Hervé BOUAZIZ, Nancy

CHU NANCY
www.chu-nancy.fr

- Consultation d'anesthésie : quelles évolutions

JARCA

FACULTÉ DE MÉDECINE NANCY UNIVERSITÉ DE NANCY 1572 1768

Bordeaux, le 19-11-2015

Décret n° 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 (troisième partie : Décrets)

[Journal Officiel du 08 décembre 1994, p.17383-17385]

« **Article D. 712-40**

« Pour tout patient dont l'état nécessite une anesthésie générale ou loco-régionale, les établissements de santé, y compris les structures de soins alternatives à l'hospitalisation, doivent assurer les garanties suivantes :

« I° Une consultation pré-anesthésique, lorsqu'il s'agit d'une intervention programmée ; . . .

. . . « La consultation pré-anesthésique mentionnée au 1° de l'article D. 712-40 a lieu plusieurs jours avant l'intervention.

« Si le patient n'est pas encore hospitalisé, elle est effectuée :

« *a)* Pour les établissements de santé assurant le service public hospitalier: dans le cadre des consultations externes relevant des dispositions du décret n° 82-634 du 8 juillet 1982 ;

« *b)* Pour les établissements de santé privés relevant des dispositions de l'article L. 162-22 du code de la sécurité sociale: soit au cabinet du médecin anesthésiste-réanimateur, soit dans les locaux de l'établissement.

« Cette consultation est faite par un médecin anesthésiste-réanimateur. Ses résultats sont consignés dans un document écrit, incluant les résultats des examens complémentaires et des éventuelles consultations spécialisées. Ce document est inséré dans le dossier médical du patient.

« La consultation pré-anesthésique ne se substitue pas à la visite pré-anesthésique qui doit être effectuée par un médecin anesthésiste-réanimateur dans les heures précédant le moment prévu pour l'intervention. . . .

Recommandations concernant la période préanesthésique

Mis en ligne le 11 Décembre 2002

Organisation de la consultation préanesthésique

Société Française d'Anesthésie et de Réanimation. Comité Vie Professionnelle.
La consultation d'anesthésie et la visite pré anesthésique. Ann Fr Anesth Réanim 1997

« Pour éviter au patient des déplacements itératifs, la consultation d'anesthésie peut être réalisée dans un autre établissement, sous réserve d'un accord entre les médecins anesthésistes réanimateurs concernés et de l'accord du patient. »

ORDRE NATIONAL DES MEDECINS

Article 64 - Exercice en équipe

14/08/2009

Article 64 (article R.4127-64 du code de la santé publique)

Lorsque plusieurs médecins collaborent à l'examen ou au traitement d'un malade, ils doivent se tenir mutuellement informés ; chacun des praticiens assume ses responsabilités personnelles et veille à l'information du malade.
Chacun des médecins peut librement refuser de prêter son concours, ou le retirer, à condition de ne pas nuire au malade et d'en avertir ses confrères.

Puis vint la téléconsultation…

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE DU TRAVAIL,
DE L'EMPLOI
ET DE LA SANTÉ

Dans son article 78, la loi « Hôpital, patients, santé, territoires » (HSPT), promulguée en juillet 2009, a reconnu la télémédecine comme une pratique médicale à distance mobilisant des technologies de l'information et de la communication (TIC). Elle ne se substitue pas aux pratiques médicales actuelles mais représente une valeur ajoutée considérable à la prise en charge classique du patient.

Article R6316-1 En savoir plus sur cet article...

Créé par Décret n°2010-1229 du 19 octobre 2010 - art. 1

Relèvent de la télémédecine définie à l'article L. 6316-1 les actes médicaux, réalisés à distance, au moyen d'un dispositif utilisant les technologies de l'information et de la communication. Constituent des actes de télémédecine :

1° La téléconsultation, qui a pour objet de permettre à un professionnel médical de donner une consultation à distance à un patient. Un professionnel de santé peut être présent auprès du patient et, le cas échéant, assister le professionnel médical au cours de la téléconsultation. Les psychologues mentionnés à l'article 44 de la loi n° 85-772 du 25 juillet 1985 portant diverses dispositions d'ordre social peuvent également être présents auprès du patient ;

Quelques définitions

>> Les cinq actes médicaux de télémédecine

- **La téléconsultation** a pour objet de permettre à un professionnel médical de donner une consultation à distance à un patient. Un professionnel de santé peut être présent auprès du patient et, le cas échéant, assister le professionnel médical au cours de la téléconsultation. Les psychologues mentionnés à l'article 44 de la loi n° 85-772 du 25 juillet 1985 portant diverses dispositions d'ordre social peuvent également être présents auprès du patient.
- **La télé-expertise** a pour objet de permettre à un professionnel médical de solliciter à distance l'avis d'un ou de plusieurs professionnels médicaux en raison de leurs formations ou de leurs compétences particulières, sur la base des informations médicales liées à la prise en charge d'un patient.
- **La télésurveillance médicale** a pour objet de permettre à un professionnel médical d'interpréter à distance les données nécessaires au suivi médical d'un patient et, le cas échéant, de prendre des décisions relatives à la prise en charge de ce patient. L'enregistrement et la transmission des données peuvent être automatisés ou réalisés par le patient lui-même ou par un professionnel de santé.
- **La téléassistance médicale** a pour objet de permettre à un professionnel médical d'assister un autre professionnel de santé au cours de la réalisation d'un acte.
- **La réponse médicale** est apportée **dans le cadre de la régulation médicale** mentionnée à l'article L. 6311-2 et au troisième alinéa de l'article L. 6314-1.

