



HAL
open science

Évaluation du réseau de consultations pré-anesthésiques délocalisées de Lorraine: enquêtes de pratique régionale et enquête de satisfaction

Maxime Rollin

► **To cite this version:**

Maxime Rollin. Évaluation du réseau de consultations pré-anesthésiques délocalisées de Lorraine: enquêtes de pratique régionale et enquête de satisfaction. Sciences du Vivant [q-bio]. 2005. hal-01732669

HAL Id: hal-01732669

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01732669v1>

Submitted on 14 Mar 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

UNIVERSITE HENRI POINCARÉ, NANCY 1

2005



T7N0Y19
Doubile
FACULTE DE MEDECINE DE NANCY

N° 70

183428

03 JULI 2005

05 JULI 2005

THESE

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Dans le cadre du troisième cycle de Médecine Spécialisée

Par

Maxime ROLLIN

Le 30 juin 2005

EVALUATION DU RESEAU DE CONSULTATIONS PRE-ANESTHESIQUES DELOCALISEES DE LORRAINE. ENQUETES DE PRATIQUE REGIONALE ET ENQUETE DE SATISFACTION.

Examineurs de la thèse :

M. H. BOUAZIZ

Professeur

(Dir.)

Président

M. P. LASCOMBES

Professeur

Juge

M. P.M. MERTES

Professeur

Juge

M. P. KLECTHKA

Docteur en Médecine

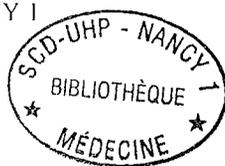
Juge

BIBLIOTHEQUE MEDECINE NANCY 1



D

007 251220 4



THESE

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Dans le cadre du troisième cycle de Médecine Spécialisée

Par

Maxime ROLLIN

Le 30 juin 2005

EVALUATION DU RESEAU DE CONSULTATIONS PRE-ANESTHESIQUES DELOCALISEES DE LORRAINE. ENQUETES DE PRATIQUE REGIONALE ET ENQUETE DE SATISFACTION.

Examineurs de la thèse :

M. H. BOUAZIZ	Professeur	Président
M. P. LASCOMBES	Professeur	Juge
M. P.M. MERTES	Professeur	Juge
M. P. KLECTHKA	Docteur en Médecine	Juge

05 JUL. 2005

UNIVERSITÉ HENRI POINCARÉ, NANCY 1

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Président de l'Université : Professeur Jean-Pierre FINANCE

Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Patrick NETTER

Vice-Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Henry COUDANE

Asseseurs

du 1^{er} Cycle :

du 2^{ème} Cycle :

du 3^{ème} Cycle :

de la Vie Facultaire :

Mme le Docteur Chantal KOHLER

Mr le Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI

Mr le Professeur Hervé VESPIGNANI

Mr le Professeur Bruno LEHEUP

DOYENS HONORAIRES

Professeur Adrien DUPREZ – Professeur Jean-Bernard DUREUX

Professeur Georges GRIGNON – Professeur Jacques ROLAND

=====

PROFESSEURS HONORAIRES

Louis PIERQUIN – Etienne LEGAIT – Jean LOCHARD – René HERBEUVAL – Gabriel FAIVRE – Jean-Marie FOLIGUET

Guy RAUBER – Paul SADOUL – Raoul SENAULT – Marcel RIBON

Jacques LACOSTE – Jean BEUREY – Jean SOMMELET – Pierre HARTEMANN – Emile de LAVERGNE

Augusta TREHEUX – Michel MANCIAUX – Paul GUILLEMIN – Pierre PAYSANT

Jean-Claude BURDIN – Claude CHARDOT – Jean-Bernard DUREUX – Jean DUHEILLE – Jean-Pierre GRILLIAT

Pierre LAMY – Jean-Marie GILGENKRANTZ – Simone GILGENKRANTZ

Pierre ALEXANDRE – Robert FRISCH – Michel PIERSON – Jacques ROBERT

Gérard DEBRY – Georges GRIGNON – Pierre TRIDON – Michel WAYOFF – François CHERRIER – Oliéro GUERCI

Gilbert PERCEBOIS – Claude PERRIN – Jean PREVOT – Jean FLOQUET

Alain GAUCHER – Michel LAXENAIRE – Michel BOULANGE – Michel DUC – Claude HURIET – Pierre LANDES

Alain LARCAN – Gérard VAILLANT – Daniel ANTHOINE – Pierre GAUCHER – René-Jean ROYER

Hubert UFFHOLTZ – Jacques LECLERE – Francine NABET – Jacques BORRELLY

Michel RENARD – Jean-Pierre DESCHAMPS – Pierre NABET – Marie-Claire LAXENAIRE – Adrien DUPREZ – Paul VERT

Philippe CANTON – Bernard LEGRAS – Pierre MATHIEU – Jean-Marie POLU – Antoine RASPILLER – Gilbert THIBAUT

Michel WEBER – Gérard FIEVE – Daniel SCHMITT – Colette VIDAILHET

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS -
PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (*Anatomie*)

Professeur Jacques ROLAND – Professeur Gilles GROSSIDIER

Professeur Pierre LASCOMBES – Professeur Marc BRAUN

2^{ème} sous-section : (*Cytologie et histologie*)

Professeur Bernard FOLIGUET

3^{ème} sous-section : (*Anatomie et cytologie pathologiques*)

Professeur François PLENAT - Professeur Jean-Michel VIGNAUD – Professeur Eric LABOUYRIE

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (*Biophysique et médecine nucléaire*)

Professeur Alain BERTRAND – Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE

2^{ème} sous-section : (*Radiologie et imagerie médicale*)

Professeur Luc PICARD – Professeur Denis REGENT - Professeur Michel CLAUDON

Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM - Professeur Jacques FELBLINGER

Professeur René ANXIONNAT

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)

Professeur Jean-Pierre NICOLAS

Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER

2^{ème} sous-section : (*Physiologie*)

Professeur Jean-Pierre CRANCE – Professeur Jean-Pierre MALLIE

Professeur François MARCHAL – Professeur Philippe HAOUZI

3^{ème} sous-section : (*Biologie cellulaire*)

Professeur Claude BURLET

4^{ème} sous-section : (*Nutrition*)

Professeur Olivier ZIEGLER

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (*Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière*)

Professeur Alain LE FAOU – Professeur Alain LOZNIOWSKI

2^{ème} sous-section : (*Parasitologie et mycologie*)

Professeur Bernard FORTIER

3^{ème} sous-section : (*Maladies infectieuses ; maladies tropicales*)

Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (*Épidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON

Professeur Francis GUILLEMIN – Professeur Denis ZMIROU

2^{ème} sous-section : (*Médecine et santé au travail*)

Professeur Guy PETIET – Professeur Christophe PARIS

3^{ème} sous-section : (*Médecine légale et droit de la santé*)

Professeur Henry COUDANE

4^{ème} sous-section : (*Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication*)

Professeur François KOHLER – Professeur Éliane ALBUISSON

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (*Hématologie ; transfusion*)

Professeur Christian JANOT – Professeur Thomas LECOMTE – Professeur Pierre BORDIGONI

Professeur Pierre LEDERLIN – Professeur Jean-François STOLTZ

2^{ème} sous-section : (*Cancérologie ; radiothérapie*)

Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY

Professeur Pierre BEY – Professeur Didier PEIFFERT

3^{ème} sous-section : (*Immunologie*)

Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marie-Christine BENE

4^{ème} sous-section : (*Génétique*)

Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE,
PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1^{ère} sous-section : (*Anesthésiologie et réanimation chirurgicale*)

Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Dan LONGROIS - Professeur Hervé BOUAZIZ

Professeur Paul-Michel MERTES

2^{ème} sous-section : (*Réanimation médicale*)

Professeur Henri LAMBERT – Professeur Alain GERARD

Professeur Pierre-Edouard BOLLAERT – Professeur Bruno LÉVY

3^{ème} sous-section : (*Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique*)

Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET

4^{ème} sous-section : (*Thérapeutique*)

Professeur François PAILLE – Professeur Gérard GAY – Professeur Faiez ZANNAD

49^{ème} Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP et RÉÉDUCATION

1^{ère} sous-section : (Neurologie)

Professeur Gérard BARROCHE – Professeur Hervé VESPIGNANI

Professeur Xavier DUCROCQ

2^{ème} sous-section : (Neurochirurgie)

Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE

Professeur Thierry CIVIT

3^{ème} sous-section : (Psychiatrie d'adultes)

Professeur Jean-Pierre KAHN

4^{ème} sous-section : (Pédopsychiatrie)

Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC

5^{ème} sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)

Professeur Jean-Marie ANDRE

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE et CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Professeur Jacques POUREL – Professeur Isabelle VALCKENAERE

2^{ème} sous-section : (Chirurgie orthopédique et traumatologique)

Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE – Professeur Daniel MOLE

Professeur Didier MAINARD

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénéréologie)

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeur Annick BARBAUD

4^{ème} sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique)

Professeur François DAP

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIORESPIRATOIRE et VASCULAIRE

1^{ère} sous-section : (Pneumologie)

Professeur Yves MARTINET - Professeur Jean-François CHABOT

2^{ème} sous-section : (Cardiologie)

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE – Professeur Nicolas SADOUL –

Professeur Christian de CHILLOU

3^{ème} sous-section : (Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)

Professeur Jean-Pierre VILLEMOT

Professeur Jean-Pierre CARTEAUX – Professeur Loïc MACE

4^{ème} sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF et URINAIRE

1^{ère} sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie)

Professeur Marc-André BIGARD

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI

2^{ème} sous-section : (Chirurgie digestive)

3^{ème} sous-section : (Néphrologie)

Professeur Michèle KESSLER – Professeur Dominique HESTIN (Mme) – Professeur Luc FRIMAT

4^{ème} sous-section : (Urologie)

Professeur Philippe MANGIN – Professeur Jacques HUBERT – Professeur Luc CORMIER

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (Médecine interne)

Professeur Francis PENIN – Professeur Denise MONERET-VAUTRIN – Professeur Denis WAHL

Professeur Jean-Dominique DE KORWIN – Professeur Pierre KAMINSKY

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Gisèle KANNY – Professeur Abdelouahab BELLOU

2^{ème} sous-section : (Chirurgie générale)

Professeur Patrick BOISSEL – Professeur Laurent BRESLER

Professeur Laurent BRUNAUD

**54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE,
ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION**

1^{ère} sous-section : (Pédiatrie)

Professeur Danièle SOMMELET – Professeur Michel VIDAILHET – Professeur Pierre MONIN
Professeur Jean-Michel HASCOET – Professeur Pascal CHASTAGNER – Professeur François FEILLET

2^{ème} sous-section : (Chirurgie infantile)

Professeur Michel SCHMITT – Professeur Gilles DAUTEL – Professeur Pierre JOURNEAU

3^{ème} sous-section : (Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)

Professeur Michel SCHWEITZER – Professeur Jean-Louis BOUTROY

Professeur Philippe JUDLIN – Professeur Patricia BARBARINO

4^{ème} sous-section : (Endocrinologie et maladies métaboliques)

Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

5^{ème} sous-section : (Biologie et médecine du développement et de la reproduction)

Professeur Hubert GERARD

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (Oto-rhino-laryngologie)

Professeur Claude SIMON – Professeur Roger JANKOWSKI

2^{ème} sous-section : (Ophtalmologie)

Professeur Jean-Luc GEORGE – Professeur Jean-Paul BERROD – Professeur Karine ANGIOI-DUPREZ

3^{ème} sous-section : (Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)

Professeur Michel STRICKER – Professeur Jean-François CHASSAGNE

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeur Daniel BURNEL

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Docteur Bruno GRIGNON

2^{ème} sous-section : (Cytologie et histologie)

Docteur Edouard BARRAT – Docteur Jean-Claude GUEDENET

Docteur Françoise TOUATI – Docteur Chantal KOHLER

3^{ème} sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)

Docteur Béatrice MARIE

Docteur Laurent ANTUNES

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Docteur Marie-Hélène LAURENS – Docteur Jean-Claude MAYER

Docteur Pierre THOUVENOT – Docteur Jean-Marie ESCANYE – Docteur Amar NAOUN

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Docteur Xavier HERBEUVAL – Docteur Jean STRACZEK – Docteur Sophie FREMONT

Docteur Isabelle GASTIN – Docteur Bernard NAMOUR – Docteur Marc MERTEN

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Docteur Gérard ETHEVENOT – Docteur Nicole LEMAU de TALANCE – Docteur Christian BEYAERT

Docteur Bruno CHENUÉL

4^{ème} sous-section : (Nutrition)

Docteur Didier QUILLIOT

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière)

Docteur Francine MORY – Docteur Michèle WEBER – Docteur Christine LION

Docteur Michèle DAILLOUX – Docteur Véronique VENARD

2^{ème} sous-section : (Parasitologie et mycologie)

Docteur Marie-France BIAVA – Docteur Nelly CONTET-AUDONNEAU

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (Epidémiologie, économie de la santé et prévention)

Docteur François ALLA

4^{ème} sous-section : (Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)

Docteur Pierre GILLOIS

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (Hématologie ; transfusion)

Docteur François SCHOONEMAN

3^{ème} sous-section : (Immunologie)

Docteur Marie-Nathalie SARDA

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Docteur Christophe PHILIPPE

**48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE,
PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

1^{ère} sous-section : (Anesthésiologie et réanimation chirurgicale)

Docteur Jacqueline HELMER – Docteur Gérard AUDIBERT

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique)

Docteur Françoise LAPICQUE – Docteur Marie-José ROYER-MORROT

Docteur Damien LOEUILLE

**49^{ème} Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET
RÉÉDUCATION**

5^{ème} sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)

Docteur Jean PAYSANT

**54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE,
ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION**

5^{ème} sous-section : (Biologie et médecine du développement et de la reproduction)

Docteur Jean-Louis CORDONNIER

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

05^{ème} section : SCIENCE ÉCONOMIE GÉNÉRALE

Monsieur Vincent LHUILLIER

32^{ème} section : CHIMIE ORGANIQUE, MINÉRALE, INDUSTRIELLE

Monsieur Jean-Claude RAFT

40^{ème} section : SCIENCES DU MÉDICAMENT

Monsieur Jean-François COLLIN

60^{ème} section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE ET GÉNIE CIVILE

Monsieur Alain DURAND

61^{ème} section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Monsieur Jean REBSTOCK – Monsieur Walter BLONDEL

64^{ème} section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Madame Marie-Odile PERRIN – Mademoiselle Marie-Claire LANHERS

65^{ème} section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Mademoiselle Françoise DREYFUSS – Monsieur Jean-Louis GELLY – Madame Anne GERARD
Madame Ketsia HESS – Monsieur Pierre TANKOSIC – Monsieur Hervé MEMBRE

67^{ème} section : BIOLOGIE DES POPULATIONS ET ÉCOLOGIE

Madame Nadine MUSSE

68^{ème} section : BIOLOGIE DES ORGANISMES

Madame Tao XU-JIANG

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Médecine Générale

Docteur Alain AUBREGE

Docteur Francis RAPHAEL

Docteur Jean-Marc BOIVIN

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Georges GRIGNON – Professeur Michel BOULANGE - Professeur Alain LARCAN - Professeur Michel WAYOFF
Professeur Daniel ANTHOINE - Professeur Hubert UFFHOLTZ – Professeur Adrien DUPREZ - Professeur Paul VERT
Professeur Jean PREVOT – Professeur Jean-Pierre GRILLIAT - Professeur Philippe CANTON – Professeur Pierre MATHIEU
Professeur Gilbert THIBAUT - Professeur Daniel SCHMITT – Mme le Professeur Colette VIDAILHET –
Professeur Jean FLOQUET – Professeur Claude CHARDOT – Professeur Michel PIERSON

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Norman SHUMWAY (1972)
Université de Stanford, Californie (U.S.A)
Professeur Paul MICHIELSEN (1979)
Université Catholique, Louvain (Belgique)
Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeur Mamish Nisbet MUNRO (1982)
Massachusetts Institute of Technology (U.S.A)
Professeur Mildred T. STAHLMAN (1982)
Wanderbilt University, Nashville (U.S.A)
Harry J. BUNCKE (1989)
Université de Californie, San Francisco (U.S.A)

Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würtzburg (R.F.A)
Professeur Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)
Université de Pennsylvanie (U.S.A)
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)
Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur James STEICHEN (1997)
Université d'Indianapolis (U.S.A)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
*Centre Universitaire de Formation et de Perfectionnement des
Professionnels de Santé d'Hô Chi Minh-Ville (VIËTNAM)*

A notre Maître et Président de thèse,

Monsieur le Professeur Hervé BOUAZIZ

Professeur d'anesthésiologie et de réanimation chirurgicale

Vous nous avez guidé tout au long de ce travail et nous faites, aujourd'hui, le grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse.

