurgicales, HUIRA Ampefiloha, CHU Antananarivo, Madagascar

Critères / Conditions	Nombre de dossiers Conformes (n=100)	Conformité (%)
Identification du patient sur tous les documents	62	62
Identification de l'anesthésiste à chaque étape		
Consultation préanesthésique	84	84
Période per opératoire	95	95
Surveillance postopératoire	47	47
Notification du motif d'intervention	73	73
Notification de l'intervention prévue	64	64
Mention du traitement habituel	91	91
Mention de l'évaluation du risque anesthésique	94	94
Mention du type d'anesthésie proposé	89	89
Trace écrite de la VPA		
Date	43	43
Contenu	94	94
Conditions d'abord des voies aériennes lors de la VPA		
Score de Mallampati	76	76
Distance thyro-mentonnaire	0	0
Ouverture de la bouche	0	0
Présence de conclusion implicite	0	0
Technique et conditions d'abord des voies aériennes lors de l'intervention	29	29
Rubrique incidents / accidents	19	19
Autorisation de sortie du patient de la Salle de Soins Post Interventionnels	100	100
Trace de prescription médicale sur la feuille de prescription postopératoire	47	47

Tabl.1: Taux de conformité aux critères de tenue du dossier anesthésique