La téléconsultation a pour objet de permettre à un patient de consulter un professionnel de santé médical.

Il y a téléconsultation lorsque le patient est présent et dialogue avec le médecin.

La nécessité d'identifier le médecin et le patient conduit à ne retenir comme téléconsultation que les actes utilisant la vidéoprésence.

Tous les organismes professionnels représentatifs, qu'ils soient nationaux et internationaux, soulignent la nécessité d'une identification réciproque pour que le consentement implicite ou explicite du patient soit fondé.

Le décret précise qu'un professionnel de santé non-médecin peut assister le patient pendant la téléconsultation.

Le professionnel de santé non-médecin est tenu au secret professionnel et doit être identifié dans la traçabilité de l'acte.

De même, les conditions d'organisation de la téléconsultation doivent respecter les règles de confidentialité de tout acte médical.

Enfin, comme une consultation traditionnelle, l'accès au dossier du patient est incontournable de l'acte de téléconsultation, lequel ne peut être réduit à un simple dialogue en vidéoprésence. Le médecin consulté doit avoir accès au dossier du patient (informatisé) et y tracer les termes et les conclusions de la téléconsultation, ainsi que l'éventuelle prescription.

La téléprescription nécessite pour le médecin d'avoir bien identifié le patient à qui il prescrit examen ou traitement.

Cahier des charges technique

Il est nécessaire de mettre en place un outil répondant aux critères suivants :

- **Visualisation Vidéo à distance**, avec définition suffisante pour réaliser un examen clinique standard, voire approfondi, avec une caméra fixe ;
- **Eclairage de forte intensité**
- **Capture d'écran du visage du patient** possible et **mesures sur l'image** (distance, angles) ;
- **Communication sonore main libre** de qualité entre les sites distants, permettant une interaction médecin/médecin et médecin/patient ;
- **Outil intégré et simple** utilisable sans connaissances avancées en informatique. L'outil ne doit pas être un assemblage de technicités aux procédures complexes ;
- **Sécurisation complète de la téléconférence ;**
- **Partage et remise de document** d'informations.

Huston JL et al. Journal of Telemedicine and Telecare 1997

« Le consentement préalable du patient à bénéficier des actes médicaux par télémédecine est une obligation déontologique lorsque le patient a le choix entre la pratique traditionnelle ou les nouvelles pratiques par télémédecine »

Dr Pierre SIMON
Conseiller général des établissements de santé Direction de l'hospitalisation et des soins, ministère de la Santé et des Sports

Consentement à l'utilisation de l'image personnelle pour la télémédecine (consultation à distance)

Je soussigné(e) M. / Mme / Mlle ……..
certifie avoir été informé(e) par le Docteur ……,
Médecin à l'U.C.S.A. du C.P. de NANCY-MAXEVILLE, que les images prises au cours de la consultation effectuée le:

…../…../…..

ont été télétransmises dans le Service d'anesthésie **du CHU de NANCY** pour être intégrées dans votre dossier

Je suis informé(e) que les images transmises peuvent faire l'objet d'une conservation sur support papier ou informatique au sein du dossier médical personnel mis en place au CHU de NANCY.

Fait le…….. **Signature :**

L’acte de télémédecine:

- un acte médical
- un exercice collectif, une responsabilité personnelle

À quoi sert la carte CPS ?

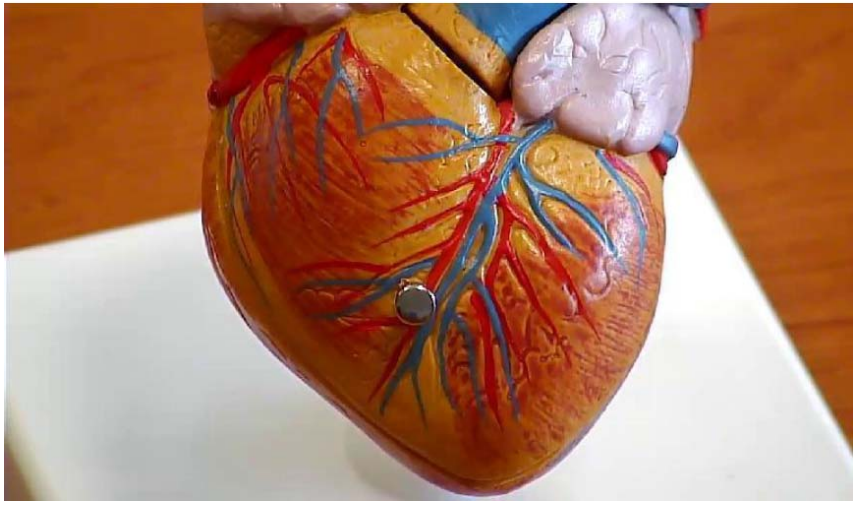
La CPS est la clé d'entrée de la e-santé d'aujourd'hui et de demain. Elle permet de :