Nous vous sommes reconnaissants de votre patience, de votre bienveillance à notre égard et de vos nombreux encouragements.

Veillez recevoir ici nos plus sincères remerciements.

A notre Maître et Juge.

Monsieur le Professeur Pierre LASCOMBES

Professeur d'anatomie (option clinique : chirurgie infantile)

Votre présence au sein de ce jury nous touche profondément.

Notre internat en Lorraine et le stage effectué dans votre service nous ont permis de découvrir vos grandes qualités professionnelles et d'apprécier un peu plus encore l'étendue de toutes les autres.

Recevez, ici, l'expression de notre admiration et de nos sentiments les plus chaleureux.

A notre Maître et Juge.

Monsieur le Professeur Paul Michel MERTES

Professeur d'anesthésiologie et de réanimation chirurgicale

Vous nous avez confié le sujet de cette thèse et nous faites l'honneur, aujourd'hui, de juger notre travail.

Tout au long de notre internat, nous avons bénéficié et apprécié la richesse de votre expérience et la qualité de votre enseignement.

Veillez trouver, ici, l'expression de notre gratitude.

A notre Maître et Juge,

Monsieur le Docteur Pierre KLECTHKA

Médecin anesthésiste-réanimateur

Nous vous remercions d'avoir accepté de juger ce travail.

Nous vous sommes gré de l'intérêt particulier que vous lui avez témoigné. Il s'est enrichi des connaissances que vous nous avez communiquées.

Pour vos conseils et votre disponibilité veuillez trouver ici l'expression de notre considération et de notre gratitude.

A madame le professeur Marie Claire Laxenaire

A l'ensemble des membres du bureau de l'Institut Lorrain d'Anesthésie-Réanimation

A tous les médecins anesthésistes-réanimateurs de Lorraine ayant participé à cette enquête

A tous les chirurgiens de Lorraine ayant participé à cette enquête

A tous les patients ayant participé à cette enquête

A madame le docteur Anne-Christine Rat

A madame Perrin

A messieurs les Professeurs Claude Meistelman et Dan Longrois.

A l'ensemble des médecins anesthésistes-réanimateurs du CHU de Nancy.

A mon frère Clément

A Marianne, ma femme chérie, « délocalisée en Lorraine »

A mes parents, à Gautier et Anne

A ma famille

A ma belle-famille

A mes amis

A mon beau-père Robert Nicodème,

pour son soutien constant, ses conseils éclairés et toute son affection.

A Jean Cassigneul,

qui a guidé mes tous premiers pas dans le monde médical, dont les chaleureux encouragements sont toujours si précieux et qui me fait l'immense plaisir d'être ici aujourd'hui.

A Philippe Tréchet,

pour son assistance tout au long de mon internat, aussi efficace que sympathique !

SERMMENT

"Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois désigné et méprisé si j'y manque".

Table des matières.

I.	Introduction -----	22
II.	La consultation pré-anesthésique et la consultation pré-anesthésique délocalisée-----	24
II.1.	La consultation pré-anesthésique standard-----	25
II.2.	La consultation pré-anesthésique délocalisée-----	30
	II.2.1. Justifications de la consultation pré-anesthésique délocalisée-----	31
	II.2.2. Principes généraux de la consultation pré-anesthésique délocalisée-----	32
III.	La consultation pré-anesthésique et la consultation pré-anesthésique délocalisée en Lorraine-----	35
III.1.	La région Lorraine et ses établissements de santé-----	36
	III.1.1. Généralités-----	36
	III.1.2. Les établissements de santé en Lorraine-----	38
III.2.	La consultation pré-anesthésique en Lorraine-----	39
III.3.	La consultation pré-anesthésique délocalisée en Lorraine-----	40
	III.3.1. Historique-----	40
	III.3.2. Fonctionnement du réseau-----	42
III.4.	Intérêt de l'étude-----	45
IV.	Méthodologie-----	46

IV.1.	Enquête de pratique régionale auprès des médecins anesthésistes-réanimateurs-----	48
IV.2.	Enquête de pratique régionale auprès des chirurgiens-----	55
IV.3.	Enquête de satisfaction auprès des patients-----	60
V.	Résultats-----	74
V.1.	Enquête de pratique régionale auprès des médecins anesthésistes-réanimateurs-----	75
V.1.1.	Participation à l'enquête-----	75
V.1.2.	Adhésion des médecins anesthésistes-réanimateurs lorrains au réseau de consultations pré-anesthésiques délocalisées-----	77
V.1.3.	Pratique des consultations pré-anesthésiques délocalisées en Lorraine-----	79
V.1.4.	Pratique de l'anesthésie chez des patients ayant bénéficié d'une consultation pré-anesthésique délocalisée-----	83
V.1.5.	Eléments contre-indiquant le caractère délocalisé de la consultation pré-anesthésique-----	84
V.1.6.	Réticences des médecins anesthésistes-réanimateurs à pratiquer une consultation pré-anesthésique délocalisée en fonction du type de chirurgie-----	87
V.1.7.	Réticences des médecins anesthésistes-réanimateurs à pratiquer une consultation pré-anesthésique délocalisée en cas d'indication chirurgicale non familière-----	88
V.1.8.	Avantages principaux invoqués par les médecins anesthésistes-réanimateurs-----	89
V.1.9.	Intervenant à l'origine du caractère délocalisé de la consultation pré-anesthésique-----	89

V.1.10. Utilisation du dossier spécifique de consultation pré-anesthésique délocalisée-- -----	90
V.1.11. Transmission des conclusions de la consultation et contacts entre le médecin anesthésiste consultant et l'équipe d'anesthésie responsable de la prise en charge peropératoire-----	92
V.1.12. Opposition formelle à la réalisation de la consultation pré-anesthésique délocalisée-----	93
V.1.13. Opposition formelle à la prise en charge au bloc opératoire de patients ayant bénéficié d'une consultation pré-anesthésique délocalisée-----	95
V.1.14. Souhait d'adhésion au réseau de consultations pré-anesthésiques délocalisées-- -----	96
V.2. Enquête de pratique régionale auprès des chirurgiens-----	97
V.2.1. Participation à l'enquête-----	97
V.2.2. Estimation de la pratique des consultations pré-anesthésiques délocalisées par les chirurgiens-----	99
V.2.3. Intervenant à l'origine du caractère délocalisé de la consultation pré- anesthésique-----	100
V.2.4. Contacts entre opérateurs et médecins anesthésistes-réanimateurs avant une consultation pré-anesthésique délocalisée-----	101
V.2.5. Contre-indication au caractère délocalisé de la consultation pré-anesthésique selon la spécialité chirurgicale-----	101
V.2.6. Opposition de l'opérateur au caractère délocalisé de la consultation pré- anesthésique-----	102
V.2.7. Opinion des chirurgiens sur la pratique des consultations pré-anesthésiques délocalisées par les médecins anesthésistes-réanimateurs de leur établissement-----	103

V.3.	Enquête de satisfaction auprès des patients-----	104
V.3.1.	Participation à l'enquête-----	104
V.3.2.	Répartition des patients ayant participé à l'enquête-----	105
V.3.3.	Eloignement géographique domicile-hôpital-----	108
V.3.4.	Motif de réalisation de l'intervention dans un établissement de soins autre que l'établissement le plus proche du domicile du patient-----	108
V.3.5.	Motif du caractère délocalisé de la consultation pré-anesthésique-----	109
V.3.6.	Origine du caractère délocalisé de la consultation pré-anesthésique-----	109
V.3.7.	Notoriété de la consultation pré-anesthésique délocalisée-----	110
V.3.8.	Types d'intervention subie par les patients vus en consultation pré-anesthésique délocalisée-----	111
V.3.9.	Satisfaction des patients quant à la qualité de l'information délivrée en consultation pré-anesthésique délocalisée-----	111
V.3.10.	Anxiété préopératoire-----	115
V.3.11.	Type de consultation pré-anesthésique souhaitée en cas d'intervention future-----	115
V.3.12.	Inconvénients spécifiques au caractère délocalisé de la consultation pré-anesthésique-----	116
VI.	Discussion-----	117
VI.1.	Evaluation de la pratique des consultations pré-anesthésiques délocalisées-----	118
VI.1.1.	Epidémiologie-----	118

VI.1.2. Quels patients pour quels types de chirurgie ?-----	120
VI.1.2.1.Caractéristiques des patients-----	120
VI.1.2.2.Types d'interventions-----	121
VI.1.3. Motif du caractère délocalisé de la consultation pré-anesthésique-----	121
VI.2. Avantages et inconvénients de la consultation pré-anesthésique délocalisée-----	122
VI.3. Obstacles à la consultation pré-anesthésique délocalisée-----	126
VI.4. Le réseau de consultations pré-anesthésiques délocalisées de Lorraine-----	130
VI.4.1. Adhésion-----	130
VI.4.2. Réalisation pratique de la consultation -----	130
VI.4.3. Transmission de l'information-----	131
VI.4.4. Origine du caractère délocalisé de la consultation pré-anesthésique-----	132
VI.4.5. Avenir-----	133
VI.4.6. Evaluation du réseau-----	134
VII. Conclusion-----	136
VIII. Bibliographie-----	138
IX. Annexes-----	141

*Ce travail a reçu la bourse « Jean-Marie Picard » 2005
décernée par l'Institut Lorrain d'Anesthésie-Réanimation*

I**Introduction.**

La consultation pré-anesthésique permet au médecin anesthésiste-réanimateur d'examiner un patient à distance de l'intervention, de juger de la nécessité ou non d'un bilan paraclinique préopératoire, de proposer au patient la meilleure stratégie anesthésique et analgésique, de prévoir une éventuelle hospitalisation postopératoire dans un service de soins intensifs ou, à l'inverse, une chirurgie ambulatoire, d'intégrer le patient dans un tableau opératoire et de réduire la durée de l'hospitalisation préopératoire. La consultation est aussi un temps d'information au cours duquel les techniques anesthésiques sont expliquées au patient et à son entourage, leurs risques exposés et le consentement du patient recueilli. La consultation pré-anesthésique est ainsi un élément fondamental de la sécurité anesthésique. Elle est obligatoire depuis 1994 [1].

A l'origine de bénéfices évidents pour le patient, la consultation pré-anesthésique peut être, dans certains cas, source de contraintes matérielles importantes en imposant un déplacement supplémentaire vers l'établissement de soin. Afin d'éliminer cette contrainte matérielle, certaines consultations pré-anesthésiques peuvent n'être pas réalisées dans l'établissement où aura lieu l'intervention mais dans un autre établissement de santé, plus proche du domicile du patient. La consultation est alors réalisée par un médecin anesthésiste-réanimateur étranger à l'équipe qui prendra en charge le patient au moment de l'intervention. Ces consultations sont appelées *consultations pré-anesthésiques délocalisées*.

Afin de formaliser l'organisation de ces consultations délocalisées en Lorraine, l'Institut Lorrain d'Anesthésie-Réanimation a créé en 2002 un « réseau de consultations pré-anesthésiques délocalisées ». Son objectif est d'offrir un cadre proposant certaines règles de bonne pratique aux médecins anesthésistes-réanimateurs adressant ou recevant un patient en consultation pré-anesthésique délocalisée.

L'intérêt du présent travail est d'évaluer la pratique de la consultation pré-anesthésique délocalisée en général et le fonctionnement du réseau lorrain en particulier.

Pour ce faire trois enquêtes distinctes ont été menées :

- Deux enquête de pratique régionale auprès de l'ensemble des médecins anesthésistes-réanimateurs et des chirurgiens de Lorraine.
- Une enquête de satisfaction auprès d'une population de patients ayant bénéficié d'une consultation pré-anesthésique délocalisée.

II

**La consultation pré-anesthésique et
la consultation pré-anesthésique délocalisée.**

II.1 La consultation pré-anesthésique standard.

« Tout malade devant subir une anesthésie doit faire l'objet d'une consultation ayant lieu suffisamment tôt » : il y a plus de trente ans, le 30 avril 1974, une circulaire du Ministère de la Santé Publique et de la Sécurité Sociale relative à la sécurité des malades incitait déjà fortement les médecins anesthésistes-réanimateurs à réaliser une consultation pré-anesthésique systématique [2].

Vingt ans plus tard, le 5 décembre 1994, l'incitation devenait obligation légale à travers le décret n° 94-1050 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 [1].

L'article D. 712-40 du décret n° 94-1050 du 5 décembre 1994 stipule 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 les garanties suivantes :

1° Une consultation pré-anesthésique, lorsqu'il s'agit d'une intervention programmée (...) ».

L'article D. 712-41 détaille les modalités réglementaires de la consultation pré-anesthésique :

« 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. 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 de l'intervention ».

Entre la circulaire de 1974 et le décret de 1994, l'importance de la consultation pré-anesthésique avait été de nombreuses fois rappelée de manière forte par plusieurs instances officielles :

- par le Conseil National de l'Ordre des Médecins en 1980,
- par le Ministère de la Santé en 1982,
- par l'intermédiaire de la Nomenclature générale des actes professionnels en 1982,
- par le Ministère des Affaires Sociales et de la Solidarité Nationale en 1985,
- par la Société Française d'Anesthésie-Réanimation en 1991 [3],
- par l'Agence Nationale pour le Développement de l'Evaluation Médicale en 1992 [4],
- par le Haut Comité de la Santé Publique en 1993 [5].

Dans un rapport adopté le 21 mars 1980 en séance plénière consacré à l'exercice de l'anesthésie, le Conseil National de l'Ordre des Médecins précise que l'examen clinique pratiqué et les examens complémentaires prescrits par le médecin anesthésiste-réanimateur lors de la période préopératoire engagent sa responsabilité sur les plans juridique et déontologique.

En septembre 1991, un groupe de travail dirigé par monsieur le Professeur J.P. Haberer, sous l'égide de la Société Française d'Anesthésie-Réanimation (SFAR), rédige des « Recommandations concernant la période pré-anesthésique » [3]. L'objectif premier visé par ces recommandations est d' « améliorer et/ou maintenir la sécurité des patients anesthésiés donc [de] diminuer la morbidité et la mortalité anesthésiques ». La consultation pré-anesthésique doit permettre « d'effectuer un examen clinique, d'évaluer le risque, de décider de la prémédication éventuelle et de la technique anesthésique, d'informer le patient et de le préparer à l'intervention. L'examen préanesthésique comporte un examen du dossier, un interrogatoire et un examen physique ». Le texte des recommandations décrit également les conditions optimales d'organisation pratique de la consultation pré-anesthésique :

aménagement du local de consultation, moment opportun de réalisation de la consultation. Sur ce dernier point, le groupe de travail suggère que celle-ci se déroule « *à une date qui permette de prévoir les investigations nécessaires à l'élaboration d'une tactique anesthésique* » et que, « *dans la mesure du possible, la consultation pré-anesthésique [ait] lieu à distance de l'acte* ». Le décret n° 94-1050 du 5 décembre 1994 [1] sera à peine plus précis lorsque qu'il imposera réglementairement, trois ans plus tard, que la consultation ait lieu « *plusieurs jours avant l'intervention* ». La SFAR insiste enfin sur l'information à délivrer, dont l'objectif est « *d'éclairer le patient sur l'acte anesthésique projeté, d'obtenir son consentement et de répondre à ses éventuelles questions* ».

En 1993, un rapport du Haut Comité de la Santé Publique sur la sécurité anesthésique est rendu public [5]. Le groupe de travail, sous la responsabilité de monsieur le Professeur A. Lienhart, y réaffirme en introduction que « *le but principal de l'évaluation préopératoire est de réduire la morbidité et la mortalité péri-opératoires* ». Du point de vue du patient, la consultation pré-anesthésique serait justifiée par le besoin ressenti d'une information visant à atténuer voire à dissiper l'anxiété relative à l'anesthésie. Une étude réalisée en 1992 par l'institut BVA, et commentée dans le rapport du Haut Comité de la Santé Publique, révélait que l'anesthésie était à l'origine d'une peur chez 43% des personnes interrogées. Cette étude démontrait également une méconnaissance du déroulement du processus anesthésique et du rôle de l'anesthésiste-réanimateur, intervenant très probablement dans la genèse de l'anxiété préopératoire. La consultation pré-anesthésique doit donc avoir « *pour objet (...) la dissipation de malentendus par le biais d'une information honnête* ». Toujours selon le Haut Comité de la Santé Publique, la généralisation de la pratique des consultations pré-anesthésiques doit ainsi permettre de « *passer d'une attitude binaire de l'anesthésiste-réanimateur (acceptation ou refus pour contre-indication absolue la veille de l'intervention), à une attitude plus positive, qui consiste à anesthésier le patient dans les meilleures conditions possibles* ».

