51e Congrès national d'anesthésie et de réanimation. Médecins. Les essentiels.
© 2009 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés

Consultation d'anesthésie

V. Compère, B. Dureuil

Pôle Réanimations Anesthésie SAMU, CHU – hôpital Charles-Nicolle, 1, rue de Germont, 76031 Rouen cedex, France

POINTS ESSENTIELS

- La consultation pré-anesthésique est une obligation réglementaire française qui nous est enviée par de nombreux professionnels à l'étranger.
- Le bénéfice médico-économique de la consultation pré-anesthésique à distance de l'acte est important : réduction des examens complémentaires, des consultations spécialisées, des déprogrammations opératoires, etc.
- L'information due au patient et inscrit dans la loi du 2 mars 2004 renforce l'importance de la consultation avant une anesthésie.
- La qualité de la tenue du dossier d'anesthésie est retenue comme un indicateur qualité pertinent par la HAS. Son évaluation est désormais obligatoire dans les établissements de santé.
- Les capacités de mémorisation immédiate des patients sont limitées et ceci doit être pris en compte lors de la délivrance de l'information.
- Les conditions de l'information du patient sont définies par la loi du 4 mars 2002. Elles reposent prioritairement sur l'entretien médecin-patient mais la remise de fiches d'information à partir des documents de la SFAR est un complément important.
- L'utilisation de nouveaux médias en complément de l'entretien oral pourrait améliorer la qualité de l'information. Le développement de supports inter-actifs d'information (CD-Rom) devrait être favorisé.
- Les consultations délocalisées sont possibles mais doivent se conformer aux conditions définies par la SFAR et se dérouler préférentiellement dans le cadre d'un réseau institutionnel.

Introduction

La consultation d'anesthésie est un passage obligé en France avant toute procédure requérant la présence d'un anesthésiste réanimateur [1]. Quelque soit la chirurgie et son mode de pratique, ambulatoire ou intra-hospitalière, ou le geste diagnostic nécessitant une anesthésie, telle une endoscopie, l'évaluation pré-anesthésique requiert une attention particulière de l'état de santé du patient afin de minimiser au maximum le risque que pourrait encourir ce dernier ; elle est également le prélude à la planification du parcours du patient avant, durant et après le geste interventionnel [2].

Élément important dans l'évaluation du risque, la consultation d'anesthésie dépasse de loin la simple visite pré-anesthésique la veille de l'intervention, par ses nombreux avantages pour le patient, pour l'anesthésiste et pour la société [3]. La consultation d'anesthésie, plus de 15 ans après l'application du décret sur la Sécurité Anesthésique du 5 décembre 1994 est désormais un élément structurant et incontournable de la prise en charge opératoire. En outre, le renforcement du devoir d'information des patients au cours de ces dernières années conforte définitivement son importance.

Histoire de la consultation d'anesthésie

Les premières descriptions de la consultation d'anesthésie remontent à près de 50 ans dans les pays anglo-saxons mais elle était alors limitée à certains patients considérés à haut risque ou à certaines interventions délicates et n'était de loin pas institutionnalisée. De plus, les informations concernant l'organisation de la consultation d'anesthésie, son usage et ses résultats restaient vagues.

En France, le décret du 5 décembre 1994 sur la Sécurité Anesthésique a défini les conditions de réalisation de la consultation préanesthésique qu'il a rendue obligatoire [1]. Il n'y a pas d'équivalent juridique en Allemagne, en Autriche ou en Suisse pas plus qu'aux États-Unis ou au Canada.

En ce qui concerne les recommandations nationales des différentes sociétés savantes d'anesthésie sur la consultation d'anesthésie, elles diffèrent d'un pays à l'autre, reflétant les divers courants politiques, économiques ou professionnels de ces pays.

Pourquoi la consultation d'anesthésie est-elle incontournable ?

Les arguments en faveur du développement de la consultation d'anesthésie sont de plusieurs ordres qui vont tous dans le sens de l'efficience et de l'amélioration de la prise en charge péri-opératoire.

Une logique de sécurité

Il y a trois façons de promouvoir la sécurité ou de réduire les risques : la prévention, la protection et la réduction de la perception du risque. La prévention du risque est le point incontournable en faveur de la consultation d'anesthésie. En effet, en termes d'analyse du risque anesthésique, l'examen du patient à distance de l'opération a un rendement bien supérieur à celui d'une simple visite la veille de l'intervention. De plus, les conditions dans lesquelles se déroule la consultation sont bien meilleures. Les éléments du risque sont anticipés, un bilan insuffisant ou l'ajustement d'un traitement voire une consultation spécialisée, peuvent être réalisés bien avant le terme de l'opération et ce en collaboration avec le médecin traitant. La stratégie chirurgicale peut être discutée avec le chirurgien et adaptée à l'état du patient en permettant par ailleurs d'optimiser l'état du patient par une préparation spécifique. Des données épidémiologiques sur la mortalité liée à l'anesthésie confirment la place importante attribuée à une évaluation et/ou une préparation préopératoire suboptimales dans la genèse d'environ 25 % des décès liés à l'anesthésie [4].