- **Vous identifier et éviter une usurpation de votre identité** (via le processus d'authentification) ;
- **Apposer votre signature électronique** sur des documents ;
- **Transmettre les feuilles de soins électroniques** aux organismes d'Assurance Maladie obligatoires et complémentaires ;
- **Créer, alimenter et consulter le Dossier Médical Personnel** de vos patients (voir P.6) ;
- **Réaliser des actes médicaux à distance** (télémédecine) ;
- **Utiliser la messagerie sécurisée** des professionnels de santé.

Dès lors qu'elle sera généralisée, la CPS pourra être exigée chaque fois que le service requerra de vous identifier et de vous authentifier de façon certaine sur un système informatique.

Vous n'avez pas encore l'usage de votre CPS ? Conservez-la précieusement ainsi que son code PIN mais dans des lieux différents. Vous serez amené à vous en servir dans un avenir proche.

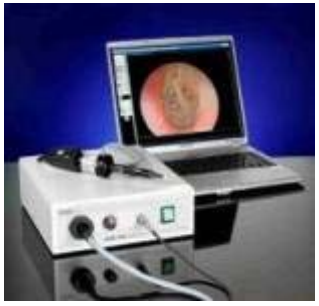
La capture d’image permet de conserver des documents objectifs sur: l’état de la dentition, le score de Mallampati…



