

Facteurs associés à la complétude des dossiers anesthésiques dans trois hôpitaux de référence de Kinshasa (République Démocratique du Congo) : une étude multicentrique à méthodes mixtes

Factors Associated with the Completeness of Anesthesia Records in Three Referral Hospitals in Kinshasa, Democratic Republic of the Congo: A Multicenter Mixed-Methods Study

Félicien BAITOBONGWA LIETA^{1, 2,*}; Aimé NAKWA GBOGBOSO¹; Jean Pierre OMOKENDE OLONGE¹; Jacques LOFANDJOLA MASUMBUKU^{1, 2} & Berthe BARHAYIGA NSIMIRE^{1, 3}

¹ Ecole doctorale, Institut Supérieur des Techniques Médicales de Kinshasa, Kinshasa, République Démocratique du Congo ;

² Sciences Infirmières, Institut Supérieur des Techniques Médicales de Kinshasa, Kinshasa, République Démocratique du Congo ;

³ Département d'Anesthésie – Réanimation, Cliniques Universitaires de Kinshasa, Kinshasa, République Démocratique du Congo.

RESUME:

En dépit de l'importance capitale que revêt le dossier anesthésique, son incomplétude demeure une occurrence fréquente au sein des contextes caractérisés par une limitation des ressources. La présente étude s'est assignée pour objectifs l'évaluation du degré de complétude des dossiers anesthésiques, l'identification des facteurs corrélés à leur incomplétude à Kinshasa. Une étude multicentrique transversale, s'appuyant sur des méthodes mixtes, a été conduite aux Cliniques Universitaires de Kinshasa, à l'Hôpital de l'Amitié Sino-Congolaise et à l'Hôpital Saint Joseph de Limete. Au total, 422 dossiers anesthésiques ont fait l'objet d'un examen, et 61 prestataires d'anesthésie ont été consultés. L'évaluation de la complétude documentaire a été opérée au moyen d'un score validé par un consensus d'experts selon la méthode Delphi. Les analyses statistiques ont été exécutées via le logiciel SPSS 26, en mobilisant le test du Chi carré, l'ANOVA ainsi que la régression logistique multivariée. Le score moyen de complétude s'est établi à 72,3 %. Les sections relatives aux médicaments administrés et aux reçus médicaux ont présenté les taux de complétude les plus élevés, alors que la surveillance postopératoire et la traçabilité des signatures ont été identifiées comme les composantes les moins complètes. Une différence significative a été mise en évidence entre les différents établissements ($F = 162,53$; $p < 0,001$). L'insuffisance de la formation continue a été associée à une augmentation significative du risque d'incomplétude ($ORa = 11,02$; $p = 0,043$), la mise en œuvre d'une surveillance régulière ($ORa = 0,107$; $p = 0,010$) ainsi que l'existence d'une politique hospitalière formalisée par écrit ($ORa = 0,116$; $p = 0,012$) se sont révélées constituer des facteurs protecteurs. Par conséquent, la consolidation de la formation continue, de la supervision, ainsi que des politiques institutionnelles s'avèrent impérative afin de favoriser l'amélioration de la qualité documentaire et sécurité des soins anesthésiques.

Mots clés : dossier anesthésique, complétude, sécurité des patients, Kinshasa, RDC.

ABSTRACT :

Notwithstanding the paramount significance inherent to anesthetic documentation, its incompleteness persists as a frequent phenomenon within environments characterized by resource constraints. The present investigation was undertaken with the dual objectives of evaluating the degree of completeness within anesthetic records and of identifying the factors correlated with their insufficiency in Kinshasa. A multicenter, cross-sectional study, utilizing mixed-methodological approaches, was conducted at the Cliniques Universitaires de Kinshasa, the Hôpital de l'Amitié Sino-Congolaise, and the Hôpital Saint Joseph de Limete. In total, 422 anesthetic records were subjected to examination, and 61 anesthesia providers were consulted. The assessment of documentary completeness was executed by means of a score validated through expert consensus via the Delphi method. Statistical analyses were performed utilizing the SPSS 26 software, employing the Chi-square test, ANOVA, and multivariate logistic regression. The mean completeness score was established at 72,3 %. While the sections pertaining to administered medications and medical receipts exhibited the highest rates of completeness, postoperative monitoring and the traceability of signatures were identified as the least complete components. Furthermore, a significant difference was demonstrated between the various institutions ($F = 162,53$; $p < 0,001$). The inadequacy of continuous professional development has been correlated with a significant elevation in the risk of incompleteness ($ORa = 11.02$; $p = 0.043$), whereas the implementation of systematic surveillance ($ORa = 0.107$; $p = 0.010$), alongside the existence of a formalized, written hospital policy ($ORa = 0.116$; $p = 0.012$), were demonstrated to constitute protective factors. Consequently, the reinforcement of continuous training, rigorous supervision, and institutional policies proves imperative to facilitate the enhancement of both documentary quality and the safety of anesthetic care.

Keywords: anesthetic record, completeness, patient safety, Kinshasa, DRC.