On pourrait bien évidemment faire une évaluation juste avant l'acte opératoire. Mais dans ces conditions, il faudrait accepter de réduire l'efficacité du bloc opératoire (qui est le secteur le plus coûteux d'un établissement de santé) et d'imposer aux patients et à tous les acteurs du processus opératoire des modifications ou des reports opératoires

de dernière heure, pour des patients insuffisamment préparés (voir infra). Bien que l'impact réel de la consultation d'anesthésie sur la diminution du risque opératoire soit difficile à quantifier, les évolutions que connaît le domaine de la santé, marqué par le vieillissement de la population, l'augmentation du nombre d'actes anesthésiques, le recul des limites opératoires, les nouvelles stratégies chirurgicales, et la diminution relative des ressources allouées, donnent à la consultation d'anesthésie toute son importance.

Une logique économique

C'est un domaine bien documenté dans la littérature. Il s'articule autour de trois axes principaux.

La réduction des examens préopératoires

Bien qu'il soit de longue date largement reconnu que les examens préopératoires sont prescrits en fonction de l'interrogatoire, de l'examen clinique et de l'intervention prévue, trop d'examens sont encore demandés pour d'autres raisons, telle une mauvaise organisation de l'hospitalisation, la « routine », la convenance médicale et toutes ces déviances sont associées à un coût indu. L'organisation d'une consultation d'anesthésie et l'application d'une politique raisonnable dans la demande d'examens peut engendrer une diminution des coûts liés à des examens inutiles [5,6]. De même on note une réduction très sensible du nombre des recours à des consultations spécialisées (cardiologues, pneumologues, etc.) lorsque les patients sont vus préalablement en consultation d'anesthésie [5]. Des algorithmes permettent au mieux de guider la prescription [7] même si l'on peut regretter l'absence d'un référentiel national récent depuis celui publié par l'ANDEM en 1992 [8].

La réduction de la durée d'hospitalisation

La consultation d'anesthésie a un impact favorable sur la durée d'hospitalisation en réduisant le délai entre l'hospitalisation et l'opération, l'intervention pouvant être pratiquée le jour de l'hospitalisation [5]. En effet, peu d'éléments (environnement social, distance du domicile, motif d'assurance), justifient une hospitalisation 24, voir 48 h avant l'intervention.

La diminution des retards et des reports opératoires de dernière heure

C'est probablement sur ce point que l'impact de la consultation d'anesthésie à distance génère le plus important bénéfice en termes de qualité organisationnelle du bloc opératoire. Une partie des retards et des reports opératoires de dernière heure est en étroite relation avec l'état de préparation du patient. La consultation d'anesthésie anticipe bon nombre de problèmes : les bilans et les ajustements de traitements se font de manière ambulatoire, le patient n'étant admis à l'hôpital qu'une fois son état jugé adéquat pour l'intervention, ceci permettant une meilleure gestion de l'activité du bloc opératoire en précisant toutefois que les principaux bénéficiaires ne sont pas forcément les patients dont l'état général est le plus précaire [9].

Une logique éthique

Comment ne pas accepter l'idée que le patient bénéficie préalablement à l'acte auquel il va consentir, d'un temps d'explication délivrée par un médecin et d'un délai de réflexion, avant qu'il ne donne son consentement « éclairé ». Cette approche est très

précisément celle proposée par la loi du 2 mars 2004 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé qui renforce de manière définitive le corpus réglementaire entourant la consultation d'anesthésie [10]. Il n'y a pas de « petit » geste du point de vue du patient surtout quand celui-là nécessite le recours à une prise en charge anesthésique.

De plus, les conditions dans lesquelles se déroule une consultation d'anesthésie à distance de l'opération n'ont rien à voir avec le décor de la visite préopératoire la veille de l'intervention qui prive le patient de toute possibilité de prise de décision éclairée. Ainsi, la consultation à distance s'inscrit dans le respect de l'intimité du patient. Ensuite, il y a la qualité de l'information, qui pourra être discutée avec ses proches, impliquant également la notion d'un deuxième avis. Il reste que la qualité de l'information délivrée au patient reste un véritable défi pour le médecin anesthésiste et mérite une attention toute particulière (Cf. infra).

La tenue du dossier de consultation : un indicateur qualité

Sous l'égide de la Haute Autorité de santé (HAS), la qualité de la tenue du dossier d'anesthésie incluant la consultation pré anesthésique est désormais considérée comme un indicateur qualité. Cette évaluation est obligatoire à partir de 2009 pour tous les établissements de santé. Pour la HAS, l'objectif est en outre d'intégrer des indicateurs qualité dans la procédure de certification V2010 des établissements afin de rendre celle-ci plus efficiente et de permettre un meilleur suivi de la qualité.

