

La consultation d'anesthésie demain

Prof Claude Ecoffey

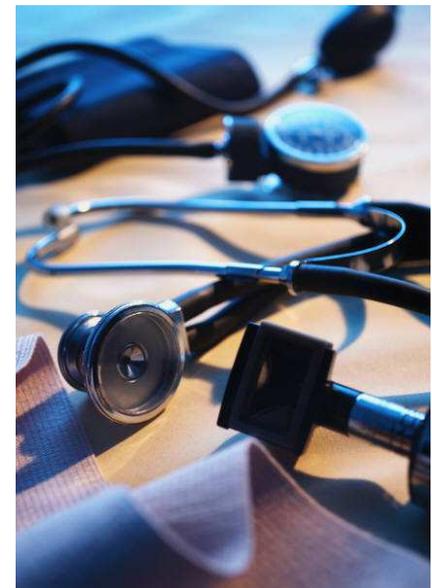


Pas de lien d'intérêt

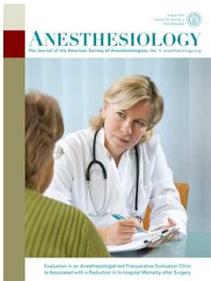


Décret sécurité anesthésique 1994

- Consultation quelques jours avant l'acte
donc au moins 48h hors urgence
- Visite pré anesthésique quelques heures avant l'acte
donc au moins 2h avant



La consultation d'anesthésie a-t-elle un impact sur la morbidité et la mortalité périopératoire ?



Preoperative Evaluation Clinic Visit Is Associated with Decreased Risk of In-hospital Postoperative Mortality

Jeanna D. Blitz, M.D., Samir M. Kendale, M.D., Sudheer K. Jain, M.D., Germaine E. Cuff, Ph.D., Jung T. Kim, M.D., Andrew D. Rosenberg, M.D.

2016

- 64418 patients hospitalisés
- 11 décès 35535 patients avec CPA
- 23 décès pour 28883 patients sans CPA
- Odds ratio 0.48; 95% CI, 0.22 to 0.96, $P = 0.04$

Autres bénéfices de la consultation d'anesthésie

- La consultation d'anesthésie est un facteur d'efficacité économique (consultations spécialisées demandées, réduction des annulations, des retards et reports opératoires, et aussi de la durée de séjour)
- La consultation d'anesthésie: moment privilégié de l'information du patient
- La consultation d'anesthésie: un élément de satisfaction pour les patients

ECONOMICS, EDUCATION, AND HEALTH SYSTEMS RESEARCH
SECTION EDITOR
RONALD D. MILLER

Patient Satisfaction with Preoperative Assessment in a Preoperative Assessment Testing Clinic

David L. Hepner, MD*, Angela M. Bader, MD*, Shelley Hurwitz, PhD, MS, MA+,
Michael Gustafson, MD, MBA†§, and Lawrence C. Tsen, MD*

La consultation d'anesthésie demain

Anaesth Crit Care Pain Med 34 (2015) 191–197



Original Article

One year of anaesthesia in France: A comprehensive survey based on the national medical information (PMSI) database. Part 1: In-hospital patients



Christophe Dadure ^{a,b,*}, Anaïs Marie ^a, Fabienne Seguret ^c, Xavier Capdevila ^{a,b}

> 11,5 millions d'anesthésie en 2010

Trouver une simplification

Alternative : consultation par des IADE

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. Kalkman⁴ and K. G. M. Moons⁵



- 87% des patients sont aptes pour l'anesthésie en concordance avec les AR
- Sur les 13 % d'avis discordants, 1,3 % étaient considérés comme aptes par les paramédicaux alors qu'ils ne l'étaient pas et 11,7 % comme inaptes alors qu'ils l'étaient pour les AR.

Ce n'est pas une solution !

Anaesthesia, 1992, Volume 47, page 645



Editorial

Anaesthetists, nurses, and pre-operative visiting

The pre-operative visit of patients by their anaesthetist is considered by both the Royal College of Anaesthetists and the Association of Anaesthetists to be an essential part of modern anaesthetic management and good practice [1]. The Association *Survey of anaesthetic practice* [2] showed that the majority of patients do indeed receive a pre-operative visit from the anaesthetist responsible for their clinical care.