Mallampati

Distance inter incisives

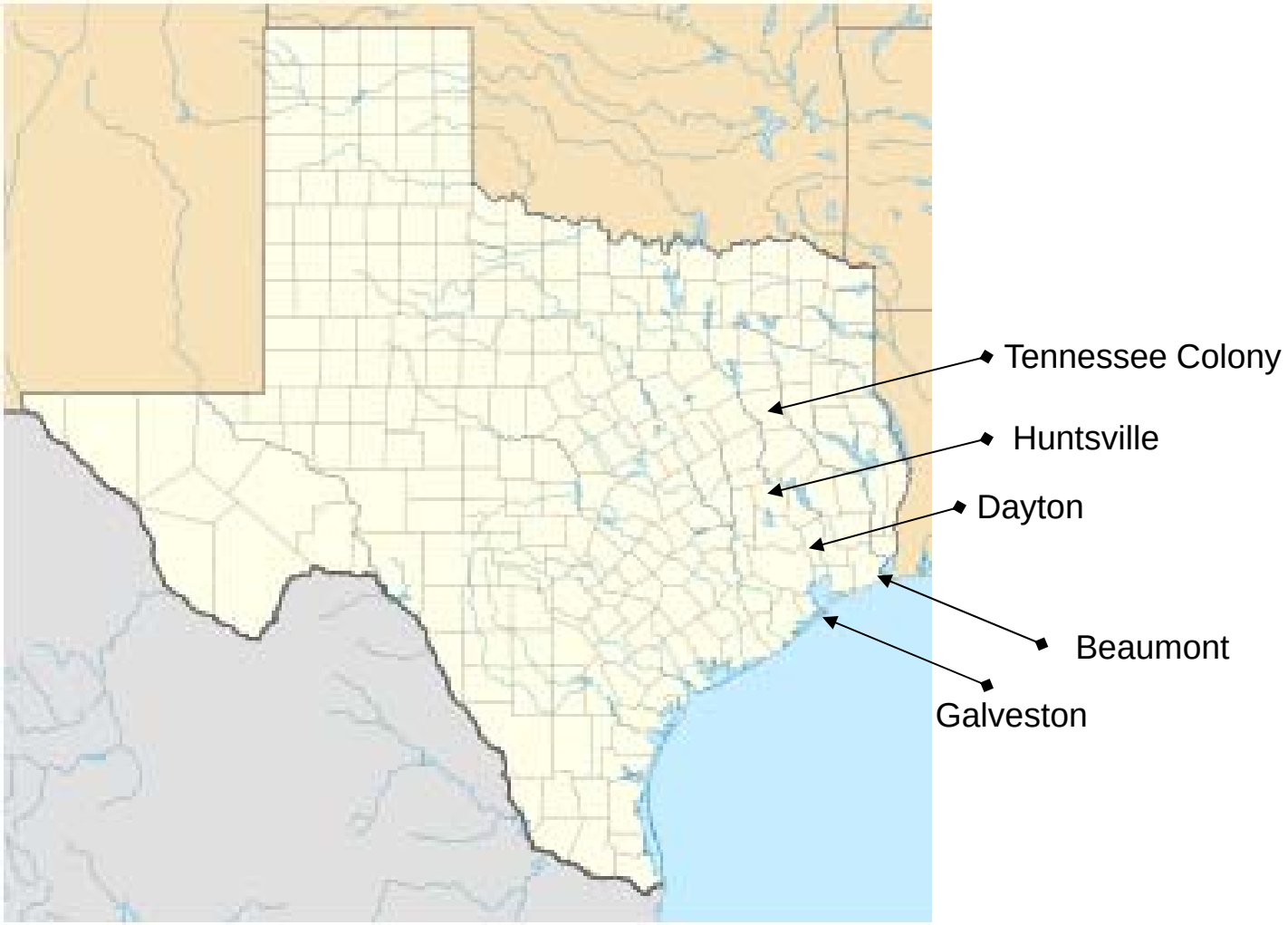
Distances thyro-mentonnière



AMD

Territory assigned to UTMB and location of prisons served

Galveston-Huntsville = 105 miles
Galveston-Beaumont = 133 miles
Galveston-Tennessee Colony = 150 miles



Telemed J. 1996 Spring;2(1):25-35.

The University of Texas Medical Branch--Texas Department of Criminal Justice Telemedicine Project: findings from the first year of operation.

Brecht RM, Gray CL, Peterson C, Youngblood B.
University of Texas Medical Branch at Galveston, USA.

Abstract

BACKGROUND: The University of Texas Medical Branch (UTMB) and Texas Tech Health Science Center (TTHSC) are responsible for providing health care for approximately 130,000 inmates of the Texas Department of Criminal Justice through a health maintenance organization (HMO). Telemedicine was considered a way to solve some of the problems presented.

OBJECTIVES: To develop approaches to patient care, technology, support systems, evaluation, and uses of the system for applications other than patient care as part of the first stage of implementation.

METHODS: Four prison delivery unit models were utilized. After a pilot study, the first patients were seen from October 1994 to November 1995, when 1715 consults were conducted in 18 scheduled specialty telemedicine clinics. Patients and providers were surveyed by interviews and questionnaires for their views on this form of providing care.

RESULTS: Ninety-five per cent of the telemedicine consults saved one or more trips to UTMB for outpatient specialty appointments. User surveys indicated a high degree of satisfaction on the part of patients, presenters, and specialty consultants.

CONCLUSIONS: Preliminary review of the data indicated favorable care outcomes, and initial economic analyses suggested that telemedicine is likely to be cost-effective in this environment. The project will be continued.

Preadmission anesthesia consultation using telemedicine technology: a pilot study

A Toronto, 15% des patients viennent de régions éloignées
- L'utilisation de la télémédecine a été proposée à plus de 65 sites distants entre 1998 et 2004
- Les 2 sites sont équipés d'écrans et de caméras
-Le site distant est équipé d'une source lumineuse connectée à 2 caméras analogiques, la première pour les plans larges, la seconde pour les plans rapprochés
-Un stéthoscope numérique transmet les sons au consultant
- L'information médicale était recueillie par un auto questionnaire remis au patient, ses ATCD médicaux et un résumé clinique étant demandé au médecin traitant

Satisfaction+++

Wong DT et al. Anesthesiology 2004

Patients perceptions of preoperative anaesthesia assessment at a distance	Mean	Range	SD
Domain 1 : Technical quality			
(1) I could talk freely with the examiner during teleconsultation	1.6	1-2	0.5
(2) I could hear everything that was being said	1.9	1-5	0.1
(3) I could see the pictures on the screen clearly	1.9	1-4	1.1
(4) The examiner was able to ask me questions	1.5	1-2	0.5
(5) The picture quality on the screen was as good as my home TV	1.5	1-2	0.5
Domaine 2 : Efficacy perception			
(6) It is an advantage to be seen at the Lincoln preoperatively to avoid travelling to Omaha	1.4	1-2	0.5
(7) A teleconsultation could reduce stress on patients by preventing travel			
(8) A teleconsultation could save me time	1.6	1-3	0.7
(9) A teleconsultation could save me money	1.6	1-3	0.7
	1.6	1-3	0.7
Domaine 3 : Affective experience			
(10) The TV camera made me feel uncomfortable			
(11) I was embararrased in using the video link to speak to the examiner	4.5	4-5	0.5
(12) The appointment took longer than expected	4.5	4-5	0.5
	4.3	3-5	0.6
Domaine 4 : Patient preference			
(13) I would prefer a teleconsultation to a normal one			
(14) I would prefer to see the examiner face-to-face in Omaha			
(15) A teleconsultation is good as going to the preoperative anaesthesia clinic in Omaha	1.3	1-3	0.6
	3.9	1-5	1.2
Boedeker BH et al. J Telemed Telecare 2007	1.5	1-2	0.5

Table 1. Questionnaire scores *(1 = strongly agree to 5 = strongly disagree)*

Évaluation de la qualité de téléconsultations d'anesthésie par visioconférence pour des patients détenus

- Étude prospective, cas/témoins
- Anesthésiste consultant assisté d'un MG présent avec le patient à l'UCSA
- Dossier partagé informatisé
- Résultats:
  -94 patients (GTLM=35; GTémoin = 59)
  - pas de différence significative sur la qualité des critères d'intubation, les erreurs de la consultation ou la note de qualité de la consultation (8,7±0,9 vs 8,7±0,8)