La spécialité, par la voix du CFAR, s'est montrée réservée sur l'utilisation de telles données comme le reflet unique de la qualité de la prise en charge anesthésique. Tout en considérant que la qualité de la tenue du dossier d'anesthésie est un objectif incontournable pour les professionnels de la spécialité, le CFAR souligne que de très bons scores peuvent être uniquement obtenus par l'utilisation d'un système d'information rendant obligatoire le renseignement de certains items. Il n'y aurait pas dans ces cas nécessairement de relation entre l'indicateur dossier et la qualité des pratiques professionnelles elles-mêmes.

Néanmoins, au-delà de cette polémique sur le rôle et la place des indicateurs de santé, il faut souligner que la qualité de la consultation pré anesthésique est un point important dans la gestion du risque dont le rôle apparaît clairement dans les études consacrées à la mortalité ou la morbidité anesthésique. L'étude SFAR-INSERM de 1999 et déjà citée, identifiait ainsi les défauts de communication comme un des principaux facteurs structurels associés aux décès imputables à l'anesthésie [4]. Si la faillite de la communication était exceptionnellement liée à un défaut de consultation, en revanche, la cohérence entre la consultation préanesthésique et la prise en charge per opératoire posait plus de problèmes. Ces constatations rejoignent celles de l'Australian Incident Monitoring Study qui retrouvait une évaluation insuffisante dans 11,5 % des accidents et 40 % des décès imputables à l'anesthésie [11]. Dans cette étude également, la qualité rédactionnelle du dossier apparaissait comme particulièrement sensible. Enfin, plus récemment une série française de 101 769 anesthésies identifiait une évaluation insuffisante dans 7 cas sur 11 d'arrêts cardiaques [12]

Les items liés à la consultation d'anesthésie et retenus par la HAS pour établir le score de tenue de dossier participent à l'amélioration de l'information qui est d'autant plus critique que le médecin réalisant l'anesthésie est différent de celui qui a effectué la consultation. Il s'agit de l'identification du médecin anesthésiste sur le document traçant la consultation, la mention du traitement habituel ou de l'absence de traitement, la mention de l'évaluation du risque et du type d'anesthésie proposée. Par ailleurs le dos-

sier doit comporter la mention de l'évaluation des conditions d'abord des voies aériennes supérieures. Celle-ci comporte les éléments suivants : le score de Mallampati ET la distance thyro-mentonnière ET l'ouverture de bouche ou une conclusion explicite.
Une étude multicentrique portant sur 66 établissements de santé de la région Aquitaine et 3193 dossiers d'anesthésie a évalué récemment ces indicateurs [13]. En ce qui concerne la consultation d'anesthésie, les défauts d'évaluation du risque anesthésique portaient principalement sur une justification imprécise des scores ASA supérieurs à 1. Dans 15 % des cas, le type d'anesthésie n'était pas mentionné ou ne faisait pas référence à un protocole rédigé. Une conclusion explicite sur les conditions d'abord des voies aériennes supérieures n'était identifiée que dans moins d'un tiers des dossiers ; en l'absence de ces conclusions explicites, si le score de Mallampati était noté dans 76 % des dossiers, la mesure de l'ouverture de bouche et surtout la distance thyro-mentonnière était faiblement mentionnée. Dans près de 1 dossier sur 5, aucun facteur de risque, ni aucune conclusion sur le risque explicite d'intubation difficile n'était noté, avec une plus grande fréquence pour les actes non programmés que pour les actes programmés (26 % versus 16 %). Dans quatre établissements, aucun renseignement n'était retrouvé dans plus de la moitié des dossiers. Une absence totale d'évaluation des conditions d'accès aux voies aériennes supérieures pouvait concerner selon les établissements entre 0 et 84 % des dossiers.
Les problèmes de saisie des informations de la consultation d'anesthésie qui ont été identifiés par cette étude ont des potentiels d'amélioration importants et relativement simples à mettre en œuvre. En effet, ils sont majoritairement liés à des défauts de conception des dossiers anesthésiques. Plusieurs études ont démontré l'influence de la structure du support de recueil pour la qualité de la consultation d'anesthésie, de l'interrogatoire du patient et de la prescription des examens préopératoires [14]. L'intégration en routine et dans un laps de temps limité de ces données est une chose difficile et peut être source de nombreuses erreurs, même lorsqu'elle suit des règles de bonnes pratiques bien établies.

L'information du patient : un enjeu de la consultation d'anesthésie

Le cadre général de l'information : la primauté de l'information orale

L'information, outre bien évidemment les réponses aux questions posées par le patient, doit prendre en compte la situation propre de chaque personne. Elle porte tant sur des éléments généraux que sur des éléments spécifiques qui ont été définis clairement par l'ANAES [15] (*tableau 1*).

Tableau 1.
Recommandations de l'ANAES concernant l'information au patient [15].