Is a pre-operative visit important, and if so for whom, and by whom should it be performed? The question is particularly relevant at a time when management, concerned to maximise the throughput of scheduled cases through an operating theatre, might be tempted to regard time allocated for ward work as wasted time, and when operating theatre nurses, anxious to preserve professional status in the wake of the Bevan report [3], attempt to establish their own system of pre-operative visiting.

A pre-operative visit has been shown to be consistently beneficial for patients. Fifteen years ago, Leigh *et al.* [4] claimed that a representative of the anaesthetist, possibly a nurse, might be usefully employed in pre-operative visiting. In 1991, however, the observations of Lonsdale and Hutchinson [5] that patients expect to 'assess the person to whom they are entrusting themselves' has to be taken seriously. In today's medicolegal climate where the right of a patient to be informed is stressed, it is a brave anaesthetist who is prepared to delegate the task of visiting to anyone other than a colleague (e.g. a trainee anaesthetist who will be also involved in the clinical care). Given that anaesthetists should make a strong case for contracts that reflect pre-operative commitments, what are we to make of the trend towards operating theatre nurses making a pre-operative visit?

There is nothing new in this idea, as Leigh and his colleagues [4] showed. What is new is the concept that operating theatre nursing care can be planned in the same way as it is on the wards, on an individual basis, with a nurse being responsible for the patient's well-being throughout the peri-operative period [6,7]. This is a concept that is at odds with the obligations of the anaesthetist, who is directly and personally responsible for all aspects of the well-being of the anaesthetised patient.

An anaesthetist who is involved in discussion with nursing colleagues about operating theatre nurse visiting should be aware that what is being discussed is not the sort of visit that Leigh *et al.* recommended. Rather it is a separate evaluation of an autonomous profession to gather information about nursing requirements and to provide general reassurance. While we would not wish to interfere with the way nurses work, it must be remembered that there is a potential for conflict if the visits of nurse and doctor take place without mutual discussion. For instance, the reassurance of a nervous patient that modern anaesthesia involves 'no mask, just a little needle' may be inappropriate for the patient with a full stomach or a hiatus hernia who is required to breathe oxygen before induction. Counselling on the possibility

of complications of anaesthesia is similarly the responsibility of the anaesthetist, although operating theatre nurses may be asked about these matters.

Anaesthetists should, of course, recognise that patients may confide in nurses to an extent that they do not in doctors, and be prepared to discuss individual problems with ward nurses, whom they may also advise about appropriate patient reassurance. It is not necessary for a theatre nurse to be involved at this stage. As one nurse teacher puts it [8]: 'a bright smile and a grilling from a theatre nurse... visiting for a few brief minutes are not going to help. Helping the patient with pre-operative anxiety is more properly the province of the ward nurse'.

The visiting of patients by operating theatre nurses may be educational and good for nurses' morale and professional status. However, in a service in which the professional's time is a valuable resource, a manager could see the visit of operating theatre nurse and anaesthetist as duplication. Under these circumstances it is vital that anaesthetists leave management in no doubt that pre-operative visiting by anaesthetists is essential for safe practice and that time is allocated in contracts for this function. This duty should be assiduously carried out; failure to visit a patient pre-operatively should occur only exceptionally. This is a duty which cannot be delegated to nurses, and properly carried out by the anaesthetist should make an operating theatre nurse's visit unnecessary.

Department of Anaesthesia,
Macclesfield District General Hospital,
Macclesfield SK10 3BL

A.M. SEVERN

Department of Anaesthesia,
Royal Manchester Children's Hospital,
Pendelbury,
Manchester M27 1HA