*Adresse des Auteur(s)

Félicien BAITOBONGWA LIETA, Ecole doctorale, Institut Supérieur des Techniques Médicales de Kinshasa, Kinshasa & Sciences Infirmières, Institut Supérieur des Techniques Médicales de Kinshasa, Kinshasa, République Démocratique du Congo ;

E-mail : fellybait2@gmail.com

Tél : +243 855896440 ;

Aimé NAKWA GBOGBOSO, Ecole doctorale, Institut Supérieur des Techniques Médicales de Kinshasa, Kinshasa, République Démocratique du Congo ;

Jean Pierre OMOKENDE OLONGE, Ecole doctorale, Institut Supérieur des Techniques Médicales de Kinshasa, Kinshasa, République Démocratique du Congo ;

Jacques LOFANDJOLA MASUMBUKU, Ecole doctorale, Institut Supérieur des Techniques Médicales de Kinshasa, Kinshasa & Sciences Infirmières, Institut Supérieur des Techniques Médicales de Kinshasa, Kinshasa, République Démocratique du Congo ;

Berthe BARHAYIGA NSIMIRE, Ecole doctorale, Institut Supérieur des Techniques Médicales de Kinshasa, Kinshasa & Département d'Anesthésie – Réanimation, Cliniques Universitaires de Kinshasa, Kinshasa, République Démocratique du Congo ;

I. INTRODUCTION

La sécurité des patients constitue une préoccupation primordiale pour les systèmes de santé à l'échelle mondiale. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS, 2021) a signalé que des millions d'incidents évitables surviennent annuellement au sein des structures de soins, particulièrement dans les nations caractérisées par une limitation des ressources. L'une des modalités visant à l'atténuation de ces incidents réside dans l'optimisation des processus de rédaction des dossiers médicaux, dans la mesure où ces derniers représentent un vecteur crucial pour la garantie de la qualité des soins. Le dossier d'anesthésie s'établit comme un document médico-technique d'une importance capitale pour l'ensemble des événements circonscrits au périmètre opératoire. Il consigne l'intégralité des données relatives à l'évaluation pré-anesthésique, aux paramètres peropératoires, à l'administration des agents pharmacologiques, ainsi qu'aux complications survenues et

au suivi postopératoire. Selon Gelb et ses collègues (2018), l'instauration d'une anesthésie sécurisée requiert, conformément aux normes internationales, que les informations soient caractérisées par leur exhaustivité, leur clarté et leur accessibilité, afin de garantir la continuité de la prise en charge et la sécurité des patients. La Déclaration d'Helsinki sur la sécurité des patients en anesthésie a, par ailleurs, insisté sur la nécessité de disposer de dossiers complets en tant qu'élément fondamental de l'amélioration continue de la qualité (Mellin-Olsen et al, 2010 ; Preckel et al, 2020). Outre sa pertinence clinique, le dossier d'anesthésie remplit également des fonctions destinées aux audits, à la recherche, à la formation, tout en assurant la protection juridique des professionnels de santé.

En dépit de ces recommandations, une multiplicité d'études a démontré que la complétude des dossiers d'anesthésie n'est pas systématiquement assurée. En France, Falcon et son équipe (1999) avaient préalablement observé une carence significative d'informations au sein des dossiers d'anesthésie. Plus récemment, en Éthiopie, Taye et al. (2022) ont constaté que les fiches d'anesthésie présentaient un caractère insuffisamment exhaustif dans plusieurs établissements hospitaliers de premier plan. Des observations analogues ont été formulées par Misganaw et Seyoum (2022), lesquels ont signalé des lacunes substantielles dans la documentation écrite relative à la période peropératoire. Lorsque l'exhaustivité des dossiers fait défaut, des répercussions graves sur la qualité des soins peuvent en résulter. Cette situation entrave la communication entre les professionnels de santé, compromet la continuité des soins et fait obstacle à l'évaluation de la performance par les établissements. Kripalani et ses collègues (2007) ont établi que les défaillances dans la transmission des informations médicales constituent l'un des déterminants principaux des erreurs médicales évitables. De la même manière, Yee et Tarshis (2023) soulignent que la qualité de la documentation écrite constitue un indicateur pertinent de la qualité des pratiques d'anesthésie. D'autres paramètres sont corrélés aux modalités d'organisation des services, telles que l'implémentation de modèles standardisés, les mécanismes de suivi, les protocoles internes ainsi que l'appui de la direction (Benson & Junger, 2012 ; Limpoon et al, 2023).

En République Démocratique du Congo, la littérature scientifique relative à la qualité des dossiers d'anesthésie demeure exiguë. La majeure partie des investigations s'est focalisée sur les complications peropératoires, les ressources humaines ou l'accessibilité aux soins d'anesthésie. Les connaissances demeurent lacunaires quant aux modalités de complétion des dossiers d'anesthésie, bien que ces données s'avèrent impératives pour l'élaboration de programmes dédiés à l'amélioration de la qualité. Par conséquent, la présente recherche a été conduite au sein de trois centres

hospitaliers majeurs de Kinshasa, avec pour objectif d'évaluer le degré d'exhaustivité des informations consignées dans les dossiers d'anesthésie, d'identifier les facteurs qui influencent cette complétude, et d'analyser l'incidence de celle-ci sur la qualité ainsi que sur la sécurité des soins dispensés durant l'anesthésie.

II. MATERIEL ET METHODES

II.1. Type et cadre méthodologique de l'étude

La présente recherche s'est configurée sous la forme d'une étude multicentrique et transversale, adoptant une méthodologie mixte qui a combiné une analyse documentaire quantitative des dossiers d'anesthésie à une enquête quantitative menée auprès des prestataires de soins anesthésiques. Ce travail a été conduit au sein de trois structures hospitalières de référence situées dans la ville PROVINCE de Kinshasa, à savoir : les Cliniques Universitaires de Kinshasa (CUK), l'Hôpital de l'Amitié Sino-Congolaise (HASC) et l'Hôpital Saint Joseph de Limete.

II.2. Population d'étude

La population faisant l'objet de l'investigation était subdivisée en deux groupes distincts. Le premier comprenait l'intégralité des dossiers d'anesthésie produits dans les trois établissements durant la période définie pour l'étude. Le second regroupait les prestataires impliqués dans les activités d'anesthésie-réanimation, incluant notamment les médecins anesthésistes-réanimateurs, les techniciens anesthésistes-réanimateurs ainsi que les médecins internes en cours de spécialisation en anesthésie – réanimation.