L'information porte sur :
- l'état du patient et son évolution prévisible, ce qui nécessite des explications sur la maladie ou l'état pathologique, et son évolution habituelle avec et sans traitement ;
- la description et le déroulement des examens, des investigations, des soins, des thérapeutiques, des interventions envisagés et de leurs alternatives ;
- leur objectif, leur utilité et les bénéfices escomptés ;
- leurs conséquences et leurs inconvénients ;
- leurs complications et leurs risques éventuels, y compris exceptionnels ;
- les précautions générales et particulières recommandées aux patients.

L'information orale est primordiale car elle peut être adaptée au cas de chaque personne. Il est nécessaire d'y consacrer du temps et de la disponibilité, et, si nécessaire, de la moduler en fonction de la situation du patient. Elle s'inscrit dans un climat relationnel alliant écoute et prise en compte des attentes du patient. Elle peut nécessiter d'être délivrée de manière progressive. Au cours de cette démarche, le médecin s'assure que le patient a compris l'information qui lui a été donnée. Il indique la solution qu'il envisage en expliquant les raisons de sa proposition.
Lorsque la personne est étrangère, il est recommandé de recourir si besoin à un traducteur.
Il est recommandé que le dossier d'anesthésie porte la trace des informations données au patient pour permettre à l'équipe soignante ou à un autre médecin d'en prendre connaissance dans le but de favoriser la continuité des soins. Si le médecin qui réalise la consultation et délivre l'information est différent de celui qui effectue l'anesthésie, il est nécessaire que les modalités de prise en charge soient harmonisés au minimum en matière d'information.

Comment optimiser l'information à la consultation d'anesthésie ?

La demande des patients pour recevoir une information de qualité et plus complète concernant les soins et les options thérapeutiques est croissante. Donner de l'information est désormais un réel challenge pour les médecins anesthésistes contraints par la durée nécessairement limitée de la consultation.
C'est pourquoi se développe une importante réflexion pour optimiser l'information préopératoire. Au delà de l'aspect éthique, il est montré que la qualité de celle-ci est un déterminant important de la qualité de vie et de la récupération postopératoire [16].

En premier lieu, optimiser l'information orale

Le dialogue avec le médecin anesthésiste est la seule façon de personnaliser la communication, de l'adapter aux interrogations de la personne, d'instaurer un climat de confiance. La place des infirmières délivrant des informations pratiques (conditions du jeûne, gestion de la douleur, etc.) est probablement intéressante mais ne sera pas abordée en raison des faibles données disponibles dans la littérature [17].
Il faut d'abord adapter l'information orale aux capacités de mémorisation immédiate du patient. Les études montrent que, les médecins saturent en quelques minutes les possibilités d'assimilation des patients lors de la consultation d'anesthésie en sorte qu'une grande partie de l'information délivrée n'est pas assimilée. Un travail récent, évaluant la quantité de l'information délivrée, la fréquence d'utilisation de termes médicaux, le nombre de questions posées par le patient et le nombre d'épisodes de renforcement de la mémoire au cours de la consultation pré anesthésique confirme la sursaturation importante des capacités de mémorisation immédiate [18]. Compte tenu des limites réduites de celle-ci, les auteurs recommandent : 1 °) de revoir soigneusement les conditions de la délivrance de l'information orale ; 2 °) de développer des stratégies de renforcement de la mémoire pour les informations les plus importantes (3). Ceci souligne l'intérêt de la remise de supports écrits reprenant les termes déjà entendus lors de la consultation et l'introduction éventuelle de nouveaux supports d'information.
Le langage utilisé influence fortement la perception et la compréhension du patient. Il est en effet indispensable de fournir aux patients des informations « simples et intelligibles » sur les procédures et les risques qu'ils encourent. Différents travaux montrent que les modalités de présentation des informations et des risques ne répondent

pas toujours à ces critères, et comportent des pièges qui peuvent compromettre l'efficacité de la communication [19]. Dans la formulation d'explications ou d'informations sur le risque les médecins recourent parfois à un vocabulaire spécialisé que leur patient ne comprend pas ou grossièrement. Dans une étude destinée à évaluer la compréhension de quatre paires de synonymes (exemple : attaque cardiaque/infarctus du myocarde, saignements/hémorragies), des auteurs ont montré que sur 249 patients interrogés, 79 % d'entre eux n'ont pas su reconnaître la synonymie entre les termes saignement et hémorragie, et 74 % la synonymie entre les termes attaque cardiaque et d'infarctus du myocarde [20]. Cette étude précise de plus que ce sont spécifiquement les patients jeunes, citadins, et avec un faible niveau d'éducation qui ont le plus de difficultés avec le vocabulaire médical. Dans la mesure où ils n'osent généralement pas demander d'éclaircissements, notamment par peur de paraître ignorants, et qu'aucune explication n'est spontanément fournie par les médecins, l'utilisation de ce jargon réduit les chances des patients de prendre une décision optimale.