Le Teurnier Y et al. R528 AFAR 2011

Telemedicine Pre-anesthesia Evaluation: A Randomized Pilot Trial

Richard L. Applegate II, MD,[1] Brett Gildea, MD,[1] Rebecca Patchin, MD,[1] James L. Rook, DO, MPH,[1] Brent Wolford, BA,[1] Janice Nyirady, NP,[2] Terry-Ann Dawes, BS,[1] John Faltys,[1] Davinder S. Ramsingh, MD,[1] and Gary Stier, MD[1]

TELEMEDICINE and e-HEALTH MARCH 2013

Table 2. Patient Questionnaire Responses

GROUP	IN-PERSON ($N=77$)	TELEMEDICINE ($N=78$)	P VALUE[a]
Number (%) responding	54 (70.1)	77 (98.7)	0.02
Friendly greeting	4.9±0.3	4.9±0.6	0.61
Concerns addressed	5.0±0.2	4.9±0.3	0.19
Preoperative instructions	5.0±0.1	4.9±0.3	0.02
Reasonable time spent	4.9±0.2	4.9±0.2	0.89
Expectations met	5.0±0.2	5.0±0.2	0.83
Timing of consultation convenient	4.7±0.9	4.9±0.4	0.08
Interval >2 days between presurgical visit and pre-anesthesia consultation (%)	22.6	0	
Distance between home and clinic [*n* (%)]			
>25 miles	31 (60.1)	34 (44)	0.63
>50 miles	14 (25.9)	20 (30)	0.47

Patients indicated satisfaction with pre-anesthesia consultation in both groups, as seen in average scores±standard deviation (on a 5-point Likert scale, where 1=strongly disagree to 5=strongly agree). Time between presurgical visit and pre-anesthesia evaluation and distance between home and clinic was self-reported.

[a]Analysis was by *t* test except for number responding and distance between home and clinic, which was by chi-squared analysis.

Telemedicine in the Northern Territory: An assessment of patient perceptions in the preoperative anaesthetic clinic

Simon Roberts, BMedSc, MBBS (Hons), FANZCA, Brian Spain, MBBS, MRCA, DipRACOG, FANZCA, Chelsea Hicks, B.Physiotherapy, BMBS, James London, BMedSc (Hons), BMBS and Stanley Tay, BMedSc, MBBS, FANZCA

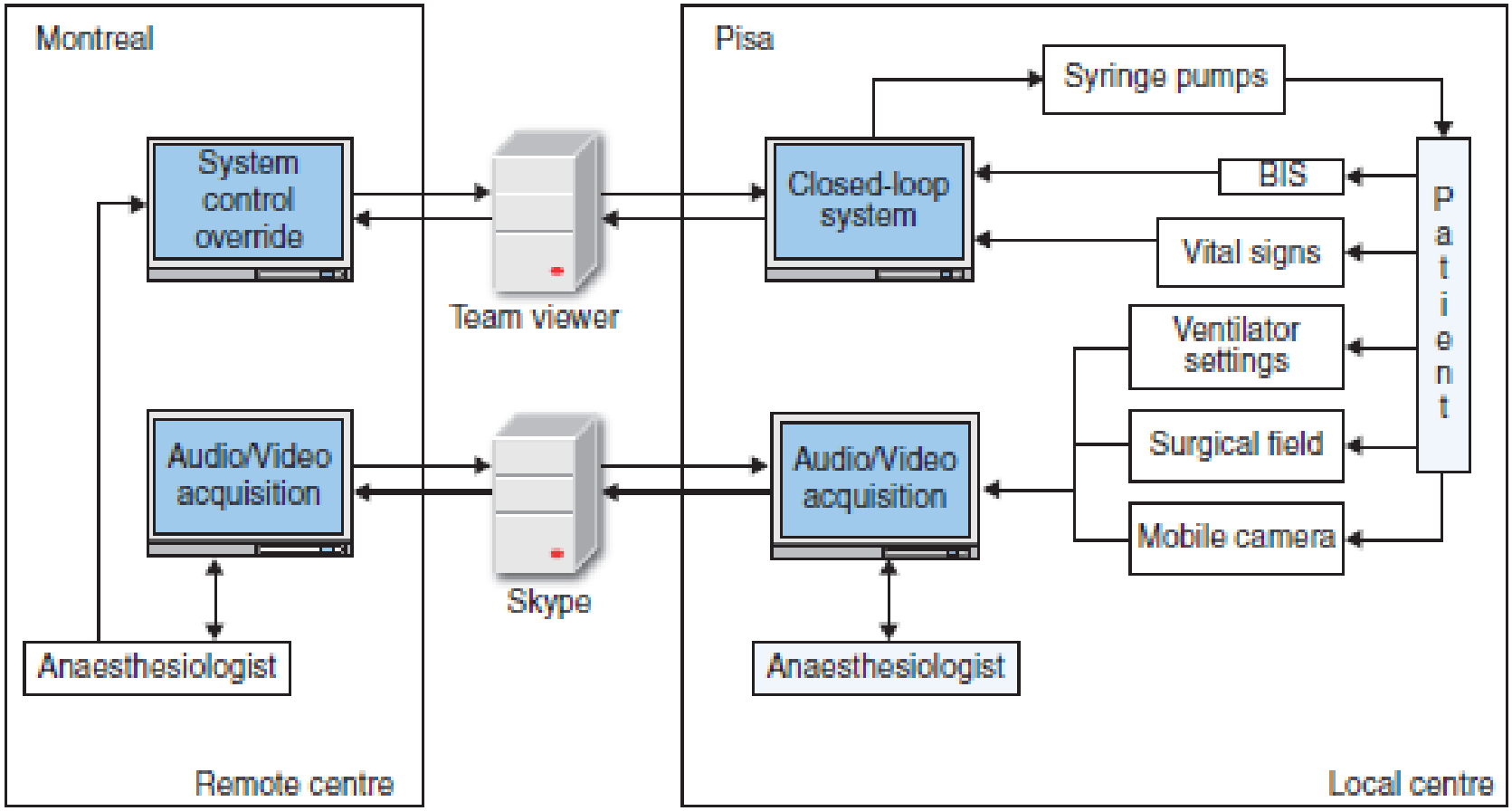
Aust. J. Rural Health (2015) 23, 136–141