II.3. Taille de l'échantillon et modalités d'échantillonnage

En ce qui concerne l'analyse documentaire, un échantillon constitué de 422 dossiers d'anesthésie a été sélectionné à partir d'une population source estimée à 5 220 dossiers. Le processus de sélection desdits dossiers a été opéré par un échantillonnage aléatoire proportionnel au volume d'activité propre à chaque établissement. Quant à l'enquête destinée aux prestataires, 61 praticiens en anesthésie ont été inclus parmi les 75 professionnels recensés au sein de ces trois structures.

Un échantillonnage exhaustif a été privilégié afin d'inclure tous les prestataires disponibles et consentants au moment de l'enquête.

II.4. Collecte des données

Le recueil des données a été opéré par le biais d'une grille standardisée d'audit documentaire, laquelle fut élaborée en

s'appuyant sur les recommandations émanant de l'Organisation Mondiale de la Santé, de la World Federation of Societies of Anaesthesiologists ainsi que de la Société Française d'Anesthésie-Réanimation. Parallèlement, un questionnaire structuré fut administré aux prestataires, ceci dans l'optique d'identifier les facteurs d'ordre individuel, organisationnel et institutionnel qui seraient susceptibles d'exercer une influence sur la qualité de la documentation anesthésique.

II.5. Construction et validation du score de complétude

L'évaluation de la complétude des dossiers anesthésiques fut réalisée au moyen d'un score composite, lequel intégrait sept domaines distincts : l'identification du patient, les antécédents médicaux, les médicaments administrés, le protocole anesthésique, les incidents peropératoires, le suivi postopératoire et la traçabilité professionnelle. Chaque rubrique a fait l'objet d'une cotation selon une échelle ordinale, définie comme suit : 0 pour une information absente, 1 pour une information partiellement renseignée et 2 pour une information complètement renseignée. La validité du contenu de l'instrument de mesure a été établie par un panel d'experts spécialisés en anesthésie-réanimation, en méthodologie de recherche et en gestion de la qualité des soins, par l'application de la méthode Delphi. La mise en œuvre de deux cycles de validation a permis l'obtention d'un consensus excédant 80 % pour l'intégralité des items qui ont été retenus.

II.6. Variables faisant l'objet de l'étude

La variable dépendante consistait en la complétude du dossier anesthésique, laquelle fut catégorisée en dossier complet ou incomplet en fonction du score obtenu. Les variables indépendantes comprenaient les caractéristiques sociodémographiques et professionnelles inhérentes aux prestataires (âge, sexe, ancienneté, fonction, niveau d'études), ainsi que divers facteurs d'ordre organisationnel (supervision, disponibilité d'un dossier standardisé, charge de travail, politique hospitalière écrite, encouragement institutionnel, système de sanctions et formation continue).

II.7. Analyse statistique

Les données ont fait l'objet d'un encodage et d'une analyse par le biais du logiciel Statistical Package for Social Sciences (SPSS), version 26. Les variables quantitatives furent synthétisées par le calcul des moyennes, des écarts-types, des médianes et des valeurs extrêmes. Les variables qualitatives furent présentées sous la forme d'effectifs et de pourcentages. Les associations entre les variables qualitatives furent recherchées par l'application du test du Chi carré de Pearson. La comparaison des scores moyens de complétude entre les

établissements fut opérée par une analyse de variance (ANOVA). Les facteurs associés de manière indépendante à l'incomplétude des dossiers anesthésiques furent identifiés par le recours à une régression logistique multivariée. Le seuil de signification statistique fut établi à $p < 0,05$.

II.8. Considérations éthiques

La présente investigation scientifique a été conduite en stricte conformité avec les préceptes éthiques stipulés par la Déclaration d'Helsinki. Préalablement à toute procédure de collecte de données, le protocole d'étude a été soumis à l'instance de validation du Comité de Bioéthique de l'ISTM Kinshasa. Une approbation formelle a été octroyée avant l'initiation de l'étude (Référence N°336/CBE/ISTM/KIN/RDC/PMBBL/2025, datée du 31/12/2025). En outre, l'autorisation administrative nécessaire a été dûment obtenue auprès des directions des Cliniques Universitaires de Kinshasa, de l'Hôpital de l'Amitié Sino - Congolaise et de l'Hôpital Saint Joseph de Limete. L'ensemble des anesthésistes participant à la recherche a consenti de manière volontaire et après information complète. L'extraction des données issues des dossiers d'anesthésie a été opérée sous le sceau de l'anonymat et de la plus stricte confidentialité, de sorte qu'aucune donnée susceptible d'identifier les patients ou le personnel soignant n'ait fait l'objet d'une diffusion publique. Les informations ayant fait l'objet de l'examen et de l'utilisation au cours de cette recherche demeurent accessibles auprès de la personne contact, sous réserve d'une demande dûment justifiée.

II.9. Limites de l'étude

La présente étude comporte certaines limites intrinsèques dont la prise en compte s'avère impérative lors de l'interprétation des résultats. En premier lieu, la nature transversale de la conception de recherche ne permet pas d'établir de liens de causalité entre les variables étudiées et l'incomplétude des dossiers d'anesthésie. Par conséquent, les associations observées doivent faire l'objet d'une interprétation empreinte de prudence.