La probabilité d'un danger est certainement l'élément le plus difficile à communiquer de façon intelligible et neutre. Elle peut être évoquée verbalement, à l'aide d'une variété d'expressions et d'adjectifs évaluatifs comme « rare » ou « possible », ou numériquement avec des chiffres (taux, pourcentages, fractions, etc.). Parce qu'elles permettent d'utiliser des mots simples et usuels, les descriptions verbales sont les formules les plus communément utilisées par les médecins pour évoquer les risques d'un traitement mais leur utilisation peut cependant conduire à des malentendus interprétatifs entre les médecins eux-mêmes, et entre les médecins et leurs patients. Les patients qui reçoivent une information verbale sont moins satisfaits de la qualité de l'information fournie que ceux qui reçoivent une information numérique [19].

Différentes propositions ont été faites pour faciliter la diffusion d'informations sur le risque et la compréhension de la probabilité [19]. La meilleure stratégie pour décrire la fréquence d'un risque est certainement de multiplier les formats de présentation des données. Parce que les préférences pour une information verbale ou numérique varient d'un individu à un autre et que chacun de ces modes de présentation a ses avantages et ses inconvénients, il est recommandé de présenter verbalement et numériquement la probabilité d'un risque. Les patients auront de ce fait plus de chances de comprendre et d'interpréter correctement les risques qu'ils encourent et d'optimiser la qualité de leur décision.

La communication visuelle est un moyen efficace pour améliorer la compréhension des risques. Les études qui ont examiné l'utilisation de figures ou de graphiques pour informer les patients, ont montré d'une part, qu'ils sont tout à fait capables de les utiliser et de les interpréter correctement, et d'autre part que ces formats augmentent leurs connaissances et peut diminuer leur peur et la perception de la gravité des risques qu'ils encourent [21]. Une échelle logarithmique comparant verbalement et numériquement des risques anesthésiques avec des risques de la vie de tous les jours peut par exemple être utilisée. Ce type de présentation des risques permet en effet de se représenter plus facilement de très faibles risques et de relativiser la gravité de certains d'entre eux en les confrontant à des dangers implicitement pris et acceptés par la majorité de la population. Ces schémas peuvent être commentés par le médecin anesthésiste lors de la consultation ou intégrés dans les livrets d'information remis aux patients.

S'appuyer sur l'information écrite

L'information écrite sous la forme d'une fiche ou d'un livret, lorsqu'elle est possible, possède de multiples avantages. Elle permet au patient de se remémorer certains éléments donnés oralement, de reposer des questions à celui qui a dispensé l'information

ou à toute personne de son choix. Elle a en outre l'avantage d'utiliser des formulaires validés par des sociétés savantes ou des établissements (ou groupes d'établissements) et répondant aux critères qualité de l'ANAES (*tableau 2*). Il en est ainsi des formulaires rédigés par la SFAR [22] et qui sont consultables sur son site web. Ces supports concourent à l'amélioration de la satisfaction et des connaissances des patients lorsqu'ils viennent en complément de l'information verbale [23].

Tableau 2.
Qualité requises des documents d'information écrits [15].

Pour assurer la qualité de l'information contenue dans les documents écrits diffusés au patient, l'ANAES recommande que cette information : • soit hiérarchisée, repose sur des données validées, et présente les bénéfices attendus des soins envisagés avant l'énoncé des inconvénients et des risques éventuels. Elle doit préciser les risques graves, y compris exceptionnels. Elle doit indiquer les moyens qui seront mis en œuvre pour faire face aux complications éventuelles, ainsi que les signes d'alerte détectables par le patient ; • soit synthétique et claire, sachant que le document remis au patient ne devrait généralement pas excéder 4 pages ; • soit compréhensible pour le plus grand nombre de patients, ce qui implique de soumettre pour avis les projets de documents à des patients, notamment par l'intermédiaire de leurs associations, voire même de les faire participer à leur élaboration. Il s'agit de s'assurer que les informations sont comprises, sinon de les modifier en conséquence ; • soit validée, par exemple par les sociétés savantes, selon des critères de qualité reconnus (par exemple, critères de qualité des recommandations professionnelles utilisés par l'ANAES).
Les documents écrits doivent porter l'indication que le patient est invité à formuler toute question qu'il souhaite poser.

Ainsi sont évitées des interrogations du type : faut-il informer les patients d'un risque vital de l'ordre de 1/12 000, voire 1/63 000 ? Faut-il parler du risque de paraplégie après anesthésie médullaire, également exceptionnel ? La réponse est désormais positive, les formulaires de la SFAR mentionnant ces risques. Cette harmonisation de l'information autour de la SFAR présente également l'avantage d'éviter la diffusion de messages divergents qui pourraient être le fait de professionnels ou de patients dont la légitimité ne serait pas reconnue.