P. MORRIS

References

- [1] *Workload for consultant anaesthetists*. The Association of Anaesthetists of Great Britain and Ireland 1990.
- [2] *Survey of anaesthetic practice*. The Association of Anaesthetists of Great Britain and Ireland 1987.
- [3] BEVAN PG. *The management and utilization of operating departments*. NHS Management Executive VFM Unit 1989.
- [4] LEIGH JM, WALKER J, JANAGANATHAN P. Effect of pre-operative anaesthetic visit on anxiety. *British Medical Journal* 1977; **2**: 987-9.
- [5] LONSDALE M, HUTCHINSON GL. Patients' desire for information about anaesthesia. *Anaesthesia* 1991; **46**: 410-13.
- [6] COFF GN, POOLE D, HETHERINGTON J. Theatre nursing care planning. *British Journal of Theatre Nursing* (NATNews) 1990; **27**(5): 12-13.
- [7] ALEXANDER A. Congress: Anaesthesia and Recovery Special Interest Group. *British Journal of Theatre Nursing* (NATNews) 1986; **23**(2): 22-23.
- [8] NIGHTINGALE K. The Ideal and the Actual: Pre-operative Visiting Revisited. *British Journal of Theatre Nursing* (NATNews) 1988; **25**(12): 12-13.

Ce n'est pas une solution !

- C'est un acte médical...



- Décret nouvelle version :

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 d'un 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.*

GUIDELINES

Preoperative evaluation of the adult patient undergoing non-cardiac surgery: guidelines from the European Society of Anaesthesiology

Stefan De Hert, Georgina Imberger, John Carlisle, Pierre Diemunsch, Gerhard Fritsch, Iain Moppett, Maurizio Solca, Sven Staender, Frank Wappler and Andrew Smith, the Task Force on Preoperative Evaluation of the Adult Noncardiac Surgery Patient of the European Society of Anaesthesiology



2011

Recommendations

- (1) Preoperative standardised questionnaires may be helpful in improving anaesthesia evaluation in a variety of situations (grade of recommendation: D).
- (2) If a preoperative questionnaire is implemented, great care should be taken in its design (grade of recommendation: D), and a computer-based version should be used whenever possible (grade of recommendation: C).
- (3) Preoperative evaluation should be carried out with sufficient time before the scheduled procedure to allow for the implementation of any advisable preoperative intervention aimed at improving patient outcome (grade of recommendation: D).
- (4) Preoperative assessment should at least be completed by an anaesthetist (grade of recommendation: D), but the screening of patients could be carried out effectively either by trained nurses (grade of recommendation: C) or anaesthesia trainees (grade of recommendation: D).
- (5) A pharmacy personnel member may usefully be included in preoperative assessment, in order to reduce discrepancies in postoperative drug orders (grade of recommendation: C).
- (6) There is insufficient evidence to recommend that the preferred model is that a patient should be seen by the same anaesthetist from preoperative assessment through to anaesthesia administration (grade of recommendation: D).

La perspective : Aide par des Infirmier(e)s

- Information du patient, en particulier consignes ambulatoires.
- Vérification de la compréhension du patient.

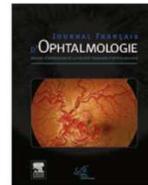
Pertinence de la consultation d'anesthésie

Journal français d'ophtalmologie (2013) 36, 50–54



Disponible en ligne sur
SciVerse ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
EM|consulte
www.em-consulte.com



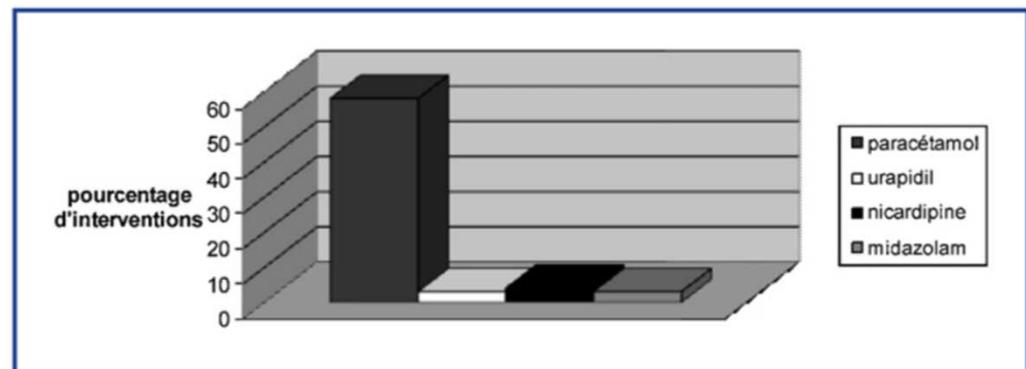
Faut-il une consultation
d'anesthésie pour tous
les actes ?