Les auteurs du rapport proposent ensuite un état des lieux de la pratique de la consultation pré-anesthésique au début des années 90. Ils s'appuient pour ce faire sur les statistiques issues de deux études. Une enquête menée par l'Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale (INSERM) de 1978 à 1982 indiquait que 43% des Centres Hospitalo-Universitaires et 22% des autres établissements de santé publics ou privés disposaient d'au moins une consultation externe d'anesthésie. Une autre enquête menée une décennie plus tard, en 1991, montrait que 73% des établissements hospitaliers disposaient au moins d'une consultation

organisée. Malgré le développement de cette pratique, il s'avérait toutefois, en 1991, que 14% des patients n'étaient vus par un médecin anesthésiste-réanimateur que le jour même de l'intervention et que cette première rencontre avait lieu la veille dans 49% des cas.

Trois types d'inconvénients relatifs à l'absence de consultation pré-anesthésique précoce étaient mis en avant par le Haut Comité de la Santé Publique : inconvénients envers le patient (manquement au devoir d'information, stress psychologique engendré par un éventuel report d'intervention ou risque éventuellement accru en cas de non report), inconvénients envers l'organisation du service (modifications des programmes opératoires), inconvénients d'ordre économique (impossibilité de réduire la prescription des examens complémentaires par une prescription sélective adaptée au contexte, éventuel allongement de la durée d'hospitalisation préopératoire).

En conclusion, les auteurs du rapport se félicitent que « *le concept de consultation externe d'anesthésie [se soit] bien implanté en France et [ait] subi un développement important au cours des dix dernières années* ». Ils regrettent cependant que « *le nombre de structures et le débit de patients pouvant en bénéficier restent notoirement insuffisants* ». Pour le Haut Comité de la Santé Publique, « *il y a donc lieu de remettre de l'ordre à ce niveau* ». Il évoque ensuite plusieurs actions à mener afin de lever les obstacles au développement de la pratique des consultations pré-anesthésiques et avance enfin que « *l'aspect obligatoire d'une consultation pré-anesthésique est parfois le dernier argument pour vaincre certaines réticences* ».

Les dernières « *réticences* » seront « *vaincues* » un an plus tard, le 5 décembre 1994, par le décret n° 94-1050 rendant obligatoire la pratique systématique d'une consultation pré-anesthésique [1].

L'objectif premier de la consultation pré-anesthésique est de réduire la morbi-mortalité liée à l'anesthésie par le dépistage des facteurs de risque et la mise en condition du patient en vue de l'intervention programmée. Cet objectif de sécurité, dans lequel la consultation à distance paraît jouer un rôle primordial, semble avoir été l'argument majeur à l'élaboration d'une réglementation en encadrant la pratique. Toutefois, l'impact de la réalisation de la consultation pré-anesthésique sur la sécurité opératoire n'a, à notre connaissance, jamais été documenté par une étude.

L'information du patient et l'obtention de son consentement forment un autre objectif important de la consultation pré-anesthésique. L'article 35 du décret n° 95-1000 du 6 septembre 1995 portant code de déontologie médicale stipule que « *le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille, une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose* ». L'article suivant rappelle que « *le consentement de la personne examinée ou soignée doit être recherché dans tous les cas* ». Il apparaît aisément que, dans le cas d'une intervention programmée, les conditions de délivrance d'une information de qualité et de recueil d'un consentement éclairé sont plus favorables dans cadre d'une consultation programmée à distance que lors d'une visite pré-anesthésique effectuée quelques heures avant l'intervention. A ce sujet, le Conseil National de l'Ordre des Médecins a explicitement pris position en 1994 dans ses recommandations concernant les relations entre anesthésistes-réanimateurs, chirurgiens et autres spécialistes ou professionnels de santé : « *La consultation d'anesthésie permet d'obtenir du malade un consentement libre et éclairé. Il sera libre, si cette consultation est faite à distance de l'intervention, de récuser l'anesthésiste-réanimateur ou l'une des modalités anesthésiques qui lui sont proposées. Lorsque la consultation n'a lieu que la veille de l'intervention, le consentement n'est plus réellement libre, mais sous la contrainte de la décision chirurgicale* » [6].

La gestion optimale de la période préopératoire en terme d'organisation est le troisième objectif de la consultation pré-anesthésique. Une étude impliquant 284 patients, publiée en 1999, a analysé, sous différents aspects, l'intérêt de la consultation pré-anesthésique par rapport à la visite pré-anesthésique seule [7]. Deux groupes de patients, l'un bénéficiant d'une consultation pré-anesthésique à distance, l'autre bénéficiant d'une simple visite pré-anesthésique dans les heures précédant l'intervention, ont été comparés. Un critère d'évaluation important, en termes économique et de confort pour le patient, est la durée d'hospitalisation préopératoire. Il ressortait de ces travaux que la durée d'hospitalisation préopératoire était significativement plus courte dans le groupe « consultation pré-anesthésique » que dans le groupe « visite pré-anesthésique ». Cette durée était réduite de 0,4 jours en moyenne dans le groupe bénéficiant d'une consultation à distance. Les auteurs de l'étude ont avancé l'hypothèse que la réduction de la durée d'hospitalisation préopératoire pourrait compenser le surcoût généré par la réalisation systématique d'une consultation pré-anesthésique. Ce travail révélait également une réduction statistiquement significative du nombre de reports d'intervention pour une cause médicale.

Les trois objectifs principaux attendus de la consultation pré-anesthésique (sécurité, information, organisation) semblent donc atteints. Le caractère systématique de la consultation pré-anesthésique, imposée de manière réglementaire, représente cependant pour certains médecins anesthésistes une contrainte injustifiée. Les difficultés d'organisation d'une part et l'absence de bénéfice démontré sur la morbi-mortalité d'autre part, incitent certains praticiens à préconiser une sélection des patients devant bénéficier d'une consultation pré-anesthésique et à proposer l'évaluation de méthodes alternatives à la consultation systématique : interview téléphonique, sélection des patients à risque par le chirurgien ou questionnaire rempli par le patient et transmis à l'équipe médicale par téléphone ou Internet, par exemple. Cette réflexion « dissidente » révèle les difficultés d'application de la consultation pré-anesthésique et le problème induit par le caractère réglementaire de sa réalisation.

Conscient de ces difficultés, le Haut Comité de la Santé Publique relevait en 1993, dans son rapport sur la sécurité anesthésique, un certain nombre de freins au développement de la consultation pré-anesthésique [5]. Parmi ceux-ci, il notait que *« l'éloignement géographique des patients est un obstacle à des déplacements itératifs vers les établissements ayant une large zone d'attraction »*. Un an avant la publication du décret réglementant la consultation pré-anesthésique, le problème de l'éloignement géographique était ainsi déjà posé et la question d'une consultation pré-anesthésique « délocalisée » implicitement soulevée.

II.2 La consultation pré-anesthésique délocalisée.

Dès 1997, la Société Française d'Anesthésie-Réanimation (SFAR), par l'intermédiaire de son Comité Vie Professionnelle, admettait que *« pour éviter au patient des déplacements itératifs, la consultation d'anesthésie peut-être réalisée dans un autre établissement »* [8]. La SFAR prenait ainsi, pour la première fois, position officiellement sur la question des consultations pré-anesthésiques délocalisées. Depuis cette date, la consultation pré-anesthésique délocalisée est un acte réalisé par de nombreux médecins anesthésistes-réanimateurs en France.

Aucune évaluation de cette pratique n'a jamais été réalisée, sinon rendue publique, et il n'existe, à notre connaissance, aucune donnée statistique publiée sur la pratique de la consultation pré-anesthésique délocalisée en France.

II.2.1 Justifications de la consultation pré-anesthésique délocalisée.

L'objectif du caractère délocalisé de la consultation pré-anesthésique délocalisée est explicitement précisé par les membres du groupe de travail de la SFAR : « *éviter au patient des déplacements itératifs* » [8]. L'éloignement entre le domicile et l'établissement de santé où se pratiquera l'intervention (à l'origine de difficultés de transport pour le patient) est donc la raison unique justifiant l'éventuel caractère délocalisé de la consultation pré-anesthésique. Nul autre motif que l'éloignement géographique ne saurait, en l'état actuel des recommandations de notre société savante, justifier la réalisation d'une consultation délocalisée.

La tendance à la concentration des compétences et des moyens techniques dans des centres de soins à recrutement régional voire interrégional s'accompagne inévitablement d'un accroissement de la distance domicile – établissement de soins pour un nombre important de patients. Cet allongement du trajet à parcourir pour se rendre à la consultation pré-anesthésique est potentiellement source de difficultés de transport.

L'augmentation du nombre d'anesthésies pratiquées en France, l'allongement de l'espérance de vie et l'accroissement de la proportion de patients âgés parmi les personnes bénéficiant d'une anesthésie sont certainement aussi à l'origine de difficultés de transport plus nombreuses et plus fréquentes. Pour des raisons évidentes, les personnes âgées font en effet plus souvent face à des difficultés de déplacement que d'autres catégories de patients plus jeunes, plus autonomes et plus mobiles.

Le caractère obligatoire de la consultation pré-anesthésique est un facteur capital dans l'explication de l'intérêt porté à la consultation délocalisée. En effet, la consultation pré-anesthésique étant devenue un devoir légal depuis 1994 [1], aucun obstacle à sa réalisation ne saurait justifier son annulation. Nous pouvons imaginer qu'en l'absence de cette contrainte légale, les difficultés de déplacement d'un patient puissent expliquer (dans certains cas, chez certains patients et pour certaines équipes) qu'il en fût dispensé. Confrontés aux difficultés de transport de leur patient et soumis à l'obligation légale de leur faire bénéficier d'une

consultation pré-anesthésique, les médecins anesthésistes-réanimateurs sont tenus de trouver une solution permettant de concilier impératifs matériels du patients et impératifs réglementaires du législateur. La consultation pré-anesthésique délocalisée est l'une des solutions que le médecin anesthésiste peut proposer au patient dont les déplacements réitérés sont manifestement problématiques.

Le confort apporté au patient par cet aménagement du processus préopératoire est l'objectif principal de la délocalisation de la consultation. Il s'agit avant tout d'un service rendu au patient visant à faciliter l'une des étapes incontournables de sa préparation à l'intervention. Il est évident que la réalisation d'une consultation pré-anesthésique délocalisée ne doit en aucun cas générer une quelconque perte de chance pour le patient et, dans cet objectif, des principes généraux de bonne pratique ont été édictés en 2001.

H.2.2 Principes généraux de la consultation pré-anesthésique délocalisée.

En 2001, le Comité Vie Professionnelle de la SFAR, après avoir été interrogé à plusieurs reprises sur les conditions de réalisation des consultations pré-anesthésiques délocalisées, publiait un texte traitant spécifiquement de cette question [9]. Le groupe de travail y décrivait succinctement les grands principes devant régir la réalisation de toute consultation pré-anesthésique délocalisée :

- L'information et l'accord de l'équipe d'anesthésie qui prendra en charge le patient le jour de l'intervention.

Pour d'autres auteurs, la demande du caractère délocalisé de la consultation pré-anesthésique *doit* même obligatoirement émaner de cette équipe qui prendra en charge le patient, et pas directement de l'opérateur. Cet impératif serait justifié par le fait que la délocalisation de la consultation relève du principe de délégation : une équipe délègue à un médecin anesthésiste-réanimateur extérieur la responsabilité de pratiquer la consultation pré-anesthésique dont elle a la charge.

- *L'accord préalable du médecin anesthésiste-réanimateur sollicité pour réaliser la consultation.*

Nul médecin ne peut-être contraint de réaliser une consultation pré-anesthésique délocalisée.

- *Le consentement éclairé du patient (ou de son tuteur légal).*

Cet élément capital de la consultation permet de satisfaire au devoir d'information due à tout patient. En outre, il est important de préciser au patient, dans cette situation spécifique, que le médecin-anesthésiste réanimateur en charge de l'acte reste le seul juge de la conduite à tenir et donc d'un éventuel report d'intervention, notamment en cas de divergence quant à l'appréciation du risque.

- *La transmission, dans les meilleurs délais, des conclusions de la consultation pré-anesthésique.*

Le compte-rendu de la consultation et des éventuels examens complémentaires ou avis spécialisés doit être adressé à l'équipe anesthésique qui prendra en charge le patient. Les modalités pratiques de la transmission du dossier ne sont pas précisées. Certains auteurs plaident pour un contact verbal direct entre le médecin pratiquant la consultation et l'équipe anesthésique en cas d'existence d'un risque particulier.

- *L'importance de la visite pré-anesthésique.*

Premier contact entre le patient et l'équipe qui pratiquera l'anesthésie, elle permet à cette dernière de prendre connaissance du dossier d'anesthésie, de vérifier l'information délivrée au patient (et de la compléter éventuellement) et de confirmer son consentement. La visite pré-anesthésique doit être pratiquée selon les termes du décret n° 94-1050 du 5 décembre 1994, « dans les heures précédant le moment prévu de l'intervention » [1].

L'âge du patient n'est pas abordé et aucune restriction à la pratique d'une consultation pré-anesthésique en pédiatrie n'est évoquée. De même, aucun type de chirurgie n'est mentionné et ne fait donc l'objet d'une contre-indication formellement exprimée. Le texte de la SFAR, seul document publié proposant des recommandations (sans aucun caractère réglementaire) concernant la réalisation des consultations pré-anesthésiques délocalisées se borne donc à établir quelques principes généraux sans encadrer cette pratique de préconisations restrictives précises. Seules deux situations apparaissent alors aux membres du Comité Vie Professionnelle comme des contre-indications formelles au caractère délocalisé de la consultation : « le caractère très spécialisé ou la lourdeur de certaines procédures et la

méconnaissance par le médecin anesthésiste-réanimateur consultant des conditions dans lesquelles l'acte sera réalisé ».

Enfin, en sus des règles de bon sens énoncées par les membres du Comité Vie Professionnelle, ces derniers insistent fortement sur un point particulier : l'existence d'un « *réseau de soins qui mérite d'être formalisé* » servant de cadre à la réalisation des consultations pré-anesthésiques délocalisées. La notion de réseau de soins est présentée comme l'élément indispensable au bon fonctionnement de cette pratique et comme un gage capital de qualité et de sécurité. En l'absence d'un tel réseau, la consultation délocalisée ne saurait être qu'exceptionnelle et motivée par une raison majeure. C'est le réseau organisant la pratique des consultations pré-anesthésiques délocalisées en Lorraine que le présent travail se propose d'évaluer.

III

La consultation pré-anesthésique et la consultation pré-anesthésique délocalisée en Lorraine.

III.1 La région Lorraine et ses établissements de santé.

III.1.1 Généralités.

La Lorraine est une région de 23.547 km² qui comptait, lors du recensement INSEE de mars 1999, une population totale de 2.310.376 habitants, soit une densité moyenne de 98 habitants/km². A titre de comparaison, la densité moyenne de la France est de 108 habitants/km².

La région est composée de quatre départements à la démographie très inégale. De superficies sensiblement équivalentes, leurs populations sont très différentes :

La Moselle (6.216 km²) compte 1.023.447 habitants et présente une densité démographique de 165 habitants/km².

La Meurthe-et-Moselle (5.246 km²) compte 713.779 habitants et présente une densité démographique de 136 habitants/km².

Les Vosges (5.874 km²) comptent 380.952 habitants et présentent une densité démographique de 65 habitants/km².

La Meuse (6.211 km²) comptent 192.198 habitants et présente une densité démographique de 31 habitants/km².

La densité démographique de la région Lorraine est donc légèrement inférieure à la moyenne nationale. Mais ce chiffre cache deux situations radicalement dissemblables. Deux départements (Moselle et Meurthe-et-Moselle), très peuplés, représentent un peu moins de la moitié de la superficie lorraine mais plus des trois quarts de la population régionale. La Meuse et les Vosges sont deux départements étendus mais très peu peuplés.

La Lorraine est une région dont l'axe nord-sud mesure 230 Km environ et l'axe est-ouest, près de 200 Km. Nancy, seule ville hospitalo-universitaire de Lorraine est située au centre de la région et possède donc une influence régionale dans un rayon d'une centaine de kilomètres.