Utiliser d'autres supports d'information

Les patients dont l'information comporte une vidéo ont une meilleure connaissance des moyens de contrôle de la douleur post opératoire par rapport à ceux qui n'en visionnent pas [24]. Cependant, le niveau de satisfaction global des patients par rapport à l'anesthésie n'est pas différent entre les groupes. Les supports vidéos d'information du patient sur le processus anesthésique et ses risques améliorent toutefois davantage la rétention des informations par le patient que les supports papier [24]. Le bénéfice escompté d'une meilleure connaissance des données factuelles concernant le déroulement de l'anesthésie est une meilleure compliance aux instructions péri opératoires (jeûne, conditions de l'ambulatoire, etc.).

Il y a une grande variabilité inter-patients sur le volume d'information souhaité avant une anesthésie. Ceci constitue un handicap théorique pour le support vidéo dont le contenu est fixe et non modulable. Certains patients peuvent donc refuser de visionner une vidéo car ils ne désirent pas voir d'interventions médicales et peuvent réagir sur un

mode de panique s'ils sont contraints. Il est important de respecter ce choix et de limiter l'information au périmètre souhaité par le patient lui-même. De ce point de vue, les CD Rom interactifs offrent une alternative intéressante. En effet, la présentation par chapitre permet aux patients de sélectionner les données qui les intéressent et ils sont libres de les consulter sur la durée qui leur convient. Dans le contexte de la chirurgie du cancer du sein, ce média interactif a fait la preuve de ses possibilités d'adaptation personnalisée aux souhaits d'information des patients qui l'utilisaient en moyenne pendant plus d'une heure [25]. Des expériences positives sont également rapportées en chirurgie générale où son utilisation a été possible même par des patients âgés et peu familiers de l'informatique [26]. Le bénéfice en terme d'information parait d'autant plus important que le patient a un faible niveau socio-éducatif [26].

L'optimisation de l'information est une exigence dont les modalités ont été facilitées par les recommandations et les outils mis à disposition des professionnels par les sociétés savantes à commencer par la SFAR. Toutefois, si de nouveaux supports et de nouvelles modalités sont appelés à se développer dans les prochaines années, il faut rappeler que l'entretien individuel avec un médecin est la source incontournable de l'information sur l'anesthésie et qu'elle est largement privilégiée par les patients eux-mêmes.

Adapter le cadre de la consultation d'anesthésie à des situations particulières

Conditions générales

Le décret sur la sécurité anesthésique (article D. 712-40) indique que 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 une consultation pré-anesthésique, lorsqu'il s'agit d'une intervention programmée [1].

Il précise en outre (article D. 712-41) que la consultation pré-anesthésique aura 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 hospitalier : dans le cadre des consultations externes ; b) pour les établissements de santé privés soit au cabinet du médecin anesthésiste-réanimateur, soit dans les locaux de l'établissement.

Le décret rappelle que la consultation est réalisée 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. Enfin, il est noté que 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.

Consultations à distance

Il s'agit de réaliser une consultation pré anesthésique de proximité pour un patient ayant des difficultés de déplacement et devant subir un acte dans un établissement de soins différent et éloigné de son lieu de résidence (consultation pré anesthésique délocalisée). La SFAR a élaboré des principes d'organisation, en soulignant que, si la réponse est du domaine de la liberté individuelle de chaque professionnel, l'organisation optimale est à rechercher dans le cadre de réseaux de soin [26]. La procédure délocalisée doit en effet rester l'exception car son application obéit à un cahier des charges

exigeant. Pour le patient, il s'agit d'une demande d'aménagement personnalisée sans concession de perte de chance. Pour le médecin réalisateur de l'anesthésie, d'une délégation de la consultation hors de son établissement et à distance de son lieu d'exercice. Le patient demandeur, informé du caractère inhabituel de la procédure et de ses limites potentielles, doit donner son accord. Le médecin réalisateur est en situation de recherche d'un collègue acceptant la délégation car il ne peut s'agir en effet d'abandonner le patient à une quête solitaire et incertaine.

En dehors d'un réseau formalisé, le médecin consultant est libre d'accepter ou de refuser la sollicitation. L'acceptation repose essentiellement une connaissance nécessaire à un service rendu sans perte de chance. En pratique, cela nécessite un contact préalable direct avec le médecin anesthésiste qui prendra en charge ultérieurement le patient de manière à délivrer les informations concernant le déroulement du processus anesthésique, de l'hospitalisation et de l'analgésie postopératoire avec une qualité satisfaisante. Le médecin consultant doit être informé par le médecin réalisateur (ou les collègues de son équipe) des conditions techniques et protocoles possibles de la prise en charge locale. En présentant, les différentes techniques d'anesthésie possibles, il doit impérativement, préserver le libre choix du collègue réalisateur et présenter clairement ce dernier comme étant l'ultime décideur de l'indication et de la technique choisie. Le médecin réalisateur doit recevoir, suffisamment en amont de sa visite, le compte rendu de la consultation, ainsi que les informations données au patient. Cette communication est donc nécessairement organisée et dans le contexte de la consultation délocalisée, la visite pré anesthésique revêt une importance toute particulière. Elle permet, de recueillir le consentement du patient à la prise en charge proposée et elle est l'opportunité de préciser ou de rectifier les informations délivrées à distance et « sous réserve » par le médecin consultant.