TABLE 1: *Summary of scores from our questionnaire. Items 3 and 4 are negative perception questions*

	Indigenous, $n = 5$	Non-Indigenous, $n = 18$	Unknown, $n = 4$
Item 1: Technical quality (SD)	1.47 (0.52)	1.37 (0.56)	1.08 (0.29)
Item 2: Perceived efficacy (SD)	1.27 (0.46)	1.43 (0.74)	1.08 (0.29)
Item 3: Affective patient experience (SD)	3.87 (1.25)	4.26 (0.97)	4.25 (1.14)
Item 4: Patient preference (SD)	3.80 (1.30)	4.44 (0.86)	3.75 (1.89)

Transcontinental anaesthesia: a pilot study

20 patients/Thyroid surgery/TIVA/Closed loop system/Glidescope



Hemmerling TM et al. Br J Anaesth 2013

Transcontinental anaesthesia: a pilot study

Table 1 Comparison between remote and local preoperative assessment. $\kappa \leq 0.2$: poor agreement; $0.2 < \kappa \leq 0.4$: fair agreement; $0.4 < \kappa \leq 0.6$: moderate agreement; $0.6 < \kappa \leq 0.8$: good agreement; $0.8 < \kappa < 1$: very good agreement; $\kappa = 1$: perfect agreement

	Remote group ($n=20$)	Local group ($n=20$)	κ
ASA (I/II/III)	11/8/1	12/7/1	0.77
Allergies (0/1/2)	17/2/1	17/2/1	1.00
Medical history (0/1/2/3)	10/8/1/1	8/9/2/1	0.56
Airway assessment			
Mouth opening (1/2/3)	17/3/0	18/2/0	0.61
Mallampati classification (1/2/3)	14/6/0	9/9/2	0.55
Thyromental distance (1/2)	20/0	20/0	1.00
Neck mobility (1/2)	20/0	20/0	1.00
Larynx mobility (0/1)	20/0	20/0	1.00

Hemmerling TM et al. Br J Anaesth 2013

Télémédecine : les outils

Partager A+ A-

25 juin 2015

Une stratégie nationale de déploiement de la télémédecine a été mise en œuvre dès la publication du décret du 19 octobre 2010 relatif à la télémédecine. Ce projet est piloté par la direction générale de l'offre de soins (DGOS).

Un comité de pilotage national a été mis en place afin de mieux coordonner les initiatives des nombreux acteurs intervenant sur le sujet. Ce comité est animé par la DGOS avec l'appui d'autres partenaires institutionnels tels que la DSSIS, l'ASIP Santé, la DSS, la CNAM-TS, l'ANAP, la HAS, la DATAR, la DGCIS et les représentants des usagers.

Le comité de pilotage national a identifié, en mars 2011, 5 chantiers prioritaires pour faciliter le déploiement de la télémédecine en France. Ces domaines d'application visent tous à améliorer l'accès aux soins et leur qualité, de même que la qualité de vie des malades ou la réponse à un problème de santé publique :

- permanence des soins en imagerie médicale
- prise en charge des accidents vasculaires cérébraux (AVC)
- santé des personnes détenues
- prise en charge d'une maladie chronique : insuffisance rénale chronique, insuffisance cardiaque, diabète…
- soins en structure médico-sociale ou en hospitalisation à domicile (HAD).

Il s'agit d'une étape fondamentale pour passer d'une phase de « pionniers » à un déploiement effectif de la télémédecine.

Un certain nombre d'outils participant de la mise en œuvre du plan national de déploiement de la télémédecine sont par ailleurs mis progressivement à la disposition des acteurs.