Ces constatations seront intéressantes à prendre en compte pour analyser la pratique de la consultation pré-anesthésique délocalisée en Lorraine.



Carte 1 : La région Lorraine

	Population	Superficie (km ²)	Densité (hab/km ²)
Lorraine	2.310.376	23.547	98
Moselle	1.023.447	6.216	165
Meurthe-et-Moselle	713.779	5.246	136
Vosges	380.952	5.874	65
Meuse	192.198	6.211	31

Tableau 1 : Démographie en Lorraine (Source : INSEE, Recensement mars 1999)

III.1.2 Les établissements de santé en Lorraine.

Fermetures et regroupements d'établissements expliquent la diminution du nombre d'établissements de santé pratiquant l'anesthésie en Lorraine au cours des dernières années. Cinquante cinq en 1998, ils étaient 46 en 2003.

Dix huit de ses 46 établissements se trouvent en Moselle, 16 en Meurthe-et-Moselle, 8 dans les Vosges et 4 seulement en Meuse.

Plus de la moitié d'entre eux (24) sont des hôpitaux publics. Quatorze sont des cliniques privées et 8 des établissements privés à but non lucratifs participant au service public hospitalier (PSPH). La quasi-totalité de ces structures PSPH sont situées en Moselle.

	Meurthe&M.	Meuse	Moselle	Vosges	Total
Public	9	2	7	6	24
Privé	6	2	4	2	14
PSPH	1	0	7	0	8
Total	16	4	18	8	46

Tableau 2 : Répartition des établissements de santé lorrains pratiquant l'anesthésie

III.2 La consultation pré-anesthésique en Lorraine.

L'Institut Lorrain d'Anesthésie-Réanimation (ILAR) a réalisé deux enquêtes relativement récentes, intitulées « *Pratique de l'Anesthésie-Réanimation dans les établissements de soins de la région Lorraine* » [10, 11].

La première des deux a été réalisée en 1993, soit un an avant la parution du décret du 5 décembre 1994 réglementant la pratique de la consultation pré-anesthésique [10].

L'enquête, réalisée auprès des 60 établissements lorrains pratiquant des actes d'anesthésie, révélait que 83% d'entre eux (50 établissements) avaient mis en place une consultation pré-anesthésique. Dix établissements ne réalisaient aucune consultation pré-anesthésique.

La proportion de patients bénéficiant d'une consultation avant un acte programmé variait considérablement d'un établissement à l'autre. En moyenne, dans les 50 établissements qui avaient structuré une consultation pré-anesthésique, seuls 24% des patients étaient vus en consultation au cours de l'année 1993. Sur l'ensemble des 60 établissements, 20% des patients bénéficiaient en 1993 d'une consultation pré-anesthésique. Cette enquête permettait donc d'observer l'important retard de développement de cette pratique.

En 1997, une enquête identique était réalisée par l'Institut Lorrain d'Anesthésie-Réanimation auprès des 56 établissements de santé pratiquant l'anesthésie dans la région [11]. Tous les établissements avaient organisé une consultation pré-anesthésique pour les actes programmés, conformément au décret n° 94-1050.

Cette nouvelle enquête permettait de noter une progression dans la pratique bien entendu mais aussi dans l'organisation de la consultation pré-anesthésique depuis 1993.

De 20% en 1993, la proportion de patients vus en consultation est passée en quelques années à 100% des patients subissant une intervention programmée (soit 70 à 80% de l'ensemble des patients). Les établissements de santé lorrains ont donc dû s'adapter rapidement afin de se conformer à l'obligation légale de faire bénéficier à tous les patients d'une consultation pré-anesthésique.

III.3 La consultation pré-anesthésique délocalisée en Lorraine.

III.3.1 Historique.

Dans l'enquête « *Pratique de l'Anesthésie-Réanimation dans les établissements de soins de la région Lorraine* » dirigée en 1997 par l'ILAR, la question de la consultation pré-anesthésique délocalisée était abordée. Plus de quatre établissements sur cinq (82%) y affirmaient accepter de pratiquer une consultation pré-anesthésique pour des patients dont l'intervention avait lieu dans un autre établissement de santé.

Cette forte proportion d'établissements réalisant des consultations pré-anesthésiques délocalisées révélait l'importance relative de cette pratique, aucune évaluation de la fréquence de ces consultations n'étant disponible par ailleurs.

Les travaux du Comité Vie Professionnelle de la SFAR publiés en 2001 insistaient fortement sur la nécessaire formalisation d'un réseau de soins au sein duquel la consultation pré-anesthésique doit s'intégrer et en dehors duquel elle ne saurait être qu'exceptionnelle [9].

S'appuyant sur ces conclusions, il est apparu aux membres du bureau de l'Institut Lorrain d'Anesthésie-Réanimation qu'il serait souhaitable, voire indispensable, d'inscrire les consultations pré-anesthésiques délocalisées effectuées en Lorraine dans un tel réseau aux principes de fonctionnement clairement établis.

Un groupe de travail emmené par monsieur le docteur Pierre Kleclhka, sous la responsabilité de madame le professeur Marie-Claire Laxenaire, présidente de l'Institut Lorrain d'Anesthésie-Réanimation, a ainsi été chargé de la création d'un « *réseau de consultations pré-anesthésiques délocalisées* ».

La définition d'un réseau de santé est apportée par l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé : « *un réseau de soins constitue une forme organisée d'action collective apportée par des professionnels en réponse à un besoin de santé des individus et/ou de la population, à un moment donné, sur un territoire donné* » [12].

L'objectif affiché de ce réseau était de faciliter la recherche par les patients à la mobilité limitée (pour des raisons financières, matérielles, de santé ou de disponibilité d'un

accompagnant par exemple) d'un rendez-vous de consultation réalisable à proximité de leur domicile.

Des principes de fonctionnement ont été établis et une « Charte de consultation pré-anesthésique délocalisée » rédigée. Ces documents seront détaillés dans le prochain chapitre.

Un formulaire de consultation spécifique a été élaboré ainsi qu'un auto questionnaire destiné au patient, à remplir avant la consultation.

L'ensemble des médecins anesthésistes-réanimateurs Lorrains a ensuite été contacté par courrier, informé de la naissance de ce réseau et invité à y adhérer. L'adhésion était une démarche individuelle. Ainsi certains établissements de santé ont vu une partie seulement de leurs médecins anesthésistes-réanimateurs adhérer au réseau. Au total, vingt-trois établissements (50%) ont répondu favorablement à l'invitation d'adhérer à ce réseau, par l'intermédiaire de l'un, de plusieurs ou de la totalité des médecins anesthésistes-réanimateurs qui y exerçaient.

Le « réseau de consultations pré-anesthésiques délocalisées » est fonctionnel depuis janvier 2002.

	Meurthe&M.	Meuse	Moselle	Vosges	Total
Public	6 (9)	1 (2)	3 (7)	1 (6)	11 (24)
Privé	3 (6)	1 (2)	2 (4)	0 (2)	6 (14)
PSPH	0 (1)	0 (0)	6 (7)	0 (0)	6 (8)
Total	9 (16)	2 (4)	11 (18)	1 (8)	23 (46)

Tableau 3 : Répartition des établissements de santé lorrains adhérant au réseau de consultation pré-anesthésique délocalisée (et nombre total d'établissements pratiquant l'anesthésie)

III.3.2 Fonctionnement du réseau.

L'adhésion au réseau de consultation pré-anesthésique délocalisée de Lorraine est libre, volontaire et individuelle.

Des principes de fonctionnement de ce réseau mis en place par l'ILAR ont été édictés. Ils soulignent que *« la règle de base reste pour tous les patients de devoir consulter les médecins anesthésistes-réanimateurs de l'établissement où sera réalisée l'anesthésie : ce n'est qu'en cas de difficultés particulières qu'un opérateur pourra indiquer au patient qu'il est possible d'obtenir une consultation pré-anesthésique plus proche de son domicile »*. Ils précisent les droits et les devoirs de chacun des trois intervenants impliqués : le médecin anesthésiste-réanimateur, l'opérateur et le patient.

Parallèlement, une Charte a été rédigée et remise à chaque médecin anesthésiste-réanimateur adhérent au réseau de consultations pré-anesthésiques délocalisées.

Ces deux documents détaillent les règles dont le respect se veut garant de la qualité du service proposé au patient. Ils établissent les grands principes organisant le fonctionnement du réseau de soins.

Afin de faciliter les contacts entre médecins anesthésistes-réanimateurs adhérent au réseau, un annuaire a été édité en février 2002. Tous les praticiens adhérents y sont inscrits et les coordonnées de leur établissement répertoriées. Les principes de fonctionnement et la Charte du réseau de consultation pré-anesthésique délocalisée y sont rappelés.

Les documents suivants sont reproduits ci-après :

- Principes de fonctionnement.
- Charte de consultations pré-anesthésiques délocalisées.

PRINCIPES DE FONCTIONNEMENT

1) Pour les médecins anesthésistes-réanimateurs :

- Respect de la déontologie médicale : respect du choix du patient, absence de jugements sur la valeur des différents intervenants et établissements, transmission effective des données recueillies...
- Réalisation d'une consultation de qualité, utilisant de préférence le questionnaire patient et le formulaire de consultation pré-anesthésique (CPA) de l'ILAR, ainsi que d'une information indiquant au patient que les choix définitifs des techniques anesthésiques seront effectués à l'issue de la visite pré-anesthésique (VPA) dans l'établissement où sera réalisée l'anesthésie.
- Réalisation des examens complémentaires, vérification de leurs résultats, transmission du dossier soit par les soins du patient, soit par courrier.
- En cas de difficultés, appel d'un médecin anesthésiste-réanimateur (MAR) de l'établissement « demandeur » pour mettre au point une stratégie concertée.
- Signalement systématique de la réalisation de la CPA à l'équipe d'anesthésie de l'établissement « demandeur » par un fax ou un e-mail (cf modèle joint en annexe).

2) Pour les opérateurs, demandeurs de CPA :

- Caractère exceptionnel du recours au réseau, la règle de base reste pour tous les patients de devoir consulter les MAR de l'établissement où sera réalisée l'anesthésie : ce n'est qu'en cas de difficultés particulières qu'un opérateur pourra indiquer au patient qu'il est possible d'obtenir une CPA plus proche de son domicile.
- Rédaction d'une lettre de demande de CPA comportant les coordonnées de l'opérateur, de l'équipe d'anesthésie qui prendra le malade en charge, la nature de l'intervention projetée et sa date (cf modèle joint en annexe).

3) Pour les patients :

- Compréhension et acceptation de cette procédure et du risque de divergence entre les explications reçues et les procédures qui seront finalement proposées lors de la VPA.
- Le cas échéant, transmission du dossier de CPA d'une équipe à l'autre.

4) Par contre, la réalisation systématique d'une CPA au service d'une consultation chirurgicale décentralisée, pratiquée régulièrement par un opérateur et générant de nombreuses demandes de CPA ne peut bénéficier de ce réseau, car elle nécessite la mise au point d'un véritable partenariat entre les deux équipes, concrétisé par la rédaction d'une convention détaillée liant les deux parties.

CHARTRE DE CONSULTATION PRE-ANESTHESIQUE DELOCALISEES

Dans le but de limiter les déplacements successifs d'un patient devant être anesthésié dans un établissement éloigné de son domicile, le Docteur XXXX ou les médecins du service d'anesthésie-réanimation de l'hôpital de XXXX acceptent :

- ▶ De réaliser les consultations pré-anesthésiques (CPA) dans les conditions prévues par le décret du 05 décembre 1994 pour des patients qui seront anesthésiés par d'autres médecins anesthésistes-réanimateurs dans un établissement différent pour une intervention précise et programmée.
- ▶ D'anesthésier des patients ayant été vus en consultation pré-anesthésique à distance par un médecin anesthésiste-réanimateur d'un autre établissement pour une intervention précise et programmée.

Cette organisation ne peut fonctionner correctement que si le praticien demandeur d'anesthésie communique par écrit et par l'intermédiaire du patient, la nature de l'intervention projetée, sa date, le nom de l'établissement et du médecin anesthésiste-réanimateur référent de son service ainsi que les numéros de téléphone et de fax permettant de le joindre.

Si ce document est disponible, le Docteur XXXX ou les médecins du service d'anesthésie-réanimation de l'hôpital de XXXX s'engagent à pratiquer une consultation pré-anesthésique complète comportant : un interrogatoire, un examen clinique et l'information du patient sur l'anesthésie et ses risques : ces éléments sont consignés par écrit sur les formulaires de consultation pré-anesthésique délocalisée publiés par l'Institut Lorrain d'Anesthésie-Réanimation (questionnaire patient et dossier de CPA).

Cette consultation est complétée par la prescription des examens complémentaires dont les résultats seront interprétés et joints au dossier.

Si des difficultés particulières sont mises en évidence au cours de ce processus, ils s'engagent à contacter directement le médecin anesthésiste-réanimateur référent du service demandeur pour décider de la conduite à tenir.

Le dossier ainsi constitué, signé par le médecin ayant réalisé la consultation pré-anesthésique est transmis à l'autre établissement par courrier ou par les soins du patient.

La visite pré-anesthésique, le contrôle final du bilan, les prescriptions pré et post-anesthésiques et le choix définitif du protocole d'anesthésie seront effectués par un médecin anesthésiste-réanimateur de l'établissement où sera réalisée l'anesthésie.

La responsabilité médicale du médecin réalisant la consultation se limite à l'acte qu'il réalise personnellement, à l'interprétation des résultats des examens qu'il a demandés et à la transmission du dossier.

Le médecin ou l'établissement ayant réalisé la consultation pré-anesthésique percevra les honoraires correspondant à l'acte.

III.4 Intérêt de l'étude.

L'objet du travail présenté ici est d'évaluer la pratique de la consultation pré-anesthésique délocalisée dans les établissements de santé de Lorraine.

Il vise à cerner l'opinion des médecins anesthésistes-réanimateurs lorrains sur cette question et à analyser leurs habitudes en matière de réalisation de consultations pré-anesthésiques délocalisées.

Ce travail étudie également l'implication des chirurgiens dans ce processus de consultations délocalisées et leur appréciation de celles-ci.

Enfin, il s'attache à déterminer les motivations des patients ayant opté pour ce type de consultation et à évaluer leur satisfaction vis-à-vis de cette pratique.

Dans ce travail, il nous a paru intéressant d'identifier d'éventuels dysfonctionnements dans le processus de réalisation des consultations pré-anesthésiques délocalisées en Lorraine.

L'objectif de cette étude est donc double :

- dresser un état des lieux de la pratique de la consultation pré-anesthésique délocalisée en Lorraine, à partir de trois enquêtes menées auprès des trois acteurs qu'elle intéresse principalement (médecin anesthésiste-réanimateur, opérateur et patient).
- rechercher d'éventuelles améliorations à apporter au réseau de consultations pré-anesthésiques délocalisées de Lorraine afin d'accroître la satisfaction de chacun et de favoriser le confort du patient tout en améliorant encore la sécurité anesthésique.

Il n'existe, à notre connaissance, aucun travail antérieur évaluant cette pratique.

IV

Méthodologie.

L'évaluation du réseau de consultations pré-anesthésiques délocalisées de Lorraine a consisté en deux enquêtes de pratique régionale et une enquête de satisfaction auprès de patients.

Les enquêtes de pratique régionale ont été menées auprès de tous les médecins anesthésistes réanimateurs et de tous les chirurgiens exerçant en Lorraine au moment de l'enquête.

L'enquête de satisfaction a été menée auprès d'une population de patients ayant bénéficié d'une consultation pré-anesthésique délocalisée en Lorraine et auprès d'une population témoin de patients ayant bénéficié d'une consultation pré-anesthésique standard.

Un questionnaire spécifique a donc été adressé, par courrier, respectivement à :

- l'ensemble des médecins anesthésistes-réanimateurs exerçant en Lorraine,
- l'ensemble des chirurgiens exerçant en Lorraine.
- une population de patients ayant bénéficié d'une consultation pré-anesthésique délocalisée en Lorraine,
- une population de patients ayant bénéficié d'une consultation pré-anesthésique standard en Lorraine.

Ces quatre questionnaires ont été élaborés en septembre et octobre 2003 sous la responsabilité de monsieur le professeur Bouaziz avec le concours de madame le professeur Laxenaire et de monsieur le professeur Mertes (Département d'Anesthésie-Réanimation des Hôpitaux de Ville, Centre Hospitalier Universitaire de Nancy).