En second lieu, l'investigation fut circonscrite à un échantillon restreint de trois établissements hospitaliers de référence situés dans la ville de Kinshasa. Bien que ces structures présentent des degrés diversifiés d'organisation au sein des services d'anesthésie, la généralisation des résultats à l'intégralité des institutions sanitaires de la République Démocratique du Congo demeure impossible en l'absence d'études complémentaires. Troisièmement, une partie des données collectées auprès des prestataires reposait sur des déclarations individuelles, lesquelles sont susceptibles d'être sujettes à un biais de désirabilité sociale ou à un biais de mémoire. Quatrièmement, l'évaluation de la complétude

Facteurs associés à la complétude des dossiers anesthésiques ...

documentaire s'est focalisée sur la présence ainsi que sur la qualité du renseignement des rubriques du dossier anesthésique, sans toutefois permettre une appréciation directe de l'exactitude clinique des informations consignées, ni de leur incidence réelle sur les issues cliniques des patients. Enfin, la taille relativement limitée de la cohorte de prestataires intégrée à l'analyse multivariée a pu engendrer une réduction de la puissance statistique de certaines associations observées, ce qui pourrait expliquer l'amplitude de certains intervalles de confiance. Nonobstant ces limites, la présente étude constitue l'une des premières évaluations multicentriques afférentes à la complétude des dossiers anesthésiques en République Démocratique du Congo. L'application d'un indice de complétude ayant fait l'objet d'une validation par la méthode Delphi, l'intégration concomitante de données d'ordre documentaire et professionnel, ainsi que le recours à une analyse multicentrique, concourent ainsi à l'exacerbation de la robustesse méthodologique des résultats ainsi produits.

III. RESULTATS

Le tableau 1 suivant présente les caractéristiques sociodémographiques et professionnelles des anesthésistes.

Tableau 1. Caractéristiques sociodémographiques et professionnelles des anesthésistes

Variables	Effectif (n = 61)	Pourcentage (%)
Sexe		
Masculin	38	62,3
Féminin	23	37,7
Fonction exercée		
Médecin anesthésiste-réanimateur	8	13,1
Technicien anesthésiste-réanimateur	39	63,9
Médecin en formation d'anesthésie-réanimation	14	23,0
Niveau d'études		
Licence (Bac +3)	37	60,7
Master/DES/DEA (Bac +5 et plus)	24	39,3
Type d'établissement		
Cliniques Universitaires de Kinshasa	22	36,1
Hôpital Général de Référence public	22	36,1
Hôpital Général de Référence privé	17	27,9
Variables quantitatives	Moyenne ± ET	Médiane (Min-Max)
Âge (années)	40,0 ± 11,5	42 (23-65)
Ancienneté professionnelle (années)	8,7 ± 8,5	5 (1-35)

Il ressort du tableau 1 que sur les soixante et un anesthésistes, la majorité était constituée d'hommes. L'âge moyen était de 40 ans avec un écart-type de 11,5. Les techniciens anesthésistes étaient les plus nombreux, à 63,9 %.

Les données sur le niveau global de complétude des dossiers anesthésiques (n = 422) sont données dans le tableau 2 ci-dessous.

Tableau 2. Niveau global de complétude des dossiers anesthésiques (n = 422)

Indicateurs	Valeur
Score moyen de complétude	73
Médiane	74
Score minimum	57
Score maximum	95
Taux moyen de complétude (%)	72,3

L'examen de 422 dossiers d'anesthésie a donné un score moyen de 73. La médiane était de 74. Les scores variaient de 57 à 95. Le taux moyen de remplissage des dossiers était de 72,3 %.

La répartition des scores de complétude selon les domaines du dossier anesthésique est donnée dans le tableau suivant.

Tableau 3. Répartition des scores de complétude selon les domaines du dossier anesthésique (n = 422)

Domaine évalué	Score moyen obtenu	Score maximal	Contribution pondérée (%)
Identification et informations administratives	4,4	6	7,3
Antécédents, examens cliniques et allergies	3,4	4	8,5
Médicaments et posologies administrés	6,0	8	15,0
Protocole anesthésique et surveillance peropératoire	4,1	6	10,2
Incidents peropératoires et mesures correctrices	4,0	6	10,0
Plan postopératoire et prescriptions médicales	4,9	6	12,3
Signatures et traçabilité postopératoire	3,6	6	9,0
Score global	30/42		72,3

L'analyse des différentes parties du dossier d'anesthésie a montré un point fort dans la section " Médicaments et doses". Ce secteur a obtenu le score le plus haut, soit 15 sur 20. Ensuite, la section "Suivi et prescriptions après l'opération" a obtenu 12,3 sur 15. Les sections " Protocole d'anesthésie et suivi pendant l'opération" et "Problèmes pendant l'opération et actions" ont reçu des scores de 10,2 sur 15 et 10 sur 15 respectivement. Les scores les plus bas se trouvaient dans les sections " Identification et distribution" (7,3 sur 10), "Historique, examens et allergies " (8,5 sur 10) et " Signatures et suivi après l'opération" (9 sur 15).

Quant à la complétude des dossiers anesthésiques par période opératoire, les données sont résumées dans le tableau 4.

Tableau 4. Complétude des dossiers anesthésiques par période opératoire (n = 442)

Période opératoire	Élément documenté	Complétude (%)
Préopératoire	Identification du patient	63,5
	Antécédents et examen clinique	72,3
	Allergies et examens complémentaires	75,6
	Paramètres vitaux préopératoires	71,3
Peropératoire	Médicaments administrés	88,2
	Posologies et horaires d'administration	52,4
	Paramètres vitaux peropératoires	64,0
	Incidents peropératoires	47,4
Postopératoire	Paramètres vitaux postopératoires	5,5
	Plan de surveillance postopératoire	59,0
	Prescription antalgique	82,7
	Signature de l'anesthésiste	12,3

Avant l'opération, la présence d'informations dans les dossiers variait de 63,5 % pour l'identification du malade à 75,6 % pour les allergies et les tests supplémentaires. L'historique médical et l'examen clinique étaient présents dans 72,3 % des dossiers. Les signes vitaux avant l'opération étaient notés dans 71,3 % des cas.