La Télémédecine aujourd'hui:

- Permet une réduction des délais de prise en charge pour des patients éloignés
- Répond au défi démographique
- Est un moyen important de restructuration de l'organisation des soins

☞Si aujourd'hui elle reste un défi, elle deviendra demain un atout, dès lors que son déploiement sera assuré

253 questionnaires ont été distribués avant consultation d'anesthésie aux patients ayant une intervention prévue en ambulatoire au CHU de NANCY

Etant actif, venir au CHU de Nancy pour cette consultation d'anesthésie
vous a-t-il contraint à poser congés ?

- oui : 31,2%

un jour de congés : 34,8%
une demi-journée de congé : 65,2%

A quelle distance se situe votre domicile du CHU de Nancy ?

- Moins de 50 km : 58,1%
- Entre 50 et 100 km : 24,9%
- Plus de 100 km : 17%

La télémédecine demain:

Quel est votre temps de trajet de votre domicile au CHU de Nancy ?

- Moins de 1h : 63,2%
- Entre 1h et 2h : 31,2%
- Plus de 2h : 5,6%

La télémédecine demain:

Pouvez-vous avoir accès à un ordinateur ou une tablette ?
- oui : 84,5%
- non : 15,5%

Equipé(e) d'une webcam de bonne qualité ?
- oui : 45,7%
- non : 52,5%

Avez-vous déjà utilisé des logiciels de communication tel que skype ou MSN messenger?
- oui : 58,1%
- non : 38,3 %
- non réponses : 6,6%

si oui :
- plusieurs fois par semaine : 28%
- plusieurs fois par mois : 23,1%
- utilisation sporadique : 48,9%

La télémédecine demain:

Auriez-vous accepté d'avoir une consultation d'anesthésie par visio ou webconférence pour cette intervention?

- oui : 45,8%
- non : 50,1%
- non réponses : 4,1%

Si oui, pourquoi ?

Gain de temps, difficultés de déplacement, simplicité, et jour de congés « économisés » sont les arguments les plus souvent avancés.

Si non, pourquoi ?

- Raison technique (absence d'équipement informatique nécessaire) : 10%
- Raison pratique (difficultés pour l'utilisation des logiciels et matériels informatiques) : 22%
- Communication avec l'anesthésiste lors d'une consultation traditionnelle:68%

Procédure du CHLS

Les patients pouvant bénéficier d'une CPAT avant un geste chirurgical doivent répondent à plusieurs conditions. Il s'agit de patients :

- connus du service et le geste chirurgical est une prolongation d'un premier acte
- **ayant déjà eu une consultation d'anesthésie tracée dans son dossier médical dans l'année en cours**
- le plus souvent ASA 1 ou 2 (voir 3) ;
- n'ayant pas présenté de changement notable de son état de santé depuis la CPA précédente.

Merci au Dr Pierre-Yves Carry, PHAR des HCL

Quand envisager la CPAT?

- **Au moment de sa consultation de chirurgie**, le chirurgien propose au patient une CPAT.
- **Après accord du patient**, un AR est contacté et valide, ou non
  - en fonction du descriptif réalisé par le chirurgien ou son aide : type de chirurgie, âge du patient, terrain, existence ou non d'anticoagulants…
  - **Cet accord est tracé dans le dossier médical du patient.**
- Une fiche de liaison chirurgien-anesthésiste est remplie et disponible au moment de la CPAT.
- Un rendez-vous de CPAT (date et heure) est alors fixé au patient et les documents inhérents à l'anesthésie (information du patient, questionnaire médical…) sont remis.

Merci au Dr Pierre-Yves Carry, PHAR des HCL

Consultation pre-anesthésique par téléphone

La consultation pré anesthésique par téléphone pourrait être une alternative à la traditionnelle CPA en cas de chirurgies répétées chez un même patient si la technique d'anesthésique est comparable d'un geste chirurgical à l'autre.

mais…

Des recommandations restent à proposer pour maintenir une CPA sécuritaire et de bonne qualité pour ce mode de prise en charge

BMC Anesthesiology

RESEARCH ARTICLE Open Access

A call centre and extended checklist for pre-screening elective surgical patients – a pilot study

Guy Ludbrook[1,2*], Richard Seglenieks[2†], Shona Osborn[2†] and Cliff Grant[1†]

2015

Table 1 Patient characteristics

Characteristic	Value – incidence, mean or median
Male - %	51.8 %
Age – mean (SD)	58 (15) years
ASA 1	14.9%
ASA 2	54.4%
ASA 3	29.7%
BMI – mean (SD)	29.1 (7.9)
No. of medications – median (range)	4 (0–18)
Hypertension - %	47.2%
Heart disease - %	17.4%
Diabetes - %	15.4%
Surgery actually performed (number)	
- Endoscopy	135
- ENT/Ophthalmology	7
- Urology	12
- Gynaecology	17
- Vascular/Cardiology	2
- General surgery	12
- Orthopaedics	8

Table 2 The proportion of surgical cases considered suitable to bypass the existing outpatient clinic if assessed in a call centre. The reviewers were the anaesthetist managing the case (the procedural anaesthetist) and a panel of four senior anaesthetists