IV.1 Enquête de pratique régionale auprès des médecins anesthésistes-réanimateurs.

Une enquête de pratique régionale par questionnaire individuel a été effectuée auprès de l'ensemble des médecins anesthésistes-réanimateurs exerçant en Lorraine au moment de celle-ci.

La liste actualisée et les coordonnées (professionnelles ou privées) des médecins anesthésistes-réanimateurs ont été fournies par l'Institut Lorrain d'Anesthésie-Réanimation.

Les questionnaires ont été envoyés par courrier en novembre 2003. Une relance a été effectuée par courrier au mois de janvier 2004.

Deux cent soixante dix anesthésistes ont été interrogés.

	n	%
Meurthe & Moselle	142	52,6
Meuse	11	4,1
Moselle	90	33,3
Vosges	27	10
Public	161	59,6
Privé	75	27,8
PSPH	34	12,6

Tableau 4 : Répartition des médecins anesthésistes-réanimateurs interrogés

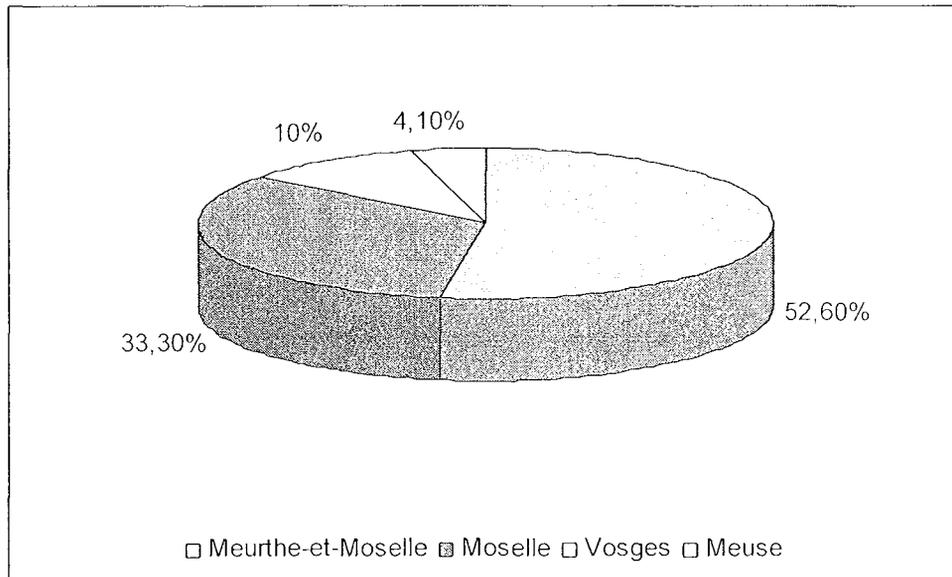


Figure 1 : Proportion des médecins anesthésistes-réanimateurs interrogés (en fonction du département d'exercice)

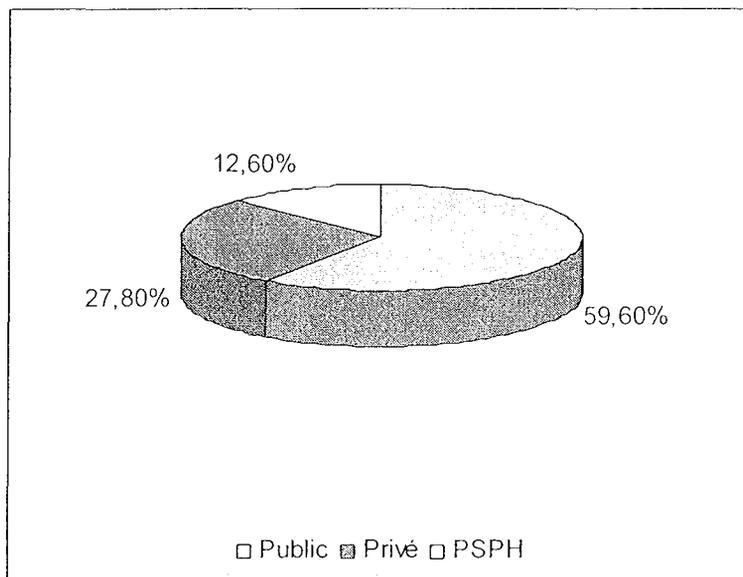
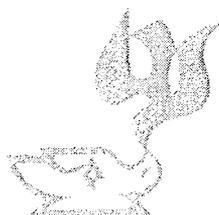


Figure 2 : Proportion des médecins anesthésistes-réanimateurs interrogés (en fonction du statut de l'établissement d'exercice)

Les documents suivants sont reproduits ci-après :

- Courrier d'information destiné aux médecins anesthésistes-réanimateurs.
- Questionnaire destiné aux médecins anesthésistes-réanimateurs.



Institut Lorrain d'Anesthésie-Réanimation

Nancy, le 12/11/2003

Madame, monsieur, cher(e) confrère,

Un réseau de consultations pré-anesthésiques délocalisées a été mis en place par l'Institut Lorrain d'Anesthésie-Réanimation.

Afin d'évaluer cette pratique, nous vous remercions de bien vouloir remplir le questionnaire ci-joint.

Il s'agit d'une enquête anonyme visant à connaître les habitudes et l'opinion des médecins anesthésistes-réanimateurs Lorrains concernant la consultation délocalisée.

Un questionnaire spécifique sera également adressé aux opérateurs potentiellement concernés par cette pratique et une enquête prospective auprès des patients bénéficiant d'une consultation pré-anesthésique délocalisée sera mise en place.

Ce questionnaire est à renvoyer à l'adresse suivante :

<p>Enquête consultation délocalisée. Hôpital Central. Service d'Anesthésie Réanimation 29, avenue du Maréchal de Lattre de Tassigny. 54035 Nancy Cedex.</p>

Vous remerciant vivement pour votre participation à cette enquête, nous vous prions de croire, madame, monsieur, en l'expression de nos sentiments les plus respectueux.

M. le Professeur Mertès

M. le Professeur Bouaziz

Maxime Rollin



Institut Lorrain d'Anesthésie-Réanimation

Enquête « consultation pré-anesthésique délocalisée »

A1. Dans quel établissement exercez-vous ?

Ville : Etablissement :

A2. Adhérez-vous au réseau de consultations pré-anesthésiques délocalisées mis en place par PILAR ?

Oui Non Si oui, depuis quand ?

A3. Vous arrive-t-il de réaliser des consultations pré-anesthésiques délocalisées ?

Oui Non

Si oui, pouvez-vous en estimer la fréquence ?

<1/an 1 à 5/an 5 à 10/an >10/an

A4. Avez-vous déjà pris en charge au bloc opératoire un patient vu en consultation dans un autre établissement ?

Oui Non

A5. Estimez-vous que le caractère ambulatoire d'une intervention représente une contre-indication à la délocalisation de la consultation pré-anesthésique ?

Oui Non

A6. Estimez-vous qu'un score ASA « élevé » représente une contre-indication à la délocalisation de la consultation pré-anesthésique ?

Oui si ASA > ou = 2 Oui si ASA > ou = 3 Non

A7. Estimez-vous que l'anesthésie pédiatrique représente une contre-indication à la délocalisation de la consultation pré-anesthésique ?

- Oui si < 1an Oui si < 10ans Oui si < 16ans Non

A8. Estimez-vous que la grossesse représente une contre-indication à la délocalisation de la consultation pré-anesthésique ?

- Oui Oui si grossesse pathologique Non

A9. D'une manière générale, quel est le type de chirurgie pour lequel vous seriez le plus réticent à réaliser une consultation pré-anesthésique délocalisée ?

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Chirurgie digestive | <input type="checkbox"/> Chirurgie cardiaque | <input type="checkbox"/> Chirurgie maxillo-faciale |
| <input type="checkbox"/> Chirurgie orthopédique | <input type="checkbox"/> Chirurgie vasculaire | <input type="checkbox"/> Chirurgie ORL |
| <input type="checkbox"/> Chirurgie gynécologique | <input type="checkbox"/> Chirurgie urologique | <input type="checkbox"/> Chirurgie ophtalmo. |
| <input type="checkbox"/> Obstétrique | <input type="checkbox"/> Neurochirurgie | <input type="checkbox"/> Chirurgie pédiatrique |
| <input type="checkbox"/> Endoscopies digestives | <input type="checkbox"/> Chirurgie esthétique | <input type="checkbox"/> Radio. interventionnelle |

A10. Quel(s) avantage(s) principal(aux) voyez-vous à la consultation pré-anesthésique délocalisée ?

- Réduction du coût (pour le patient ou le système de soins)
 Confort pour le patient
 Autre(s) avantage(s). le(s)quel(s) ?

.....

A11. Quels inconvénients principaux voyez-vous à la consultation pré-anesthésique délocalisée ?

.....

**SI VOUS ETES ADHERENT AU RESEAU,
 REPONDEZ AUX QUESTIONS ○A12 A ○A16**

SI VOUS N'ETES PAS ADHERENT, PASSEZ AUX QUESTIONS ●A17 A ●A19

○A12. La plupart du temps, qui est à l'origine du caractère délocalisé de la consultation pré-anesthésique ?

- L'opérateur
 Le patient
 Les médecins anesthésistes-réanimateurs de l'établissement où aura lieu l'intervention
-

○A13. Pour les consultations pré-anesthésiques délocalisées, utilisez-vous habituellement le dossier d'anesthésie spécifique proposé par l'ILAR ?

- Oui Non

Si non, pourquoi ?

- Non disponible
 Peu fonctionnel
 Habitude d'utiliser un autre dossier
 Non connaissance de l'existence d'un dossier spécifique
 Autre raison, laquelle ?
-

○A14. Quelles sont les modalités de transmission des conclusions de votre consultation à l'équipe anesthésique qui prendra en charge le patient ?

- Courrier Dossier remis au patient Autre modalité, laquelle ?.....
-

○A15. Refusez-vous de réaliser une consultation délocalisée si l'indication chirurgicale ne vous est pas familière ?

- Oui Non
-

○A16. Contactez-vous systématiquement par téléphone un médecin anesthésiste-réanimateur de l'établissement où sera opéré le patient ?

- Oui Non

•A17. Etes-vous formellement opposé au fait de réaliser une consultation pré-anesthésique délocalisée ?

Oui Non

Si oui, pour quelle(s) raison(s) ?

- Manque de temps
- Nécessité de connaître les pratiques de l'équipe chirurgicale
- Nécessité de connaître les pratiques de l'équipe anesthésique
- Hostilité des chirurgiens de votre établissement
- Nécessité de communication avec le chirurgien
- Refus de principe
- Autre raison, laquelle ?

.....

•A18. Etes-vous formellement opposé au fait de prendre en charge au bloc opératoire des patients vus en consultation par un médecin anesthésiste d'un autre établissement ?

Oui Non

Si non, cela vous est-il déjà arrivé?

Oui Non

.....

•A19. Seriez-vous prêt à adhérer au réseau de consultations pré-anesthésiques délocalisées mis en place par l'ILAR ?

Oui Non

.....

► Commentaires libres :

.....

.....

.....

.....

IV.2 Enquête de pratique régionale auprès des chirurgiens.

Une enquête de pratique régionale par questionnaire individuel a été effectuée auprès de l'ensemble des chirurgiens exerçant en Lorraine au moment de celle-ci.

Les listes actualisées et les coordonnées des chirurgiens ont été fournies par les Conseils Départementaux de l'Ordre des Médecins de Meurthe-et-Moselle, de Meuse, de Moselle et des Vosges.

Les questionnaires ont été envoyés par courrier en novembre 2003.

Trois cent trente neuf opérateurs ont été interrogés.

	n	%
Meurthe & Moselle	189	55,8
Meuse	18	5,3
Moselle	95	28
Vosges	37	10,9
Public	173	51
Privé	129	38,1
PSPH	37	10,9

Tableau 4 : Répartition des chirurgiens interrogés

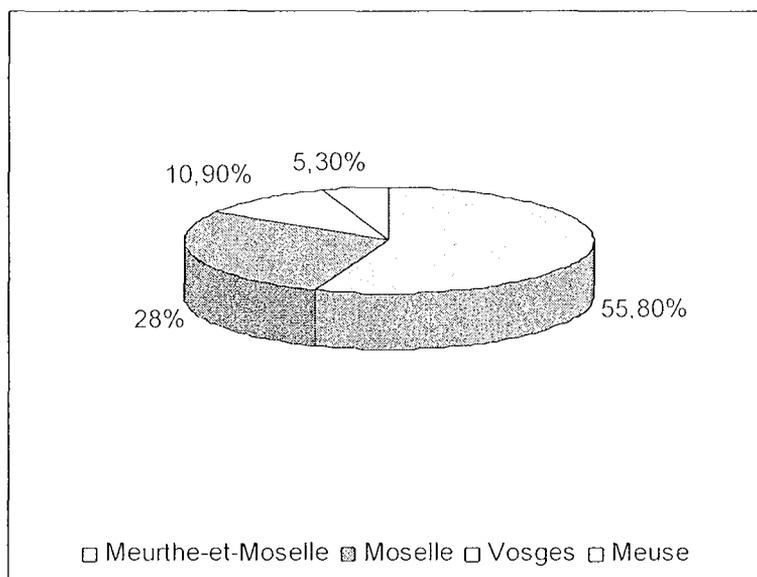


Figure 3 : Proportion des chirurgiens interrogés (par département d'exercice)

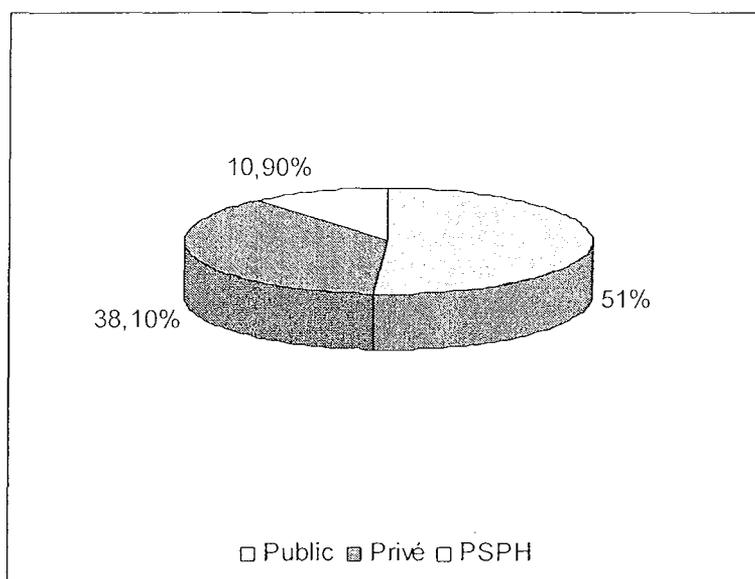
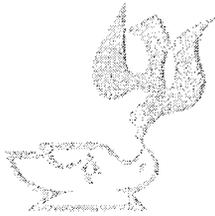


Figure 4 : Proportion des chirurgiens interrogés (par statut de l'établissement d'exercice)

Les documents suivants sont reproduits ci-après :

- Courrier d'information destiné aux chirurgiens.
- Questionnaire destiné aux chirurgiens.



Institut Lorrain d'Anesthésie-Réanimation

Nancy, le 15/11/2003

Madame, monsieur, cher(e) confrère,

Un réseau de consultations pré-anesthésiques délocalisées a été mis en place par l'Institut Lorrain d'Anesthésie-Réanimation.

Ces consultations permettent à des patients opérés à distance de leur domicile de bénéficier d'une consultation pré-anesthésique dans un établissement plus proche de chez eux.

Afin d'évaluer cette pratique, nous vous remercions de bien vouloir remplir le questionnaire ci-joint.

Il s'agit d'une enquête anonyme visant à connaître l'opinion et les habitudes des chirurgiens Lorrains concernant la consultation pré-anesthésique délocalisée.

Un questionnaire spécifique a également été adressé à l'ensemble des médecins anesthésistes-réanimateurs de Lorraine et une enquête prospective auprès des patients bénéficiant d'une consultation pré-anesthésique délocalisée sera mise en place.

Ce questionnaire est à renvoyer à l'adresse suivante :

<p>Enquête consultation délocalisée. Hôpital Central. Service d'Anesthésie Réanimation 29, avenue du Maréchal de Lattre de Tassigny. 54035 Nancy Cedex.</p>

Vous remerciant vivement pour votre participation à cette enquête, nous vous prions de croire, madame, monsieur, en l'expression de nos sentiments les plus respectueux.

