



# La consultation d'anesthésie de demain

---

Dr C. ECOFFEY (Rennes)

## 1. Introduction

La médicalisation de la consultation d'anesthésie habituellement 1 à 2 semaines avant un acte interventionnel, suite au décret sécurité anesthésique du 5 décembre 1994, a permis des progrès importants en quelques années. Cette consultation est réalisée par un médecin anesthésiste-réanimateur. Elle a pour but d'évaluer l'état de santé du patient et d'optimiser sa prise en charge en vue de l'acte interventionnel. Elle permet de déterminer les modalités d'anesthésie adaptées à cet acte, à l'état de santé du patient, ainsi qu'aux risques liés à l'anesthésie proprement dite et d'en informer ce dernier. Pendant de nombreuses années, il n'existait pas d'études contrôlées montrant directement l'impact clinique de la consultation d'anesthésie sur la morbidité et la mortalité ; une étude américaine vient récemment de confirmer une réduction de 50% de la mortalité chez des patients chirurgicaux opérés en hospitalisation conventionnelle ayant eu une consultation d'anesthésie faite à distance de l'acte opératoire [1].

## 2. Utilisation d'internet

Actuellement, plus de 40 % des patients utilisent Internet pour se renseigner sur leur pathologie [2]. Des informations sur l'anesthésie seraient certainement utiles. La SFAR a une partie « usagers » sur son site internet avec de telles informations disponibles pour les usagers.

Dans le cadre de la consultation d'anesthésie, un questionnaire de pré-anesthésie est habituellement utilisé dans la plupart des établissements de santé. Une informatisation de celui-ci pourrait être utile. En effet, la lecture d'un document remis lors de la consultation n'est pas réalisée par un

tiers des patients [3]. Les patients semblent favorables à la création d'une plateforme internet d'anesthésie avec une mise à disposition d'informations sur la période péri-opératoire et l'accès à une interface médecin/patient [4]

## 3. Simplification de la consultation d'anesthésie

Devant l'augmentation de l'activité anesthésique, 11,5 millions en 2010 [5], la vraie question dans le cadre de la consultation d'anesthésie de demain est la simplification du processus sans dégrader la sécurité qu'apporte la consultation d'anesthésie préopératoire. La consultation est impérative pour l'information du patient, l'examen clinique afin de dépister les critères éventuels d'intubation difficile, et la notion d'allergie. C'est indispensable chez le patient y compris ASA I.

### 3.1. Visite pré-anesthésique

La visite pré-anesthésique, la veille au soir, doit être simplifiée, ce d'autant que demain, 80 % des patients viendront le jour de leur intervention. Le décret de 1994 va être modifié pour permettre la visite pré-anesthésique le jour de l'induction : check-list à l'arrivée et confirmation par l'anesthésiste-réanimateur au bloc opératoire. Dans le futur, la visite pré-anesthésique ne se fera non pas dans les heures préopératoires, mais dans les 24h pré-anesthésiques, ce qui permettra de la faire immédiatement avant l'anesthésie, à condition d'avoir organisé un préfiltre avec une check-list.

### 3.2. Consultation d'anesthésie par les paramédicaux

C'est une question ancienne avec différentes organisations dans le monde occidental. Un éditorial

d'Anaesthesia de 1992 était opposé [6]. Néanmoins, une expérience néerlandaise rapportait que 87 % des patients sont déclarés aptes pour l'anesthésie en concordance avec les anesthésistes-réanimateurs [7]. La SFAR a rappelé récemment que la consultation d'anesthésie est un acte médical. Les recommandations de l'ESA de 2011 proposaient que lorsque la consultation est faite par un paramédical, il faille confirmer le résultat par un médecin [8]. Néanmoins, les paramédicaux peuvent être une aide pour donner les informations au patient, en particulier, les consignes pour l'ambulatoire et également pour vérifier la compréhension du patient pour l'acte anesthésique et chirurgical.

### 3.3. Le futur : la consultation en télé-médecine

A minima une consultation téléphonique pourrait s'envisager même dans le cadre du décret sécurité anesthésique actuel si un examen clinique peut être fait. Ce n'est pas habituel, néanmoins on pourrait l'envisager pour un patient déjà connu : intervention « simple » de type 2<sup>ème</sup> côté d'un canal carpien, ablation de matériel, pas de prise d'anticoagulant, dossier d'anesthésie informatisé. Dans ce cas, il faudrait vérifier l'identité au téléphone (date de naissance, taille, 1<sup>ère</sup> intervention, date). Il reste le problème de la rémunération mais la visite pré-anesthésique n'est pas rémunérée ; on pourrait peut-être la rémunérer dans ce cas. Cette proposition est un avis personnel.

La définition d'une consultation pré anesthésique de télé-médecine est une consultation réalisée par un anesthésiste réanimateur à distance (donc sans la présence physique du patient à ses côtés) au moyen d'un dispositif spécifique en vue d'un acte

opératoire. L'expérience de la consultation en télé-médecine pour les patients en détention par visioconférence fonctionne bien [9]. Plusieurs expériences ont eu lieu en France. Elle nécessite, néanmoins, un professionnel de santé au bout de la chaîne. En termes de sécurité, l'évaluation des critères d'intubation difficile a des résultats qualitatifs identiques [10]. De plus, le retour des patients qui ont eu une évaluation préopératoire pour un geste invasif sous anesthésie faite par l'intermédiaire de la télé-médecine est bon au Canada et aux États-Unis, pays qui ont des régions vastes et peu peuplées [11].