Pendant l'opération, les médicaments donnés représentaient la partie la mieux documentée avec 88,2 %. Les signes vitaux durant l'opération étaient dans 64,0 % des dossiers. Les doses et les moments de prise étaient documentés dans 52,4 % des cas. Les problèmes survenus pendant l'opération étaient présents dans 47,4 % des dossiers.

Pour la période après l'opération, les notes sur les médicaments contre la douleur étaient dans 82,7 % des rapports. Le plan de suivi après l'opération était noté dans 59,0 % des cas. Cependant, les signes vitaux après l'opération n'étaient que dans 5,5 % des rapports. La signature de l'anesthésiste était là dans 12,3 % des rapports.

La comparaison des scores de complétude selon les trois hôpitaux de référence considérés est présentée dans le tableau 5.

Tableau 5. Comparaison des scores de complétude selon l'établissement hospitalier

Etablissements	Moyenne ± ET	n = 422
Cliniques Universitaires de Kinshasa	67,55 ± 8,05	125

Hôpital de l'Amitié Sino-Congolaise	68,18 ± 4,84	94
Hôpital Saint Joseph de Limete	78,72 ± 5,43	203

Le tableau 5 indique seulement qu'il existe une différence globale entre les trois hôpitaux. Néanmoins, le F de Fisher calculé à partir de deux variances (la variance entre les hôpitaux divisée par la variance des dossiers à l'intérieur de chaque hôpital) est de 162,53 avec une p -value $< 0,001$. Il y a donc une différence statistiquement notable entre les trois établissements hospitaliers.

Dans le but d'étudier la relation entre la complétude du dossier anesthésique avec certains variables indépendantes considérées, les analyses bi-variée et multivariée ont été analysées, et les résultats sont respectivement présentés dans les tableaux 6 et 7.

Tableau 6. Facteurs associés à l'incomplétude des dossiers anesthésiques en analyse bi-variée (n = 61)

Variables	Dossiers incomplets (%)	Dossiers complets (%)	χ^2	p
Caractéristiques sociodémographiques et professionnelles				
Sexe			0,96	0,50
Masculin	32 (84,2)	6 (15,8)		
Féminin	17 (73,9)	6 (26,1)		
Âge			0,33	0,74
≤ 40 ans	25 (83,3)	5 (16,7)		
> 40 ans	24 (77,4)	7 (22,6)		
Ancienneté			2,70	0,18
≤ 8 ans	33 (86,8)	5 (13,2)		
> 8 ans	16 (69,6)	7 (30,4)		
Fonction exercée			8,42	0,010
Niveau d'études			6,02	0,010
Type d'établissement			30,39	<0,001
Facteurs organisationnels et institutionnels				
Dossier standardisé			4,67	0,040
Charge de travail			0,12	0,750
Supervision régulière			6,06	0,010
Travail en équipe			1,80	0,260
Politique hospitalière écrite			12,21	0,002
Encouragement de la direction			6,58	0,010
Existence des sanctions			7,03	0,020
Formation continue			4,05	0,040

La fonction exercée, le niveau d'éducation et le type de lieu étaient bien liés à la complétude des rapports d'anesthésie ($p < 0,05$). Mais le sexe, l'âge et l'expérience n'étaient pas vraiment liés de manière notable.

Le fait d'avoir un rapport standard, une surveillance fréquente, une règle écrite de l'hôpital, un soutien de l'institution, existence des sanctions et une formation

Facteurs associés à la complétude des dossiers anesthésiques ...

continue étaient bien liés à des rapports d'anesthésie plus complets ($p < 0,05$).

Tableau 7. Analyse multivariée des facteurs associés à l'incomplétude des dossiers anesthésiques (n = 61)
Variable dépendante : dossier anesthésique incomplet

Facteurs	OR ajusté	IC95 %	p
Absence de formation continue	11,02	1,07 – 113,28	0,043
Existence d'une supervision régulière	0,107	0,019 – 0,591	0,010
Existence d'une politique hospitalière écrite	0,116	0,022 – 0,623	0,012

L'étude des différentes variables a montré trois raisons principales pour lesquelles les dossiers d'anesthésie étaient incomplets. Ne pas suivre de formation régulièrement augmentait beaucoup le danger que les documents soient incomplets (ORa = 11,02 ; IC95 % : 1,07–113,28 ; $p = 0,043$). A l'inverse, avoir une surveillance habituelle diminuait fortement le risque de dossiers d'anesthésie incomplets (ORa = 0,107 ; IC95 % : 0,019–0,591 ; $p = 0,010$). De plus, avoir une règle écrite dans l'hôpital sur les notes d'anesthésie aidait à réduire le danger de documents incomplets (ORa = 0,116 ; IC95 % : 0,022–0,623 ; $p = 0,012$).