M. le Professeur Mertes

M. le Professeur Bouaziz

Maxime Rollin



Institut Lorrain d'Anesthésie-Réanimation

Enquête « consultation pré-anesthésique délocalisée »

O1. Dans quel établissement exercez-vous ?

Ville :

Etablissement :

O2. Quelle est votre spécialisation ?

- Chirurgie générale Chirurgie viscérale Chirurgie urologique
 Chirurgie maxillo-faciale ORL et chirurgie cervico-faciale Ophtalmologie
 Chirurgie infantile Gynécologie obstétrique
 Chirurgie vasculaire Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
 Neurochirurgie Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
 Chirurgie orthopédique et traumatologique

O3. Arrive-t-il que vos patients bénéficient d'une consultation pré-anesthésique délocalisée ?

- Oui Non

Si oui, pouvez-vous en estimer la fréquence ?

- <1/an 1 à 5/an 5 à 10/an >10/an

O4. Dans votre pratique, lorsque la consultation pré-anesthésique est délocalisée, c'est sur :

- Demande du patient
 Proposition de votre part
 Proposition des anesthésistes de votre établissement
 Autre raison, laquelle ?

.....

Q5. Prévenez-vous systématiquement un médecin anesthésiste de votre établissement lorsque vous adressez un de vos patients en consultation pré-anesthésique délocalisée ?

Oui Non

Q6. Certaines indications chirurgicales dans votre spécialité représentent-elles, selon vous, des contre-indications au caractère délocalisé de la consultation pré-anesthésique ?

Oui Non

Si oui, quelles sont les principales ?

.....

.....

.....

.....

Q7. Vous êtes-vous déjà opposé ou pourriez-vous vous opposer à ce que l'un de vos patients bénéficie d'une consultation pré-anesthésique délocalisée ?

Oui Non

Q8. Le fait que les anesthésistes de votre établissement puissent voir en consultation des patients qui seront opérés dans un autre établissement vous dérange-t-il ?

Oui Non

Si oui, pourquoi ?

.....

.....

► *Commentaires libres :*

.....

.....

.....

.....

IV.3 Enquête de satisfaction auprès des patients.

L'enquête vise à évaluer le degré de satisfaction des patients vis-à-vis de l'information reçue en consultation (concernant la technique anesthésique, les techniques d'analgésie post-opératoire et le déroulement général de l'hospitalisation), le degré d'anxiété préopératoire, les motivations du caractère délocalisé de la consultation et l'appréciation par le patient des avantages et inconvénients de cette pratique.

Il s'agit d'une enquête transversale par questionnaire, réalisée auprès d'un échantillon de patients bénéficiant d'une consultation pré-anesthésique délocalisée (« *groupe délocalisé* ») et d'une population contrôle de patients bénéficiant d'une consultation pré-anesthésique standard (« *groupe contrôle* »).

Tous les patients (« *groupe délocalisé* » et « *groupe contrôle* ») étaient recrutés dans l'ensemble des établissements de santé lorrains pratiquant des consultations pré-anesthésiques (quarante-trois au moment de l'enquête).

Dans le « *groupe délocalisé* », pouvaient être inclus tous les patients bénéficiant d'une consultation pré-anesthésique délocalisée dans l'un des établissements de santé lorrains et bénéficiant d'une intervention dans un autre établissement de santé de Lorraine pendant la durée de l'enquête.

Dans le « *groupe contrôle* », étaient inclus des patients bénéficiant d'une consultation pré-anesthésique standard dans les établissements de santé lorrains pendant la durée de l'enquête. Les critères d'exclusion étaient limités aux patients ne parlant pas français ou incapables à répondre à un questionnaire.

À l'issue de chaque consultation pré-anesthésique délocalisée et après accord du patient à la participation à l'enquête, une fiche d'inclusion était transmise par fax au département d'anesthésie-réanimation de l'Hôpital Central (CHU de Nancy). Cette fiche d'inclusion comprenait, outre l'identité du patient et ses coordonnées, la date et le lieu de la consultation et de l'intervention, le type d'intervention prévu et la classe ASA du patient.

Cette fiche permettait alors l'envoi du questionnaire anonyme au domicile du patient, au cours de la période post-opératoire immédiate.

Le « *groupe contrôle* » était recruté de la manière suivante :

Après chaque inclusion d'un patient dans le « *groupe délocalisé* », l'établissement responsable de cette inclusion était chargé de procéder à l'inclusion (dans le « *groupe contrôle* ») d'un patient bénéficiant d'une consultation standard. Ce patient inclus dans le « *groupe contrôle* » était le patient « suivant », c'est-à-dire le patient bénéficiant d'une consultation standard suivant le patient ayant bénéficié de la consultation délocalisée. A défaut de l'accord du patient « suivant », le patient d'après était sollicité. Les modalités pratiques de transmission de la fiche d'inclusion et d'envoi du questionnaire à domicile étaient identiques.

Chaque patient inclus dans l'un des deux groupes recevait à son domicile un questionnaire (spécifique pour chaque groupe) qu'il remplissait et renvoyait à l'aide d'une enveloppe pré-timbrée et pré-adressée au département d'anesthésie-réanimation de l'Hôpital Central (CHU de Nancy). En cas de non-réponse dans un délai d'un mois, un rappel téléphonique unique était effectué.

L'enquête a été menée entre janvier et septembre 2004.

L'analyse des données a été effectuée par le service d'épidémiologie et d'évaluation clinique du CHU de Nancy, sous la responsabilité du docteur Anne-Christine Rat.

La description des données a été réalisée par analyse des pourcentages de réponses aux différentes questions. Les données démographiques des deux groupes ont été comparées par des tests de χ^2 . Les pourcentages de réponses aux questions concernant la satisfaction vis-à-vis des informations fournies ont été comparés par des tests de χ^2 et pour la question dont la variable est quantitative (EVA), un test t de Student a été réalisé. Les pourcentages de réponses aux questions ont été également calculés dans des sous-groupes (type de chirurgie, classification ASA, âge).

Les documents suivants sont reproduits ci-après :

- Courrier d'information destiné à tous les médecins anesthésistes-réanimateurs.
- Fiche d'inclusion patients « *groupe délocalisé* ».
- Courrier d'information destiné aux patients « *groupe délocalisé* ».
- Questionnaire destiné aux patients « *groupe délocalisé* ».
- Fiche d'inclusion patients « *groupe contrôle* ».
- Courrier d'information destiné aux patients « *groupe contrôle* ».
- Questionnaire destiné aux patients « *groupe contrôle* ».



Institut Lorrain d'Anesthésie-Réanimation

Nancy, le 09 janvier 2004

Mesdames et messieurs les médecins
Service d'anesthésie – réanimation.

Objet : Enquête Consultation Délocalisée.

Madame, monsieur, cher(e) confrère,

Dans le cadre de l'enquête, initiée par l'ILAR, évaluant la pratique de la **consultation pré-anesthésique délocalisée en Lorraine**, nous souhaiterions effectuer une enquête de satisfaction auprès d'un échantillon de patients bénéficiant de cette pratique.

Les patients inclus dans cette enquête seront recrutés dans tous les établissements de santé lorrains acceptant d'y participer.

Afin de permettre la réalisation d'une étude comparative, il est indispensable de former un **groupe contrôle, composé de patients bénéficiant de consultations standards (non délocalisées)**. Les patients formant le groupe contrôle seront recrutés dans les mêmes établissements.

Réalisation pratique de cette enquête:

- **Pour chaque patient bénéficiant d'une consultation d'anesthésie délocalisée** dans votre établissement, et après accord du patient, nous vous remercions de bien vouloir **renvoyer par fax le formulaire intitulé « Enquête Consultation Délocalisée »** (exemplaires joints).
- Le « **patient suivant** » (patient bénéficiant d'une consultation standard à la suite du patient bénéficiant d'une consultation délocalisée) devra, après son accord, être inclus dans l'enquête. En cas de refus, le patient suivant sera sollicité et ainsi de suite. Nous vous remercions donc de remplir et de **renvoyer également par fax le formulaire intitulé « Enquête Consultation Délocalisée – Groupe Contrôle : Consultation Standard »** (exemplaires joints).

Donc, pour chaque patient bénéficiant d'une consultation pré-anesthésique dans votre établissement, deux formulaires doivent être renvoyés :

- un formulaire concernant ce patient,
- un formulaire pour le patient suivant (ou un autre en cas de refus) bénéficiant d'une consultation standard.

Les formulaires sont à faxer au secrétariat du département d'anesthésie de l'Hôpital Central à Nancy où la confidentialité des informations qu'ils contiennent est assurée.

Le numéro (03-83-85-85-59) est rappelé sur chaque formulaire.

Dix exemplaires de chaque formulaire (photocopiables) sont joints au présent courrier.

Les questionnaires seront adressés par nos soins au domicile du patient en post-opératoire immédiat (accompagnés d'un courrier d'explication).

Un exemplaire de chaque questionnaire est joint au courrier pour information.

Pour tout renseignement ou si vous ne souhaitez pas que les patients bénéficiant de consultations dans votre établissement participent à cette enquête, merci de nous en informer par fax au 03-83-85-85-59 ou par téléphone au 06-22-60-41-93.

Vous remerciant vivement pour votre coopération et restant à votre entière disposition pour tout renseignement, veuillez recevoir, chers amis, l'expression de nos sentiments les meilleurs accompagnés de nos vœux les plus sincères.

M. le professeur Mertes.

M. le professeur Bouaziz.

Maxime Rollin.

PS : Nous profitons de ce courrier pour vous remercier vivement de votre active collaboration à ce travail puisque près de 30% d'entre vous ont répondu au questionnaire qui vous a été adressé au mois de novembre dernier.

Nous remercions les médecins anesthésistes – réanimateurs qui ne l'ont déjà fait de bien vouloir remplir le questionnaire (joint au présent courrier) qui leur est destiné et le renvoyer à l'adresse suivante :

Enquête consultation délocalisée
Service d'anesthésie – réanimation
29, av du Maréchal de Lattre de Tassigny
54035 Nancy Cedex

ENQUETE CONSULTATION DELOCALISEE

CONSULTATION DELOCALISEE

FORMULAIRE A FAXER AU 03 – 83 – 85 – 85 – 59

(NB : N'OUBLIEZ PAS D'INCLURE LE PATIENT SUIVANT.)

Identité patient :

O Mme O Mlle O M

NOM :

Prénom :

Né(e) le : ___ / ___ / _____

Adresse complète :

Ville : CP : _____

Tel : ___ - ___ - ___ - ___ - ___

Consultation pré-anesthésique délocalisée :

Date : ___ / ___ / _____

Lieu (ville / établissement) :

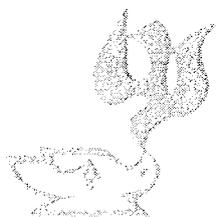
Intervention chirurgicale prévue :

Intervention :

Date : ___ / ___ / _____

Lieu (ville / établissement) :

Classification ASA : 1 2 3 4



Institut Lorrain d'Anesthésie-Réanimation

Nancy, le 01/12/2003

Madame, monsieur,

Vous venez d'être opéré(e).

Vous avez bénéficié d'une consultation d'anesthésie dans un autre hôpital que celui dans lequel vous avez été opéré (plus proche de chez vous). Il s'agit d'une consultation délocalisée.

Ce type de consultations n'est pas proposé systématiquement et ne concerne qu'une faible minorité de patients.

Afin d'évaluer ces consultations d'anesthésie délocalisées, et pour améliorer la satisfaction et la sécurité des patients, nous avons besoin de connaître votre opinion.

Nous vous remercions donc de bien vouloir remplir le questionnaire ci-joint et le renvoyer à l'aide de l'enveloppe pré-affranchie ci-jointe.

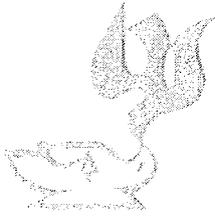
Il s'agit d'une enquête ANONYME dont l'objectif est d'améliorer le fonctionnement général de la consultation d'anesthésie délocalisée.

Nous vous remercions vivement pour votre participation à cette enquête et vous assurons de nos sentiments les plus respectueux.

M. le Professeur Mertes

M. le Professeur Bouaziz

Maxime Rollin



Institut Lorrain d'Anesthésie-Réanimation

Enquête consultation d'anesthésie délocalisée.

Nom (3 premières lettres) : ___ _ _

Prénom (première lettre) : ___

Age : ___ ans

Sexe : M F

Où habitez-vous ? Ville : Code Postal : ___ _ _ _

P1. Où et quand votre consultation d'anesthésie a-t-elle eu lieu ?

Date : ___ / ___ / ___ Ville :

Nom de l'hôpital ou de la clinique :

Quelle est la distance entre cet hôpital et votre domicile ? _____ km

P2. Où et quand avez-vous été opéré(e) ?

Date : ___ / ___ / ___ Ville :

Nom de l'hôpital ou de la clinique :

Quelle est la distance entre cet hôpital et votre domicile ? _____ km

P3. Quelle opération avez-vous eu ?

Réponse :

P4. Pourquoi l'opération n'a-t-elle pas eu lieu dans l'hôpital (ou la clinique) le plus proche de chez vous ?

- Choix de votre part
 Choix de vos proches (de votre famille)
 Cette opération n'est pas réalisée dans cet établissement
-

P5. Pourquoi avez-vous préféré bénéficier d'une consultation d'anesthésie délocalisée ?

- Difficultés de transport pour aller à la consultation d'anesthésie sur le lieu de la chirurgie
 Coût du déplacement (raisons financières)
 Raisons de disponibilité familiale
 Raisons de disponibilité professionnelle
 Confort
 Autre raison, laquelle ?.....
-

P6. Avez-vous demandé spontanément ou vous a-t-on proposé de bénéficier d'une consultation délocalisée ?

- Demande spontanée de votre part
 Proposition du chirurgien
 Proposition des anesthésistes de l'hôpital où vous avez été opéré(e)
-

P7. Aviez-vous déjà entendu parler de ces consultations d'anesthésie délocalisées ?

- Oui Non

Si oui, par qui ?.....

P8. Quel était votre degré d'anxiété (de stress) le jour où vous êtes rentré à l'hôpital pour l'opération ?

Estimez ce degré d'anxiété sur une échelle de 0 (aucune anxiété) à 10 (anxiété maximale)

- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

P9. L'information donnée en consultation d'anesthésie à propos de la technique d'anesthésie proposée vous a paru :

1) Exacte Inexacte et 2) Suffisante Insuffisante

P10. L'information donnée en consultation d'anesthésie à propos du déroulement général de l'hospitalisation vous a paru :

1) Exacte Inexacte et 2) Suffisante Insuffisante

P11. L'information donnée en consultation d'anesthésie à propos de la lutte contre la douleur post-opératoire vous a paru :

1) Exacte Inexacte et 2) Suffisante Insuffisante

P12. Si vous deviez, à l'avenir, être opéré(e), choisiriez-vous une consultation d'anesthésie délocalisée ou dans l'établissement où aura lieu l'opération ?

Consultation délocalisée Consultation dans l'établissement

P13. Voyez-vous des inconvénients à la consultation délocalisée d'anesthésie ?

Oui Non

Si oui, lesquels ?

.....

.....

.....

ENQUETE CONSULTATION DELOCALISEE GROUPE CONTROLE :

CONSULTATION STANDARD

A FAXER AU 03 – 83 – 85 – 85 – 59

Identité patient :

O Mme O Mlle O M

NOM :

Prénom :

Né(e) le : ___ / ___ / _____

Adresse complète :

Ville : CP : _____

Tel : _____ - _____ - _____ - _____ - _____

Consultation pré-anesthésique :

Date : ___ / ___ / _____

Lieu (ville / établissement) :

Intervention chirurgicale prévue :

Intervention :

Date : ___ / ___ / _____

Lieu (ville / établissement) :*idem*.....

Classification ASA : 1 2 3 4



Institut Lorrain d'Anesthésie-Réanimation

Nancy, le 01/12/2003

Madame, monsieur,

Vous venez d'être opéré(e). Vous avez bénéficié d'une consultation d'anesthésie.

Il existe deux types de consultations d'anesthésie : les consultations traditionnelles (comme la vôtre) et les consultations « délocalisées », beaucoup plus rares.

Les consultations « délocalisée » permettent à des patients opérés loin de leur domicile de bénéficier d'une consultation d'anesthésie dans un hôpital plus proche de chez eux. La consultation d'anesthésie a donc lieu dans un hôpital différent de celui où a lieu l'opération.