ARTICLE ORIGINAL

Protocole simplifié de prise en charge anesthésique chez les patients opérés de cataracte sous topique : étude rétrospective sur un an

Simplified anesthesia protocol for cataract surgery under topical anesthesia:
One year retrospective study

C. de Beketch^{a,*}, M. Boissonnot^a, A.-F. Bernit^b,
B. Debaene^b, M. Djabarouti^a, N. Bouamama^a,
P. Dighiero^a



La perspective : Consultation anesthésie ciblée

Etiquette patient

A DESTINATION DU CHIRURGIEN

Pour les patients de chirurgie ophtalmologique prévus sous anesthésie locale (AT ou AST)

- Date chirurgie :
- Indication opératoire :
- Questionnaire de sélection pour une consultation d'anesthésie :

	OUI	NON
DID		
Problème de communication ou de comportement		
Cataracte « difficile »		

Si une réponse « OUI » : consultation d'anesthésie à prévoir

- Prescriptions chirurgicales préopératoires :

- PM (Atarax 25 mg) : OUI NON
- Antibioprophylaxie :
 - Intracaméculaire : OUI NON
 - Orale : OUI NON

Si oui, prescription :

Signature du chirurgien

La consultation délocalisée

- Son fonctionnement actuel dépend de l'existence d'un réseau de soins pour que soient définis le rôle et les obligations de chaque intervenant.
- Cette prestation, dans sa forme traditionnelle ou non, est limitée à des patients ASA 1 et 2 devant bénéficier d'un geste interventionnel à risque limité.
- La consultation d'anesthésie délocalisée se prête peu au mode ambulatoire.
- **Ce n'est qu'un transfert d'activité !!!**

Visite Pré-Anesthésique

- Problème de l'ambulatoire ; VPA à 6h pour le patient de 8h ???
- Demain 80% des patients viendront le jour de leur intervention comme des ambulatoires
- Dans les 2 cas on est hors la loi avec le décret de 1994...

Visite Pré-Anesthésique



©1989-2017 APM International - https://www.apmnews.com/story.php?objet=311676&idmail=PjsxFe42fDtm_2R4a6TVPSoxvg-C12KtGREg4dJ2ep8Hta2WYZ7w3OuPERfKUFzUnDZjpTe8RylyqZyR5cnDzJ2VXGZ9hhQTTjt0ylrM3joXzoHlg_G3uxPvRDJ96a6jkazyylTYW-P9CQj1GAB9nZXjuwVJDoV4sZH65802MSrbKfeMIC8sujZErR6nqYjNsZH65802MSr5KjMj5HGghWxtwGjj9vGT

DÉPÊCHE - 09/11/2017

La HAS a décidé de ne pas certifier l'hôpital de Bernay (Eure)

Une visite pré-anesthésique nettement insuffisante

La HAS constate aussi de nombreux dysfonctionnements en chirurgie.

"L'intimité et la confidentialité ne sont pas toujours assurées" "compte tenu de la relative exigüité des locaux", souligne-t-elle.

Elle relève aussi que l'organisation de la visite pré anesthésique "ne permet pas la sécurité de tous les patients".

Elle précise que cette situation a été observée lors du patient traceur 'enfant en hospitalisation complète de chirurgie'.

"Le parent présent auprès de l'enfant n'a pas rencontré d'anesthésiste préalablement à l'entrée de son enfant au bloc opératoire", relate-t-elle. "Si la visite pré-anesthésique a eu lieu au sein du bloc, le parent n'a donc pas été interrogé sur l'état de santé de son enfant au cours des jours précédant l'intervention", déplore la HAS.