En pratique, les exigences d'organisation de la consultation délocalisée rendent difficile sa réalisation ponctuelle, hors d'un réseau de soin avec identification des acteurs médicaux. Il n'existe au niveau français qu'une seule évaluation de la consultation délocalisée organisée dans le cadre d'un réseau régional de soin en Lorraine [28]. Elle montre que cette pratique est très minoritaire et que les médecins estimaient que le confort des patients s'en trouvait amélioré, cela avec un coût sociétal réduit. En moyenne, chaque consultation délocalisée induisait une économie de trajet de 158 km. Les patients optaient pour la consultation délocalisée soit par obligation, en raison de l'offre de soins locorégionale, soit par choix personnel. La consultation délocalisée ne paraissait pas influencer l'exactitude perçue des informations concernant le processus d'anesthésie, le déroulement de l'hospitalisation ou l'analgésie postopératoire. En revanche, la demande d'information concernant la technique d'anesthésie était moins bien satisfaite que lors des consultations classiques [28].

Consultations itératives

Les objectifs de la consultation pré-anesthésique peuvent être atteints et préservés par l'organisation d'une seule consultation pour des anesthésies itératives et rapprochées, si certaines conditions, explicitées par la SFAR, sont respectées [27].

Cette pratique doit être agréée par tous les membres de l'équipe médicale d'anesthésie en raison du caractère collectif de la pratique anesthésique. En pratique, l'élaboration commune de critères d'inclusion et d'exclusion de ce type de procédure est conseillée. Un point important est que les interventions successives et rapprochées doivent être de retentissement physiopathologique peu important. La réalisation d'une nouvelle consultation serait en effet indispensable si un des actes successifs impliquait une conduite

anesthésique différente ou plus compliquée nécessitant une information spécifique et un délai de consentement. Une alternative envisageable, face à cette situation clinique fréquente, pourrait être d'organiser une consultation lors de la première hospitalisation à distance de la suivante, lorsque celle-ci doit intervenir quelques semaines plus tard chez un patient en bonne santé et sans difficulté d'ordre anesthésique prévisible. Une telle organisation nécessite cependant que l'équipe d'anesthésie soit informée de la sortie du malade, et du délai prévu pour l'intervention suivante.

Il n'existe pas d'argument formel pour fixer un délai maximum entre deux interventions successives. Ce délai doit rester cependant court et cohérent avec l'importance de l'intervention prévue, le terrain du malade et, le cas échéant, avec la stabilité de son état pathologique. La seule visite pré-anesthésique faite avant une nouvelle anesthésie rapprochée doit faire l'objet d'un compte rendu écrit annexé au dossier d'anesthésie. Il doit notamment mentionner l'identité du praticien ayant donné son accord, la date de cet accord, les consignes préopératoires à envisager. La mise en œuvre de cette procédure doit impliquer le consentement du patient aux modalités d'itération. Le patient doit en particulier être informé de l'importance pour sa propre sécurité de signaler tout changement dans son état de santé et/ou dans son traitement. Il doit également être averti de l'éventualité d'un report ou d'une annulation de son intervention en cas d'apparition d'un élément nouveau rendant inappropriée la stratégie préalablement retenue.

Conclusion

La consultation d'anesthésie qui s'inscrit dans le cadre du décret du 5 décembre 1994 [1] nous est enviée par la plupart des professionnels d'anesthésie en Europe. Les publications sont convergentes pour considérer que la consultation d'anesthésie est un élément clé de l'organisation et en particulier de la programmation opératoire. Elles démontrent clairement ses avantages : une meilleure approche du risque, le respect du patient, des économies réalisables et l'insertion de l'anesthésie de plain pied dans le fonctionnement du bloc opératoire.

L'ensemble de ces données rendent très critiquables et sans fondement des positions qui viseraient à limiter les consultations aux patients à risque et ou subissant une procédure lourde. Indépendamment de l'enjeu médico-économique, le devoir d'information du patient concernant la réalisation d'un acte médical comme l'anesthésie ne permet pas de le priver de cet entretien médical.

Références

1 Ministère des Affaires Sociales, de la Santé et de la Ville. 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 de la République Française, 8 décembre 1994 ; 17383-5.

2 Saidman LJ. The 33rd Rovenstine Lecture. What I have learned from 9 years and 9000 papers. Anesthesiology 1995 ; 83 : 191–7.