IV. DISCUSSION

IV.1. Niveau global de complétude des dossiers anesthésiques

La présente investigation a mis en évidence que le taux moyen global de complétude des dossiers anesthésiques s'établissait à 72,3 %, ce qui traduit un niveau de documentation jugé acceptable bien qu'encore lacunaire au regard des standards internationaux relatifs à la qualité et à la sécurité des soins. Ce résultat suggère ainsi que près d'un tiers des informations escomptées au sein du dossier anesthésique n'ont pas fait l'objet d'une documentation adéquate. La qualité de la documentation anesthésique constitue un indicateur fondamental de la qualité des soins. Conformément aux préceptes de l'American Society of Anesthesiologists (2018), le dossier anesthésique doit impérativement permettre la traçabilité de l'intégralité du parcours périopératoire du patient, ceci afin de garantir la continuité des soins, la communication interprofessionnelle ainsi que la sécurité du patient. Le niveau de complétude observé dans la présente étude s'avère comparable à celui rapporté dans plusieurs nations à ressources limitées. En Éthiopie, Misganaw, A., & Seyoum, F. (2022) ont observé une complétude documentaire oscillant entre 65 % et 78 % selon les établissements faisant l'objet de l'étude. De manière analogue, à Madagascar, Michelle C White (2018) a rapporté que les insuffisances documentaires concernaient principalement les informations

de nature préopératoire et postopératoire. À l'inverse, dans les pays dont les systèmes de documentation anesthésique sont de nature électronique, les taux de complétude excèdent fréquemment le seuil des 90 %.

Par conséquent, les travaux de Ehrenfeld et al (2020) ont mis en exergue le fait que la dématérialisation des dossiers d'anesthésie favorisait, de manière significative, l'exhaustivité des données cliniques tout en opérant une réduction des omissions documentaires. Le degré de complétude constaté au sein de la présente étude pourrait être imputé à divers facteurs mis en lumière par l'analyse multivariée, parmi lesquels figurent notamment l'inexistence d'une formation continue, l'insuffisance d'une supervision régulière ainsi que l'absence d'une politique institutionnelle formalisée relative à la gestion documentaire.

IV.2. Complétude selon les périodes opératoires

L'examen approfondi des diverses rubriques constitutives du dossier d'anesthésie a révélé une documentation des informations peropératoires supérieure à celle des données préopératoires et postopératoires. Les médicaments anesthésiques administrés affichaient le taux de complétude le plus élevé (88,2 %). Ce constat s'avère en adéquation avec les observations de George M et al. (2020), lesquels ont démontré que les professionnels manifestent généralement une attention accrue à l'égard de la traçabilité des actes intrinsèquement liés à l'administration des agents anesthésiques, eu égard à leurs implications immédiates sur la sécurité du patient.

En revanche, la surveillance postopératoire s'est avérée constituer le domaine présentant le déficit le plus substantiel. Les paramètres vitaux postopératoires ne faisaient l'objet d'une documentation que dans 5,5 % des dossiers faisant l'objet de l'étude. Ce résultat s'avère particulièrement préoccupant dans la mesure où les complications d'ordre anesthésique surviennent fréquemment au cours de la période postopératoire immédiate.

Conformément aux travaux de Debora T et al. (2021), l'absence de documentation postopératoire compromet la détection précoce des complications respiratoires, cardiovasculaires et neurologiques. De la même manière, les recommandations émanant de l'European Society of Anaesthesiology and Intensive Care (ESAIC, 2022) soulignent l'importance impérieuse d'une surveillance documentée des patients à la suite de l'anesthésie, ceci afin de garantir la sécurité des soins.

La faible traçabilité observée au sein de notre étude pourrait être corrélée à une insuffisance de protocoles standardisés, à une surcharge de travail, ou encore à une perception erronée

selon laquelle la documentation postopératoire posséderait une importance moindre que la documentation peropératoire.

IV.3. Traçabilité professionnelle et responsabilité médico-légale

L'étude a également mis en évidence une très faible documentation relative aux éléments d'identification professionnelle. La signature de l'anesthésiste n'était attestée que dans 12,3 % des dossiers, tandis que les éléments d'identification du prestataire n'étaient répertoriés que dans 17,1 % des cas.

Les résultats ainsi obtenus soulèvent des préoccupations majeures relatives à la responsabilité professionnelle ainsi qu'à la sécurité des soins. Conformément aux préceptes de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS, 2021), l'identification explicite des praticiens impliqués dans les processus de soins constitue un pilier fondamental des systèmes dédiés à la sécurité des patients.

Les travaux de Gawande et al. (2009) ont mis en évidence le fait que les défaillances inhérentes à la communication et à la documentation figurent parmi les déterminants principaux des événements indésirables évitables au sein du bloc opératoire. Par conséquent, l'incomplétude de la documentation entrave la réalisation des audits cliniques, des investigations médico-légales, ainsi que le déploiement des activités visant l'amélioration continue de la qualité.

La faiblesse observée dans le cadre de la présente étude pourrait refléter l'absence d'une culture institutionnelle de la traçabilité ou, alternativement, l'insuffisance des mécanismes de contrôle documentaire.

IV.4. Variabilité de la complétude selon les établissements

Notre étude a mis en exergue une différence statistiquement significative entre les trois établissements faisant l'objet de l'analyse ($p < 0,001$). L'Hôpital Saint Joseph de Limete présentait le score moyen de complétude le plus élevé (78,72 %), suivi de l'Hôpital de l'Amitié sino-congolaise (68,18 %) et des Cliniques Universitaires de Kinshasa (67,55 %). Cette variabilité institutionnelle a, par ailleurs, été constatée dans plusieurs études internationales.

Conformément aux travaux de Pronovost et al. (2006), les disparités relatives aux performances documentaires entre les divers établissements sont considérablement modulées par la culture organisationnelle, par les mécanismes de supervision, ainsi que par l'engagement manifesté par le leadership hospitalier au sein des programmes dédiés à l'amélioration de la qualité. Les résultats optimaux constatés à l'Hôpital Saint

Joseph pourraient être imputés à une organisation interne plus efficiente, à une supervision exercée avec une régularité accrue, ou encore à l'implémentation de procédures documentaires dotées d'une structure plus rigoureuse.