Perspectives : VPA

- Projet en cours avec la DGOS de modification du décret sur ce point
- « dans les heures précédent l'acte interventionnel » remplacé par « dans les 24 heures précédent l'acte interventionnel »
- Donc cela peut se faire immédiatement avant l'acte et doit être tracé sur la feuille d'anesthésie, **mais faire une check-list à l'arrivée à l'établissement de santé**



Check-list et VPA

VISITE PRÉ ANESTHÉSIQUE

	Oui	Non
Non respect du jeûne pré opératoire - liquides claires 2h / allaitement 4h / solides 6h	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gestion du traitement - arrêt / modification / introduction	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nouvel évènement médical depuis la consultation pré anesthésique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Absence de deux accompagnants si retour en voiture (enfant < 10 ans)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Absence d'autorisation de soin (enfant < 18 ans)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fièvre > 38,5°C dans les 5 derniers jours	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toux productive dans les 5 derniers jours	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Décompensation ou crise asthme dans les 5 derniers jours	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Découverte récente d'une allergie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Souhaite rencontrer ou poser une question au MAR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

S'il existe un ou plusieurs **oui**, prévenir : l'**anesthésiste** au numéro de téléphone

La télé-médecine

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.

CLINICAL PRACTICE

Role of the Internet as an information resource for surgical patients: a survey of 877 patients

V. Kurup^{1*}, A. Considine³, D. Hersey⁴, F. Dai^{1,2}, A. Senior¹, D. G. Silverman¹ and S. Dabu-Bondoc¹

Procedure	Yes	No	No response
Anaesthesia	36 (4%)	831 (95%)	10 (1%)
Surgery	321 (37%)	535 (61%)	21 (2%)
Surgeon	279 (32%)	555 (63%)	43 (5%)
Hospital	163 (19%)	658 (75%)	56 (6%)
Medical condition	356 (41%)	475 (54%)	46 (5%)

R509

Vers une consultation d'anesthésie 2.0 ?



Delphine Beauvais, Élodie Schaeffer*, Antoine Lamblin, Jean-Pierre Tourtier, Violaine Muller, Georges Galliou, Sylvain Ausset, Patrick Jault
Anesthésie, hôpital d'instruction des armées Percy, Clamart, France

- 70% des patients favorables à la mise en place d'un site internet d'information sur l'anesthésie.
- 71% favorables au remplissage en ligne d'un questionnaire d'anesthésie.
- 2,9% des patients ont cherchés des informations sur internet pour l'anesthésie.

Perspectives : Consultation par téléphone

- L'interview téléphonique préopératoire pourrait représenter, chez certains patients et pour certaines interventions, une alternative ou une simplification *qui reste pour l'instant hors du champ de la consultation d'anesthésie tel que défini par la loi.*

Consultation par téléphone

- Avis personnel +++
- Serait possible pour un patient déjà connu :
intervention « simple » type 2^{ème} côté canal carpien,
ablation matériel...
- Pas d'anticoagulant
- Dossier informatisé
- Au téléphone vérification identité : date de
naissance, taille, 1ère intervention, date...

L'interview téléphonique : attention au message



**SUJET : ETABLISSEMENTS DE SANTE CHU-CHR HOPITAL INFORMATIQUE
TELEMEDECINE FEDERATIONS PRO FINANCES E-SANTE ANESTHESIE
AUVERGNE AUVERGNE-RHONE-ALPES RHONE-ALPES**

La téléconsultation pré-anesthésique se développe aux HCL malgré le manque de financements

LYON, 3 août 2016 (APM) - Près de 110 téléconsultations pré-anesthésiques ont été réalisées aux Hospices civils de Lyon (HCL) malgré "l'absence de valorisation financière", a relayé la Fédération hospitalière de France (FHF) dans un communiqué diffusé mercredi dans le cadre de sa campagne "déverrouillons la télémédecine".

L'expérience de téléconsultation lyonnaise est présentée dans le communiqué de la FHF par la directrice adjointe du pôle efficacité et performance des HCL, Nathalie Borgne.

Elle fait partie des projets pilotes de télémédecine "qui ne peuvent être généralisés faute de modèle économique pertinent", a souligné la Fédération.

Les téléconsultations pré-anesthésiques sont proposées lors de la consultation chirurgicale à des patients connus des HCL. Ces patients viennent aux HCL "dans le cadre de soins itératifs" et "répondent aux critères d'inclusion des consultations pré-anesthésiques par téléphone (CPAT)", a précisé Nathalie Borgne dans le communiqué.