Reviewer	Cataract	Cholecystectomy	Total hip replacement
Procedural anaesthetist		159/178 (89%)	
Reviewer 1	185/193 (96 %)	162/193 (84 %)	158/193 (82 %)
Reviewer 2	187/193 (97 %)	156/193 (81 %)	154/193 (80 %)
Reviewer 3	187/193 (97 %)	164/193 (85 %)	158/193 (82 %)
Reviewer 4	183/193 (95 %)	160/193 (83 %)	152/193 (79 %)

Table 3 Reasons for needing to attend outpatients. For some patients more than one reason was provided, and reasons were often not provided by procedural anaesthetists

Reason	Procedural anaesthetist	Panel	Comment
BMI	1	11	Panel cut off: BMI > 50
OSA	1	1	
Cardiac or Vascular disease	7	13	
Breathlessness		4	
Respiratory disease	1	10	
Neck mass or disease	1	4	Large thyroid
			Stiff neck
			Mouth opening
			Airway
Warfarin therapy		2	
Investigations	1		Cardiac report
Diabetes management	2	2	
Jehovahs Witness		2	Informed consent
Other		2	Previous ICU care
			Multiple diseases
			Cirrhosis
			Kidney transplant

Anaesthesia, 2004, **59**, pages 971–978

The accuracy of trained nurses in pre-operative health assessment: results of the OPEN study

W. A. van Klei,[1] P. J. Hennis,[2] J. Moen,[3] C. J. Kalkman[4] and K. G. M. Moons[5]

Table 1 Patient characteristics ($N = 4540$). Numbers are absolute values (%).

Gender: male		2147 (47.3)
Mean age (SD); year		48.2 (16.2)
Surgery:	General surgery	849 (18.7)
	Ear-Nose-Throat/ Dental surgery	815 (17.9)
	Gynaecology/Obstetrics	577 (13.2)
	Orthopaedic surgery	563 (12.4)
	Eye surgery	492 (10.8)
	Plastic surgery	439 (9.7)
	Urology	304 (6.7)
	Neurosurgery	261 (5.7)
	Vascular surgery	128 (2.8)
	Other (Radiotherapy, Nephrology)	112 (2.5)
Patients with significant comorbidity (ASA 3 or 4)*		247 (5.5)

ASA = American Society of Anesthesiologists physical condition rating scale. *Available for 4495 patients (99%).

Anaesthesia, 2004, **59**, pages 971–978

The accuracy of trained nurses in pre-operative health assessment: results of the OPEN study

W. A. van Klei,[1] P. J. Hennis,[2] J. Moen,[3] C. J. Kalkman[4] and K. G. M. Moons[5]

		Anaesthetists		
		Not ready (T+)	Ready (T–)	Total
Nurses	Not ready (T+)	263 (6.1)	508 (11.8)	771 (17.9)
	Ready (T–)	54 (1.3)	3494 (80.9)	3548 (82.1)
	Total	317 (7.3)	4002 (92.7)	4319 (100)

T+, 'Test' positive; T–, 'Test' negative; Sensitivity, 83% (263/317), 95% CI: 79–87%; Specificity, 87% (3494/4002); 95% CI: 86–88%. Positive predictive value = 34% (263/771), 95% CI: 31–38%. Negative predictive value = 98% (3494/3548), 95% CI: 98–99%.

Table 6 Time required in minutes by the anaesthetists and by the nurses to complete the health assessments during OPE, stratified by ASA classification.

Patients		Median (25th; 75th)	Geometric mean	Ratio (95% CI)
All	Nurse	9 (7; 12)	8.7	1.85 (1.80–1.90)
	Anaesthetist	5 (3; 8)	4.7	
ASA 1	Nurse	7 (5; 10)	7.3	1.99 (1.91–2.07)
	Anaesthetist	4 (2; 6)	3.7	
ASA 2	Nurse	10 (7; 14)	10.1	1.81 (1.74–1.89)
	Anaesthetist	6 (4; 9)	5.6	
ASA 3 or 4	Nurse	13 (9; 19)	13.3	1.55 (1.37–1.76)
	Anaesthetist	9 (5; 14)	8.6	

ASA, American Society of Anesthesiologists physical condition rating scale; 25th; 75th, 25th and 75th percentiles; Geometric mean, Exp (mean log time); Ratio, ratio of geometric means.

Conclusion

Au total,

- ☞La téléconsultation est fortement encouragée par nos tutelles
- ☞Elle reste relativement confidentielle en anesthésie
- ☞A très court terme, l'utilisation de ces NTIC doivent profiter aux patients détenus ou aux personnes âgées institutionnalisées
- ☞A moyen terme, avec la démocratisation des NTIC, après avoir identifié les prérequis nécessaires pour prétendre en bénéficier, on pourra envisager ce type d'exercice depuis le domicile des patients .
- ☞La CPA par téléphone, pour des actes répétés chez des patients connus du service, devrait trouver sa place
- ☞Un questionnaire informatisé devrait permettre de sélectionner les patients qui pourraient être vus en VPA

ET C'EST QUOI TON IDÉE GÉNIALE POUR ÊTRE SÛR DE CONTRÔLER L'INFORMATIQUE?
AU MOINDRE DOUTE, JE COUPE LE JUS.