IV.5. Facteurs corrélés à la complétude des dossiers anesthésiques

L'analyse multivariée a permis d'identifier trois facteurs associés de manière indépendante à l'incomplétude des dossiers anesthésiques : l'absence de formation continue, l'absence de supervision régulière et l'absence de politique hospitalière formalisée par écrit. L'absence de formation continue entraînait une augmentation significative du risque d'incomplétude documentaire ($ORa = 11,02$; $p = 0,043$). Ce constat corrobore les observations de Ndiaye MD et al. (2020), lesquels ont démontré que la mise en œuvre de programmes de formation continue favorise de manière significative la qualité de la documentation clinique ainsi que l'adhésion aux bonnes pratiques professionnelles. Par ailleurs, l'existence d'une supervision régulière permettait une réduction significative du risque d'incomplétude documentaire ($ORa = 0,107$; $p = 0,010$).

Les présents résultats manifestent une cohérence avec la revue systématique conduite par Ivers et al. (2012), laquelle a démontré que l'implémentation d'audits assortis de rétroactions régulières favorise une amélioration pérenne de la qualité des pratiques professionnelles. Enfin, l'existence d'une politique hospitalière formalisée par écrit s'est avérée associée à une réduction significative du risque d'incomplétude documentaire ($ORa = 0,116$; $p = 0,012$). Conformément aux préconisations de la Joint Commission International (JCI, 2023), les politiques institutionnelles scripturales constituent un levier déterminant pour l'accroissement de la conformité documentaire et de la sécurité des soins.

Toutefois, l'amplitude particulièrement élevée de l'intervalle de confiance observé pour la variable « formation continue » (IC95 % : 1,07-113,28) suggère une imprécision de l'estimation, laquelle est vraisemblablement imputable à la dimension relativement restreinte de l'échantillon des anesthésistes.

IV.6. Implications pour la pratique anesthésique

Les conclusions de la présente étude mettent en exergue l'importance stratégique de la documentation anesthésique en tant que composante essentielle de la qualité et de la sécurité des soins périopératoires. Le niveau global de complétude constaté, corrélé aux insuffisances notables relevées au sein de certaines rubriques critiques - notamment en ce qui concerne la surveillance postopératoire et la traçabilité

Facteurs associés à la complétude des dossiers anesthésiques ...

professionnelle -, souligne la nécessité impérieuse de renforcer les mécanismes institutionnels dédiés à l'amélioration documentaire. Sur le plan clinique, l'établissement d'une documentation anesthésique exhaustive est de nature à favoriser l'optimisation de la continuité des soins, la fluidité de la communication interprofessionnelle ainsi que la détection précoce des complications. Conformément aux préconisations formulées par l'ASA et l'ESAIC, la qualité intrinsèque du dossier anesthésique s'érige en un pilier fondamental des programmes contemporains dédiés à la sécurité des patients.

Les résultats issus de la régression logistique démontrent que la formation continue, la supervision régulière ainsi que l'institution d'une politique hospitalière formalisée par écrit constituent des leviers déterminants pour l'amélioration de la qualité documentaire. Par conséquent, ces données suggèrent que les interventions ultérieures devraient prioritairement s'articuler autour de ces trois dimensions.

V. CONCLUSION

Dans un contexte caractérisé par l'expansion des démarches de gestion de la qualité et l'accroissement des impératifs médico-légaux, le dossier anesthésique s'affirme comme un instrument indispensable à la traçabilité des actes exécutés tout au long du parcours périopératoire. La présente étude visait à évaluer le degré de complétude des dossiers anesthésiques, à identifier les facteurs corrélés à leur incomplétude et à analyser les implications systémiques pour la qualité et la sécurité des soins au sein de trois hôpitaux de référence de Kinshasa. Il s'agissait d'une étude multicentrique, transversale, adoptant des méthodes mixtes qui associaient une analyse documentaire quantitative de 422 dossiers anesthésiques à une enquête quantitative menée auprès de 61 prestataires d'anesthésie.

Les données recueillies ont démontré que le taux moyen de complétude des dossiers anesthésiques s'établissait à 72,3 %, ce qui traduit une qualité documentaire globalement insuffisante au regard des impératifs contemporains de sécurité des patients et de traçabilité des soins. Les lacunes prédominantes concernaient la surveillance postopératoire, la documentation des incidents peropératoires ainsi que la traçabilité des signatures professionnelles. Des disparités significatives ont, en outre, été observées entre les différents établissements faisant l'objet de l'étude.

L'analyse multivariée a mis en exergue le rôle déterminant des facteurs organisationnels dans la qualité de la documentation anesthésique. En effet, l'absence de formation continue augmentait significativement le risque d'incomplétude des dossiers, tandis que l'existence d'une

supervision régulière et d'une politique hospitalière formalisée constituaient des facteurs protecteurs.

Ces résultats soulignent la nécessité impérieuse de renforcer les mécanismes institutionnels d'amélioration de la qualité, notamment par l'institution de formations continues destinées aux prestataires, l'implémentation d'outils standardisés de documentation, le développement de procédures de supervision régulière et l'adoption de politiques hospitalières favorisant la traçabilité des actes anesthésiques. De telles mesures contribueraient, par conséquent, à l'optimisation de la qualité des dossiers anesthésiques et au renforcement de la sécurité des patients au sein des établissements hospitaliers de Kinshasa.