Ce type de consultations n'est pas proposé systématiquement et reste réservé aux patients à qui le déplacement pose des problèmes importants. C'est pourquoi elles restent exceptionnelles.

Afin d'évaluer ces consultations d'anesthésie délocalisées, et pour améliorer la satisfaction et la sécurité des patients, nous avons aussi besoin de connaître votre opinion.

Nous vous remercions donc de bien vouloir remplir le questionnaire ci-joint et le renvoyer à l'aide de l'enveloppe pré-affranchie ci-jointe.

Il s'agit d'une enquête ANONYME.

Nous vous remercions vivement pour votre participation à cette enquête et vous assurons de nos sentiments les plus respectueux.

M. le Professeur Mertes

M. le Professeur Bouaziz

Maxime Rollin



Institut Lorrain d'Anesthésie-Réanimation

Enquête « consultation d'anesthésie délocalisée »

Nom (3 premières lettres) : _____

Prénom (première lettre) : ____

Age : ____ ans

Sexe : M F

Où habitez-vous ? Ville : Code Postal : _____

C1. Quand votre consultation d'anesthésie a-t-elle eu lieu ?

Date : ____ / ____ / _____

C2. Quand avez-vous été opéré(e) ?

Date : ____ / ____ / _____

C3. Quelle est la distance entre l'hôpital et votre domicile ? _____ km

C4. Quel est l'hôpital ou la clinique le plus proche de chez vous ?

Ville : Etablissement :

Distance de votre domicile ? _____ km

C5. Quelle opération avez-vous eu ?

Réponse :

C6. Quel était votre degré d'anxiété (de stress) le jour où vous êtes rentré à l'hôpital pour l'opération ?

Estimez ce degré d'anxiété sur une échelle de 0 (aucune anxiété) à 10 (anxiété maximale)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

C7. L'information donnée en consultation d'anesthésie à propos de la technique d'anesthésie proposée vous a paru :

1) Exacte Inexacte et 2) Suffisante Insuffisante

C8. L'information donnée en consultation d'anesthésie à propos du déroulement général de l'hospitalisation vous a paru :

1) Exacte Inexacte et 2) Suffisante Insuffisante

C9. L'information donnée en consultation d'anesthésie à propos de la lutte contre la douleur post-opératoire vous a paru :

1) Exacte Inexacte et 2) Suffisante Insuffisante

C10. Aviez-vous déjà entendu parler des consultations d'anesthésie délocalisées ?

Oui Non

Si oui, par qui ?

C11. Si vous deviez, à l'avenir, être opéré(e), choisiriez-vous une consultation d'anesthésie délocalisée ou dans l'établissement où aura lieu l'opération ?

Consultation délocalisée Consultation dans l'établissement

C12. Voyez-vous des avantages à la consultation délocalisée d'anesthésie ?

Oui Non

Si oui, lesquels ?

.....

C13. Voyez-vous des inconvénients à la consultation délocalisée d'anesthésie ?

Oui Non

Si oui, lesquels ?

.....

V

Résultats.

V.1 Enquête de pratique régionale auprès des médecins anesthésistes-réanimateurs.

V.1.1 Participation à l'enquête.

Un questionnaire a été adressé à chaque médecin anesthésiste-réanimateur exerçant en Lorraine au moment de l'enquête, soit 270 questionnaires envoyés.

Un rappel a été effectué par courrier deux mois après l'envoi initial.

Au total, 100 questionnaires ont été retournés, soit un taux de réponse moyen de 37%.

Au sein des établissements privés, 20,7% des anesthésistes ont participé à cette enquête (23 réponses pour 75 questionnaires adressés). Le taux de participation était de 37,3% dans les établissements publics (60 réponses pour 161 attendues) et de 50% dans les établissements privés participant au service public hospitalier (17 réponses sur 34).

Le taux de réponse variait de 30% à 45,5% selon le département d'exercice.

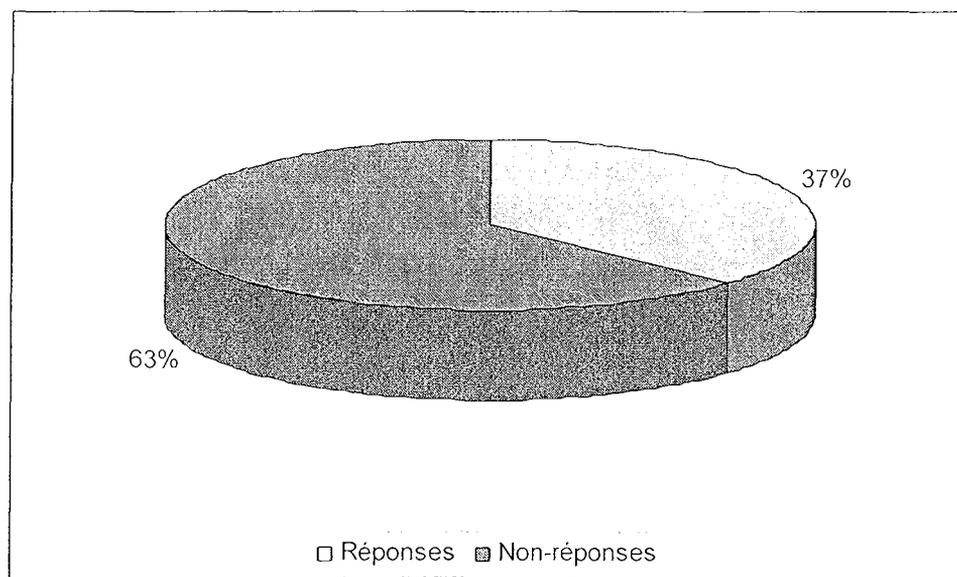


Figure 5 : Taux de participation des médecins anesthésistes-réanimateurs (MAR)

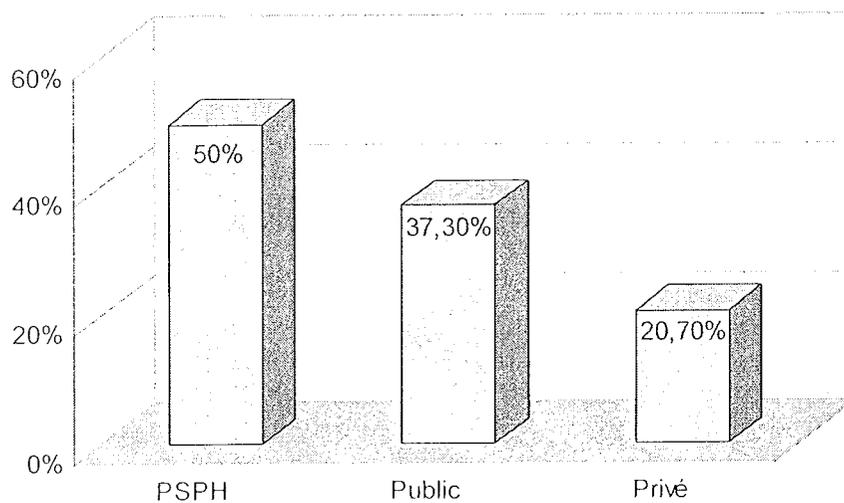


Figure 6 : Taux de participation des MAR en fonction du statut de l'établissement d'exercice

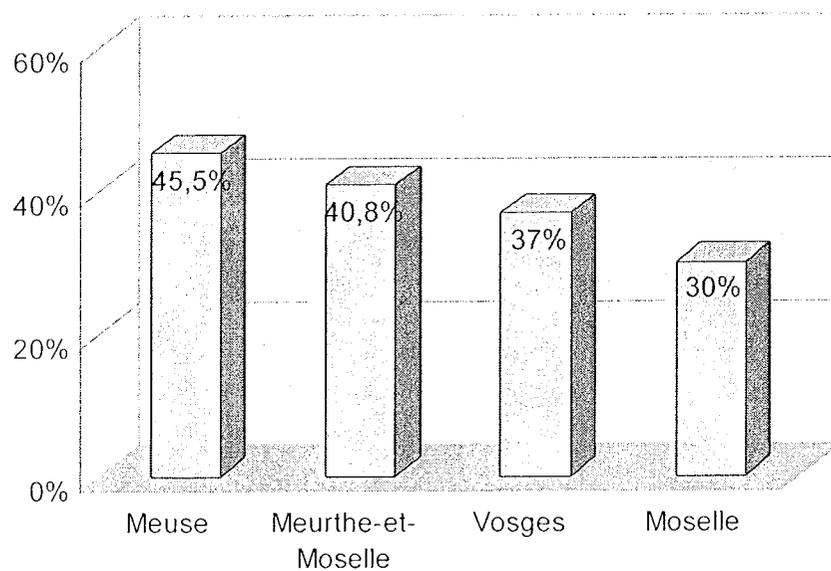


Figure 7 : Taux de participation des MAR en fonction du département d'exercice

V.1.2 Adhésion des médecins anesthésistes-réanimateurs lorrains au réseau de consultations pré-anesthésiques délocalisées.

Près de la moitié des anesthésistes ayant répondu ont déclaré appartenir au réseau de consultation mis en place par l'ILAR (48.4% soit 46 sur 95). Quarante-neuf répondants (51.6%) n'adhéraient pas au réseau.

Le taux d'adhésion varie en fonction du statut de l'établissement d'exercice et du département.

Les médecins anesthésistes-réanimateurs sont 42,9% à adhérer au réseau dans les établissements publics, 54,5% dans les établissements privés et 58,8% dans les établissements PSPH. Ces différences ne sont pas significatives ($p=0,28$).

Le taux d'adhésion varie de 20% (Vosges) à 80% (Meuse) selon le département d'exercice. La Meurthe-et-Moselle (45,3%) et la Moselle (59,3%) présentent des taux d'adhésion proche de la moyenne régionale. Ces différences ne sont pas significatives ($p=0,08$).

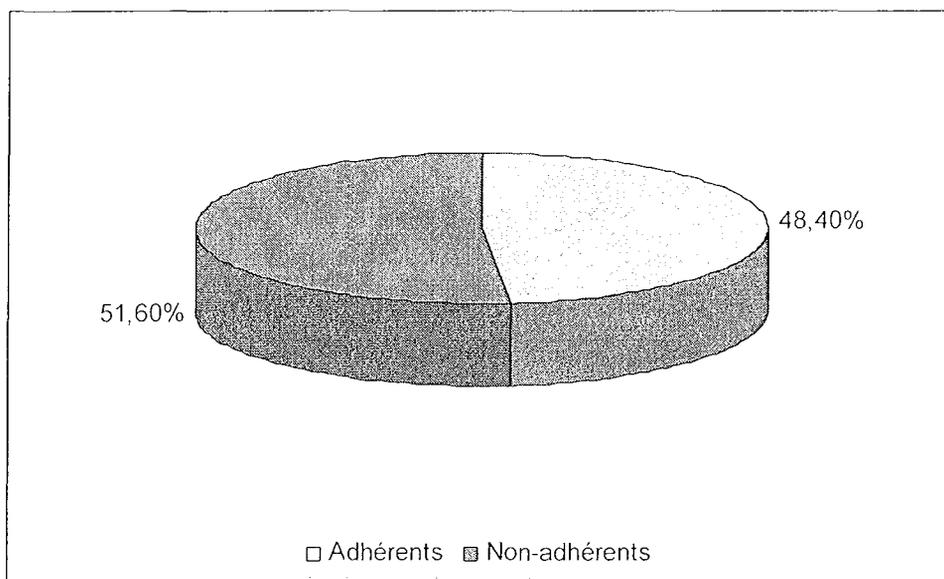


Figure 8 : Taux d'adhésion au réseau de consultations pré-anesthésiques délocalisées

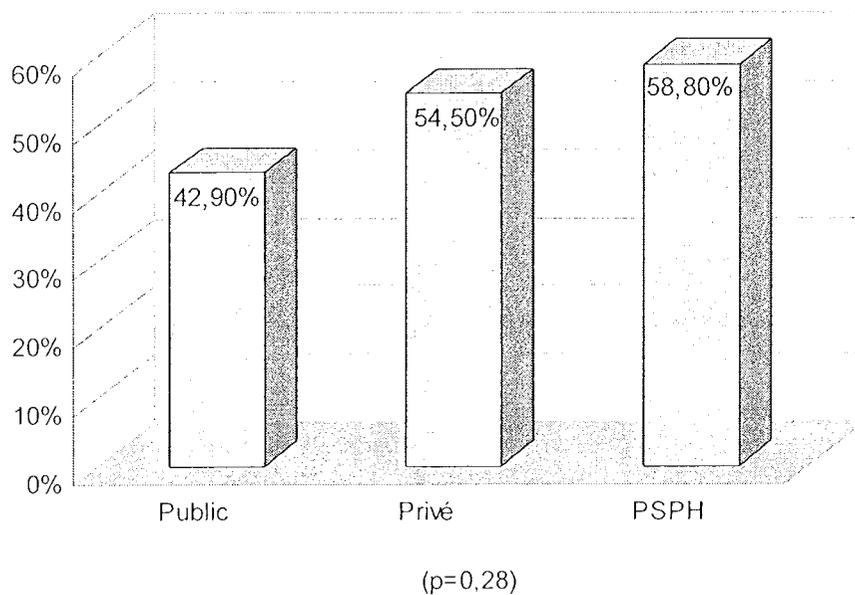


Figure 9 : Taux d'adhésion au réseau en fonction du statut de l'établissement d'exercice

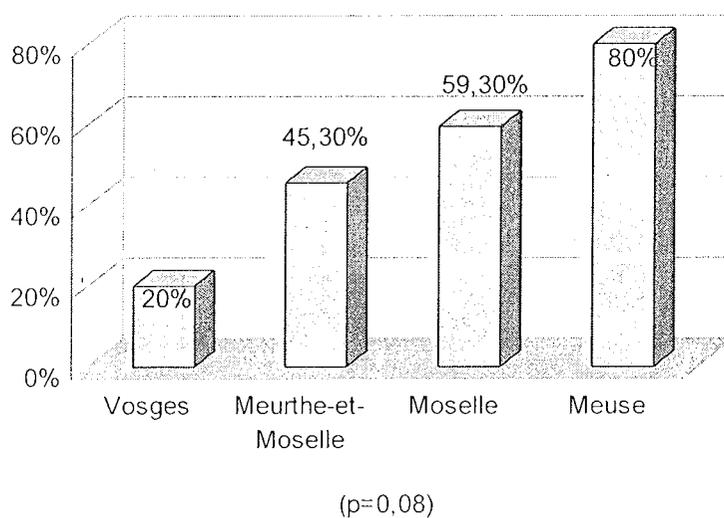


Figure 10 : Taux d'adhésion au réseau en fonction du département d'exercice

V.1.3 Pratique des consultations pré-anesthésiques délocalisées en Lorraine.

Une large majorité des médecins anesthésistes-réanimateurs répondants (81,2%) déclarent pratiquer des consultations pré-anesthésiques délocalisées. Ils ne sont que 18,8% à n'en réaliser jamais.

Le taux de réalisation varie selon le statut de l'établissement d'exercice (public : 75% ; privé : 87% ; PSPH : 94,1%). Ce taux varie également en fonction du département d'exercice (Meurthe-et-Moselle : 70,4% ; Vosges : 90% ; Moselle : 96,3% ; Meuse : 100%).

Les anesthésistes adhérant au réseau sont 88,9% à pratiquer des consultations pré-anesthésiques délocalisées. Parmi les médecins n'adhérant pas, 75,5% réalisent ce type de consultation.

Les anesthésistes sont 6,4% à déclarer réaliser des consultations délocalisées très occasionnellement (<1/an). Ils sont 38,5% à en réaliser 1 à 5/an, 17,9% à en réaliser 5 à 10/an et plus d'un tiers des anesthésistes ayant répondu (37,2%) pratiquent plus de dix consultations pré-anesthésiques délocalisées annuellement.