3 Bricard H. De la consultation d'anesthésie. Ann Fr Anesth Réanim 1999 ; 18 : 829–30.

4 Lienhart A, Auroy Y, Péquignot F et al. Survey of anesthesia-related mortality in France. Anesthesiology 2006 ; 105 : 1087-97

5 Fischer SP. Development and effectiveness of an anesthesia preoperative evaluation clinic in a teaching hospital. Anesthesiology 1996 ; 85 : 196–206

6 Bryson GL, Wyand A, Bragg PR. Preoperative testing is inconsistent with published guidelines and rarely changes management. Can J Anesth 2006 ; 53 : 236-41

7 Firegan BA, Rashig S, Mc Alister FA et al. Selective ordering of preoperative investigations by anesthesiologists reduces the number and cost of tests. Can J Anesth 2005 ; 52 : 575-80.

8 Agence Nationale pour le Développement de l'Evaluation Médicale (ANDEM), eds Paris : ANDEM, 1992.

9 Ferschl MB, Tung A, Sweitzer BJ, et al. Preoperative clinic visits reduce operating room cancellations and delays. Anesthesiology 2005 ; 103 : 855-9
10 Loi no 2002 304 du 4 mars 2002 relative au droit des malades et à la qualité du système de santé (Article L.111–1) www.admi.net/jo/20020305/ MES0100092L.html.
11 Kluger MT, Tham EJ, Coleman NA, et al. Inadequate preoperative evaluation and preparation : a review of 197 reports from the Australian incident monitoring study. Anaesthesia 2000 ; 55 : 1173–8.
12 Biboulet P, Aubas P, Dubourdieu J, et al. Fatal and non fatal cardiac arrests related to anesthesia. Can J Anaesth 2001 ; 48 : 326–32.
13 Hubert B, Ausset S, Auroy Y, et al. Indicateur de tenue du dossier anesthésique dans les établissements de santé d'Aquitaine. Ann Fr Anesth Réanim 2008 ; 27 : 216-21
14 Ausset S, Bouaziz H, Brosseau M, et al. Improvement of information gained from the pre-anaesthetic visit through a quality-assurance programme. Br J Anaesth 2002 ; 88 : 280–3.
15 Information des patients : recommandations destinées aux médecins. ANAES 2000, www.has-sante.fr/portail/jcms/c_267005/information-des-patients-2000 recommandationspdf
16 Zieren J, Menenakos C, Mueller JM. Does an informative video before inguinal hernia surgical repair influence postoperative quality of life ? Results of a prospective randomised study. Qual life Res 2007, 16 : 725-9
17 Cappuzzo M, Gilli G, Paparella L, et al. Anesth Analg 2008 ; 105 : 435-42.
18 Sandberg EH, Sharma R, Wiklund R, et al. Clinicians consistently exceed a typical person's memory during preoperative teaching. Anesth Analg. 2008 ; 107 : 972-8
19 Thieblemont J, Garnerin P, Clergue F. La perception et la communication du risque médical. Quelles implications pour les consultations préanesthésiques ? Ann Fr Anesth Réanim. 2006 ; 25 : 50–62
20 Lerner EB, Jehle DV, Janicke DM, et al. Medical communication : do our patients understand ? Am J Emerg Med 2000 ; 18 : 764–6.
21 Fortin JM, Hirota LK, Bond BE et al. Identifying patient preferences for communicating risk estimates : A descriptive pilot study. BMC Med Inform Decis Making 2001 ; 1 : 2.
22 Fusciardi J, Lienhart A, Clergue F, et al. Document d'information avant l'anesthésie : une nécessaire évolution. Ann Fr Anesth Réanim 2007 ; 26 : 488–4
23 Cheung A, Finegan BA, Torok-Both C, et al. A patient information booklet about anaesthesiology improves preoperative patient education. Can J Anesth, 2007 ; 54 : 355-60.
24 Lee A, Chui PT, Gin T. Educating patients about anesthesia : a systematic review of randomized controlled trials of media-based intervention. Anesth Analg ; 2003 ; 96 : 1424-31
25 Molenaar S, Sprangers M, Oort F, et al. Exploring the black box of a decision aid : what information do patient select from an interactive CD Rom on treatment options in breast cancer ? Pat Educ Cons 2007 ; 65 : 122-30
26 Bollschweiler E, Apitzsch J, Obliers R, et al. Improving informed consent of surgical patients using a multimedia-based program ? Ann Surg 2008 ; 248 : 205-11
27 Lienhart A, Bricard H. Les consultations préanesthésiques délocalisées et consultations préanesthésiques pour anesthésies itératives et rapprochées. Ann Fr Anesth Réanim 2001 ; 20 : fi166– fi18.
28 Rollin M, Klecthka P, Rat AC, et al. Évaluation des réseaux de consultations préanesthésiques délocalisées de Lorraine. Ann Fr Anesth Réanim 2006 ; 25 : 927 -34
29 Lienhart A, Bricard H. Les consultations pré-anesthésiques délocalisées et consultations pré-anesthésiques pour anesthésies itératives et rapprochées. Ann Fr Anesth Réanim 2001 ; 20 : fi 166-8.