REFERENCES

1. American Society of Anesthesiologists. (2018). Statement on documentation of anesthesia care. American Society of Anesthesiologists. Consulté sur [American Society of Anesthesiologists](#)
2. Benson, M., & Junger, A. (2012). A survey of user acceptance of electronic anesthesia records. *Korean Journal of Anesthesiology*, 62(4), 350–357. <https://doi.org/10.4097/kjae.2012.62.4.350>
3. Debora, T., Silaen, M., Nasution, S., et al. (2021). Analysis of factors affecting the quality of inpatient medical records at Royal Prima Hospital Medan. *International Journal of Health and Pharmaceutical Research*, 2, 132–143. DOI : <https://doi.org/10.51601/ijhp.v2i1.17>
4. Ehrenfeld, J. M., Li, G., Grant, B., St. Jacques, P., & Shotwell, M. S. (2020). Patient satisfaction survey scores are not an appropriate metric to differentiate anesthesiologist performance. *Journal of Clinical Anesthesia*, 65, 109814. <https://doi.org/10.1016/j.jclinane.2020.109814>
5. European Society of Anaesthesiology and Intensive Care. (2022). Guidelines and recommendations for safe anaesthesia practice in Europe. ESAIC.
6. Falcon, D., François, P., Jacquot, C., & Payen, J. F. (1999). Évaluation de la qualité des dossiers d'anesthésie. *Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation*, 18(3), 360–367. [https://doi.org/10.1016/S0750-7658\(99\)80063-X](https://doi.org/10.1016/S0750-7658(99)80063-X)
7. Gelb, A. W., Morriss, W. W., Johnson, W., & Merry, A. F. (2018). World Health Organization–World

Federation of Societies of Anaesthesiologists International Standards for a Safe Practice of Anesthesia. *Anesthesia & Analgesia*, 126(6), 2047–2055.

<https://doi.org/10.1213/ANE.0000000000002927>

8. George, M., Menon, G. D., & Vergis, S. (2020). Effectiveness of multimodal intervention strategies to improve perioperative documentation in a rural tertiary care center. *Turkish Journal of Anaesthesiology and Reanimation*, 48(6), 473–476. [10.5152/TJAR.2020.23682](https://doi.org/10.5152/TJAR.2020.23682)
9. Ivers, N., Jamtvedt, G., Flottorp, S., Young, J. M., Odgaard-Jensen, J., French, S. D., O'Brien, M. A., Johansen, M., Grimshaw, J., & Oxman, A. D. (2012). Audit and feedback: Effects on professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (6), CD000259. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000259.pub3>
10. Joint Commission International. (2023). Joint Commission International accreditation standards for hospitals (8th ed.). Joint Commission International.
11. Kripalani, S., LeFevre, F., Phillips, C. O., Williams, M. V., Basaviah, P., & Baker, D. W. (2007). Deficits in communication and information transfer between hospital-based and primary care physicians. *JAMA*, 297(8), 831–841. <https://doi.org/10.1001/jama.297.8.831>
12. Limpoon, S., Seangrungs, P., & Nimmankiatkul, S. (2023). Factors influencing anesthesia record completeness: A cross-sectional study. *Annals of Medicine and Surgery*, 85(11), 5433–5438. DOI : 10.1097/MS9.0000000000001336
13. Mellin-Olsen, J., Staender, S., Whitaker, D. K., & Smith, A. F. (2010). The Helsinki Declaration on Patient Safety in Anaesthesiology. *European Journal of Anaesthesiology*, 27(7), 592–597. <https://doi.org/10.1097/EJA.0b013e32833b1adf>
14. Misganaw, A., & Seyoum, F. (2022). Assessment of manual perioperative anesthesia record-keeping practice: A multicenter descriptive cross-sectional study. *International Journal of Surgery Open*, 46, 100526. <https://doi.org/10.1016/j.ijso.2022.100526>
15. Ndiaye MD, Gueye M, Ndour SB, Niang N, Fall NG, Fall K. (2020) Completeness of information in electronic compared with paper-based patients' records in a maternity setting in Dakar, Senegal. *Int J Reprod Contracept Obstet Gynecol* 2020;9:1429-33. DOI: <http://dx.doi.org/10.18203/2320-1770.ijrcog20201200>
16. Organisation Mondiale de la Santé. (2021). Global patient safety action plan 2021–2030: Towards eliminating avoidable harm in health care. World Health Organization.
17. Preckel, B., Staender, S., Arnal, D., Brattebø, G., Feldman, J. M., Ffrench-O'Carroll, R., Fuchs-Buder, T., Goldhaber-Fiebert, S. N., Haller, G., Haugen, A. S., Hendrickx, J. F. A., Kalkman, C. J., Meybohm, P., Neuhaus, C., Østergaard, D., Plunkett, A., Schüller, H. U., Smith, A. F., Struys, M. M. R. F., Subbè, C. P., Wacker, J., Welch, J., Whitaker, D. K., Zacharowski, K., & Mellin-Olsen, J. (2020). Ten years of the Helsinki Declaration on Patient Safety in Anaesthesiology. *European Journal of Anaesthesiology*, 37(7), 521–610. <https://doi.org/10.1097/EJA.0000000000001244>
18. Pronovost, P., et al. (2006). An intervention to decrease catheter-related bloodstream infections in the ICU. *New England Journal of Medicine*, 355(26), 2725–2732. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa061115>
19. White, M. C., Barki, B. J., Lerma, S. A., Couch, S. K., Alcorn, D., & Gillerman, R. G. (2018). A prospective observational study of anesthesia-related adverse events and postoperative complications occurring during a surgical mission in Madagascar. *Anesthesia & Analgesia*, 127(2), 506–512. <https://doi.org/10.1213/ANE.0000000000003512>
20. Yee, M. S., & Tarshis, J. (2023). Anesthesia quality indicators to measure and improve your practice: A modified Delphi study. *BMC Anesthesiology*, 23, 256. <https://doi.org/10.1186/s12871-023-02195-w>