Récemment le Comité Analyse et Maitrise du Risque a fait une proposition dont les grandes lignes sont résumées [12] : *Les patients concernés seraient probablement ceux devant bénéficier d'une intervention à risque mineur ou intermédiaire. La consultation pré anesthésique de télé-médecine nécessite d'être réalisée dans un environnement sécurisé et adapté incluant l'authentification du praticien, l'identification du patient, une liaison sécurisée, et la capacité de réaliser à distance un examen physique (inspection, prise de constantes, éventuellement auscultation). La nature du dispositif technique spécifique reste à déterminer à l'aune des évolutions technologiques actuelles et à venir : dispositif intégré de télé-médecine, dispositif personnel de « santé connectée » ? La consultation pré anesthésique dématérialisée serait réalisée plusieurs jours avant l'acte sur la base d'un rendez-vous programmé avec un anesthésiste réanimateur. Ce délai permettrait de réaliser en complément, si nécessaire, une consultation présenteielle. La question de savoir si le patient doit être ou non accompagné d'un professionnel de santé (médecin ou infirmière) afin de*

pouvoir faciliter la consultation pré anesthésique, réaliser un examen clinique et aider à la compréhension éventuelle des informations apportées reste ouverte. La présence d'un professionnel de Santé est actuellement le modèle pour les patients incarcérés, ce qui permet de valider les critères d'intubation difficile. L'examen médical comprendrait l'anamnèse du patient et les précisions sur son suivi médical. L'examen clinique préciserait au minimum le poids, la taille, le pouls, la pression artérielle et les éléments cliniques les plus récents. Le consentement du patient à cette consultation pré anesthésique dématérialisée (y compris sur les moyens techniques utilisés) serait recueilli après information. Dans le cadre d'une consultation pré anesthésique de télé-médecine, le rôle de la Visite Pré Anesthésique est essentiel, puisqu'il s'agit du premier contact physique entre l'équipe d'anesthésie et le patient. L'information sera à nouveau rapportée au patient. La réalisation d'une consultation dématérialisée par télé-médecine ne peut être facturée actuellement, en raison de l'absence de codification. Plusieurs questions demeurent : quels sont les moyens pour rechercher d'éventuels critères de ventilation et d'intubation difficile ? Est-il possible ou nécessaire d'ausculter le patient à distance ? Comment récupérer les résultats d'examens para cliniques antérieurs, comment délivrer une ordonnance (traitement, examens complémentaires) en garantissant le secret médical ?

## Conclusion

Le concept de la consultation d'anesthésie de demain doit avoir pour but d'apporter une aide et une simplification à cet acte, sans dégrader la sécurité anesthésique.

## REFERENCES

1. Blitz JD, Kendale SM, Jain SK, Cuff GE, Kim JT, Rosenberg AD. Preoperative Evaluation Clinic Visit Is Associated with Decreased Risk of In-hospital Postoperative Mortality. *Anesthesiology* 2016; 125: 280-289
2. Kurup V, Considine A, Hersey D, Dai F, Senior A, Silverman DG et al. Role of the Internet as an information resource for surgical patients: a survey of 877 patients. *Br J Anaesth* 2013 ; 110: 54-58
3. Page M, Biot L, Boiste F, Collin A, Closon M, Dartayet B et al. Questionnaire préanesthésique et document d'information : utile et fiable ? *Anesthésie et Réanimation* 2015; 1: suppl 1 R508
4. Beauvais D, Schaeffer E, Lamblin A, Tourtier JP, Muller V, Galliou G et al. Vers une consultation d'anesthésie 2.0 ? *Anesthésie et Réanimation* 2015; 1 : suppl 1 R509
5. Dadure C, Marie A, Seguret F, Capdevila X. One year of anaesthesia in France: A comprehensive survey based on the national medical information (PMSI) database. Part 1: In-hospital patients. *Anaesth Crit Care Pain Med* 2015; 34: 191-197
6. Severn AM, Morris P. Anaesthetists, nurses, and pre-operative visiting. *Anaesthesia*. 1992; 47: 645
7. Van Klei W.A., Hennis P.J., Moen J., Kalkman C.J., Moons K.G. The accuracy of trained nurses in preoperative health assessment: results of the OPEN study. *Anaesthesia*, 2004; 59: 971-978
8. De Hert S, Imberger G, Carlisle J, Diemunsch P, Fritsch G, Moppett I et al. Task Force on Preoperative Evaluation of the Adult Noncardiac Surgery Patient of the European Society of Anaesthesiology. Preoperative evaluation of the adult patient undergoing non-cardiac surgery: guidelines from the European Society of Anaesthesiology. *Eur J Anaesthesiol* 2011; 28: 684-722
9. Brecht R.M., Gray C.L., Peterson C., Youngblood B. The University of Texas medical Branch- Texas department of criminal justice telemedicine project: findings from the first year of operation. *Telemedicine Journal*, 1996; 2 : 25-35
10. Le Teurnier Y., Corbière N., Landas J.L., Robert P.Y., Brulet V., Blanloeil Y. Évaluation de la qualité de télécommunications d'anesthésie par visioconférence pour des patients détenus. *SFAR*, 2011, R528
11. Wong D.T., Kamming D., Salenieks M.E., Go K., Kohm C., Chung F. Preadmission anesthesia consultation using telemedicine technology: a pilot study. *Anesthesiology*, 2004; 100: 1605-1607

12. Consultations d'anesthésies délocalisées, itératives ou en télémédecine ; Propositions du comité analyse et maîtrise du risque <http://sfar.org/anesthesies-iteratives-consultation-delocalisee/> juin 2017