Elles ont fait l'objet d'un protocole opérationnel validé par le collège des anesthésistes des HCL et les chirurgiens des disciplines concernées et font actuellement l'objet d'une évaluation au sein du service d'anesthésie.

Ces expérimentations ont débuté en mars 2016, a précisé à l'APM le directeur général adjoint des HCL, Guillaume Couillard. Les 110 consultations par téléphone réalisées depuis représentent un peu moins de 10% de l'activité totale de la consultation de certaines spécialités (ORL, maxillo-facial, gastro-entérologie, imagerie, ambulatoire).

Un chiffre qui "pourrait être doublé, notamment dans le cadre du virage ambulatoire", a fait valoir Nathalie Borgne.

Evitant aux patients de se déplacer et de s'absenter de leur travail, la téléconsultation permet aussi d'optimiser l'organisation médicale dans une spécialité particulièrement en difficulté en termes de démographie médicale", a-t-elle relevé.

Cela peut être une solution !

- La téléconsultation permet chez des patients distants ou dont les capacités de déplacements sont limités (sujets dépendants, détenus...), de réaliser la consultation à l'aide d'un système de visioconférence, l'examen clinique (auscultation par exemple) pouvant être réalisé par un médecin présent aux côtés du patient et sous contrôle de l'anesthésiste-réanimateur.

N Corbière
Thèse de médecine
Nantes 2013

		Groupe Visio (n=36)	Groupe Témoin (n=78)	p
Correction de classe Mallampati	+1	9	14	<i>ns</i>
	Pas de correction	25	58	
	-1	2	6	
Correction d'ouverture buccale	Correction de > 3,5cm à < 3,5cm	0	1	<i>ns</i>
	Pas de correction	36	76	
	Correction de < 3,5cm à > 3,5cm	0	1	
Correction de distance thyro-mentonnaire	Correction de > 6,5cm à < 6,5cm	0	1	<i>ns</i>
	Pas de correction	36	74	
	Correction de < 6,5cm à > 6,5cm	0	3	
Correction de la difficulté prévisible d'intubation	Correction de facile à difficile	0	0	<i>ns</i>
	Pas de correction	36	77	
	Correction de difficile à facile	0	1	

Proposition CAMR juin 2017



- Patients ayant une intervention à risque mineur ou intermédiaire.
- Environnement sécurisé et adapté incluant l'authentification du praticien, l'identification du patient, une liaison sécurisée.
- Capacité de réaliser à distance un examen physique (inspection, prise de constantes, éventuellement auscultation).
- Nature du dispositif technique spécifique reste à déterminer : dispositif intégré de télémédecine, dispositif personnel de « santé connectée » ?
- Consultation dématérialisée réalisée plusieurs jours avant l'acte sur la base d'un RV programmé avec un AR. Ce délai permettrait de réaliser en complément, si nécessaire, une consultation présenteielle.

Proposition CAMR juin 2017



- *Présence d'un professionnel de santé afin de pouvoir faciliter la consultation pré anesthésique, réaliser un examen clinique et aider à la compréhension éventuelle des informations apportées reste ouverte.*
- *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 télémédecine, 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.*

Proposition CAMR juin 2017



Plusieurs questions demeurent :

- Consultation dématérialisée par télé-médecine non facturable

APMnews.com
Réactivité Indépendance Fiabilité

©1989-2017 APM International -

http://www.apmnews.com/story.php?objet=311092&idmail=PjsxF42fDtm_2R4a6TVPSoxvg-C12KiGDk1RA7iBMN5iKeRkm7CCMarcAQwblxU1i0L7obiF9yqZyR5cnDzJ2VXGZ9hhQTTjI0yIrm3joXzoHlg_G3uxPvRDJ96a6jkazyITYW-P9CQj1GAB9nZxjuwVJDoV4sZH65802MSrbKieMIC8sujZErR6nqYJNsZH65802MSr5KjMj5HGghWxtwGjj9vGT

DÉPÊCHE DU 27/10/2017

La télé-expertise et la téléconsultation en Ehpad inscrites dans la nomenclature

- 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 en garantissant le secret médical ?

Conclusion

- *Contraintes*

- Visite pré-anesthésique : intérêt check-list
- Nombre de consultations d'anesthésie

- *Perspective*

- Télémédecine