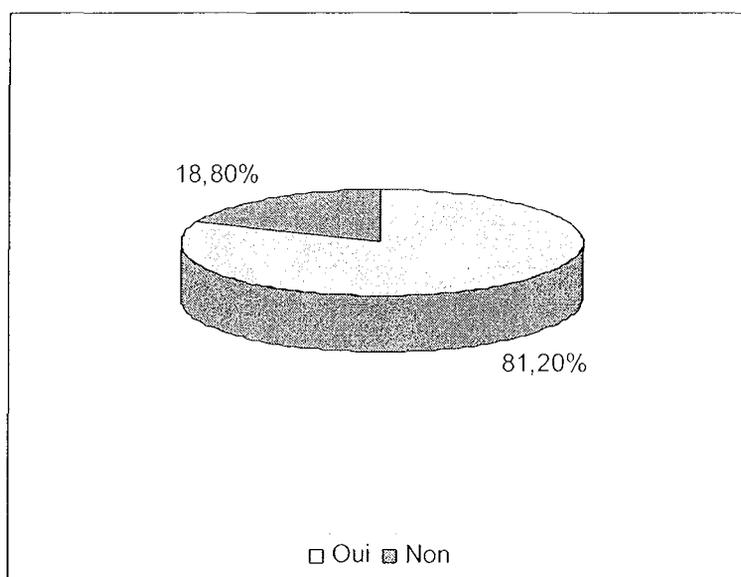


Figure 11 : Proportion de médecins anesthésistes lorrains pratiquant des consultations pré-anesthésiques délocalisées (CPAD)

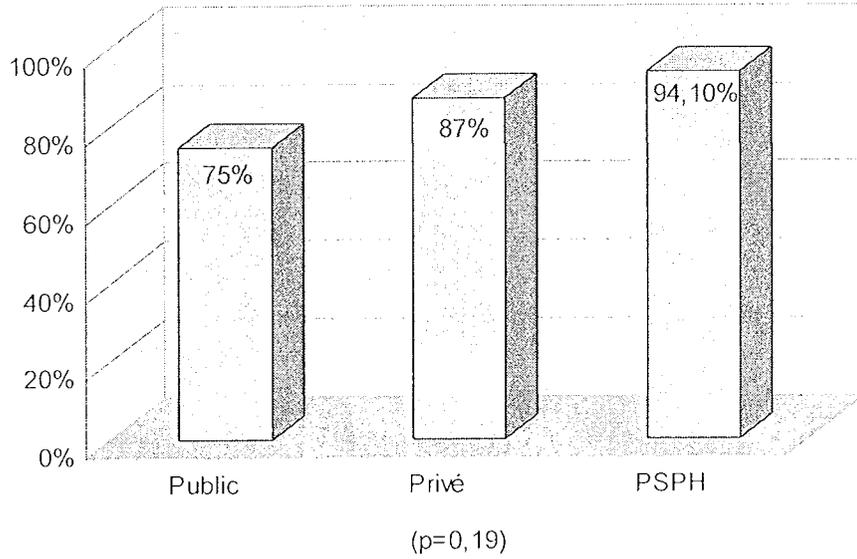


Figure 12 : Proportion d'anesthésistes lorrains pratiquant des CPAD en fonction du statut de l'établissement d'exercice

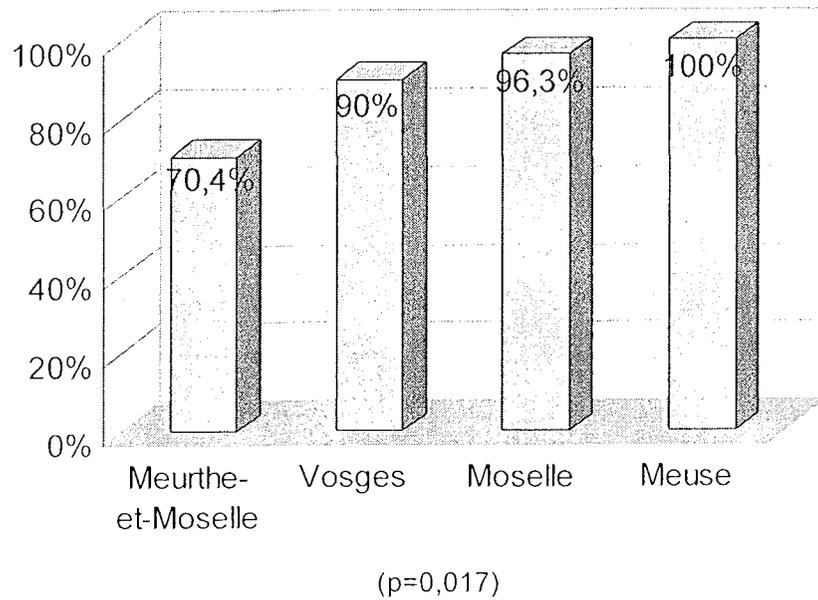


Figure 13 : Proportion d'anesthésistes pratiquant des CPAD en fonction du département d'exercice

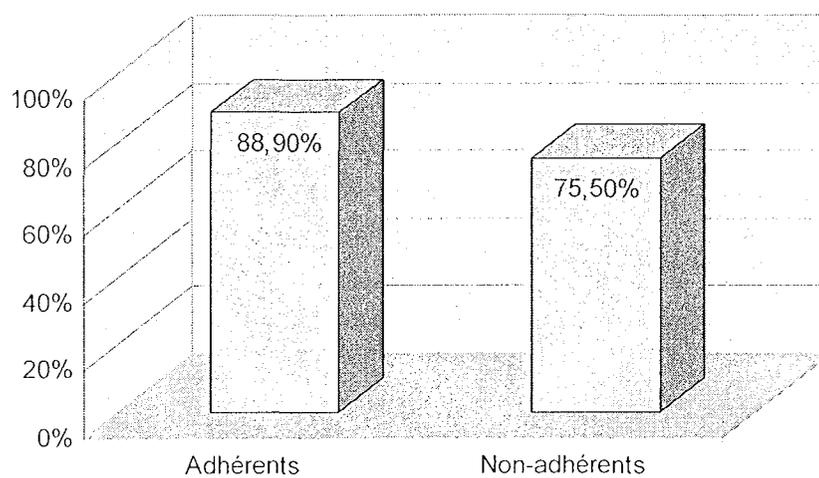


Figure 14 : Proportion d'anesthésistes pratiquant des CPAD en fonction de leur statut d'adhésion au réseau

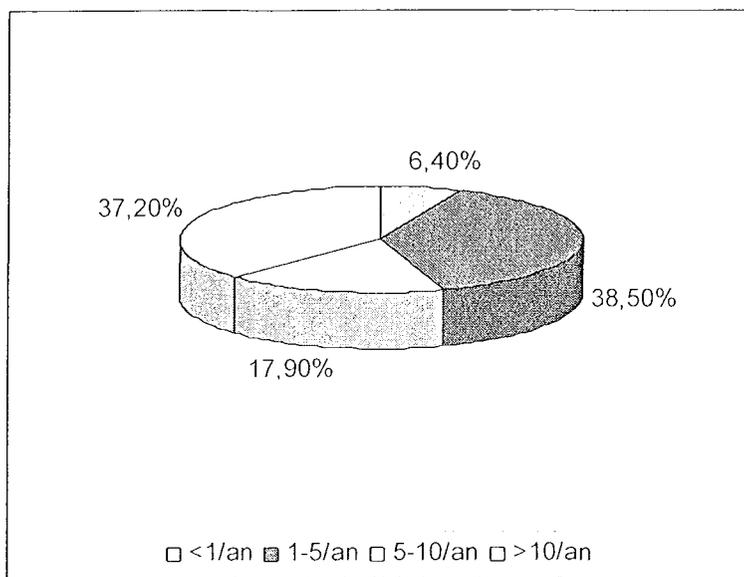


Figure 15 : Estimation de la fréquence de réalisation des CPAD en Lorraine (par médecin anesthésiste-réanimateur)

V.1.4 Pratique de l'anesthésie chez des patients ayant bénéficié de consultations pré-anesthésiques délocalisées.

Plus de 8 anesthésistes sur 10 (83,5%) déclarent avoir déjà pris en charge au bloc opératoire un patient ayant bénéficié d'une consultation pré-anesthésique délocalisée. Ils sont 16,5% à n'avoir jamais été confronté à cette situation ou à refuser de l'être.

Le taux de pratique varie selon le statut de l'établissement d'exercice (public : 78,9% ; PSPH : 82,4% ; privé : 95,7%). Ce taux varie également en fonction du département d'exercice (Meuse : 40% ; Vosges : 70% ; Moselle : 85,2% ; Meurthe-et-Moselle : 89,1%).

Les anesthésistes adhérant au réseau sont 84,8% à pratiquer des anesthésies chez des patients ayant consulté dans un autre établissement. Parmi les médecins n'adhérant pas, ce taux est peu différent (81,6%).

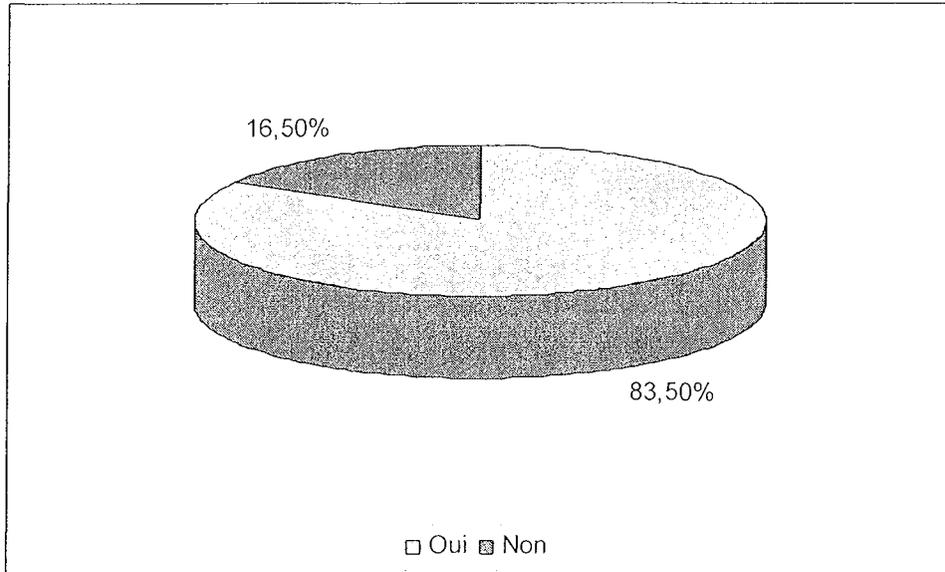


Figure 16 : Proportion d'anesthésistes lorrains ayant déjà pratiqué une anesthésie chez un patient ayant bénéficié d'une CPAD

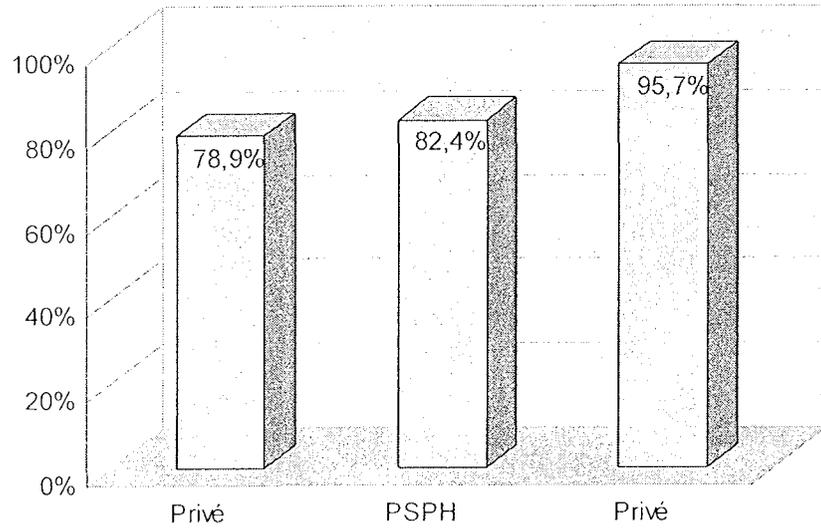


Figure 17 : Pratique de l'anesthésie chez des patients vus en CPAD en fonction du statut de l'établissement d'exercice

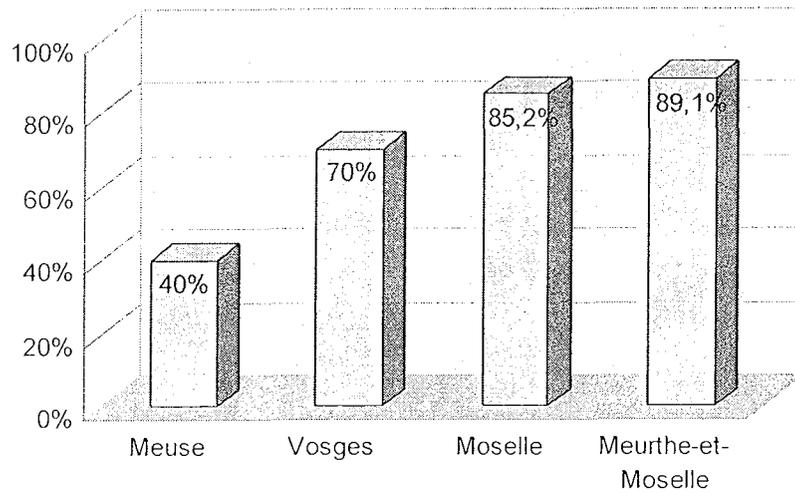


Figure 18 : Pratique de l'anesthésie chez des patients vus en CPAD en fonction du département d'exercice

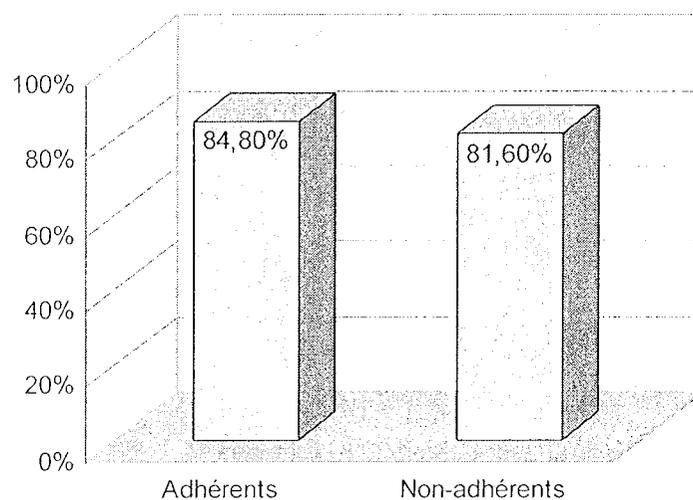


Figure 19 : Pratique de l'anesthésie chez patients vus en CPAD en fonction du statut d'adhésion au réseau

V.1.5 Eléments contre-indiquant le caractère délocalisé de la consultation pré-anesthésique.

Les médecins anesthésistes-réanimateurs lorrains ont été amenés à déclarer si certaines particularités du patient ou situations cliniques spécifiques représentaient, à leurs yeux, des contre-indications au caractère délocalisé de la consultation pré-anesthésique.

Le caractère ambulatoire est une contre-indication à la pratique d'une consultation pré-anesthésique délocalisée pour 19,8% des médecins anesthésistes de Lorraine.

Un score ASA supérieur ou égal à 2 est une contre-indication pour 14,5% des médecins anesthésistes-réanimateurs. Ils sont 61,5% à considérer qu'un score ASA supérieur ou égal à 3 contre-indique cette pratique. Près d'un quart d'entre eux (24%) considère qu'il n'existe pas de contre-indication liée à la classe ASA du patient.

Concernant l'anesthésie pédiatrique, 43,7% des anesthésistes sont opposés à la délocalisation de la consultation pré-anesthésique en dessous de 1 an, 10,7% en dessous de 10 ans et 5,3% en dessous de 16 ans. Près de la moitié (40,4%) ne retiennent pas de contre-indication liée à l'âge de l'enfant.

La grossesse est une contre-indication à la pratique d'une consultation pré-anesthésique délocalisée pour 20.2% des médecins anesthésistes-réanimateurs et 45,7% dans le cas d'une grossesse pathologique uniquement. Plus d'un tiers d'entre eux (34,1%) ne considère pas cette situation clinique comme susceptible de contre-indiquer la délocalisation.

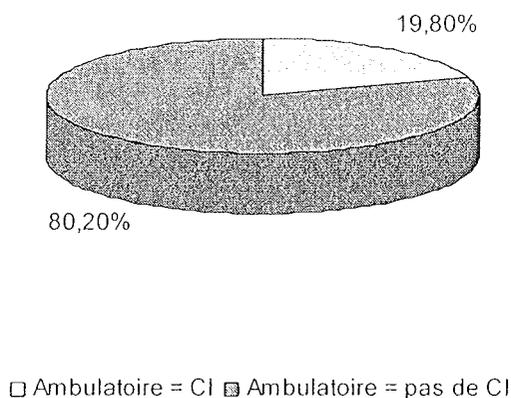


Figure 20 : Proportion d'anesthésistes considérant l'anesthésie ambulatoire comme une contre-indication au caractère délocalisé de la consultation pré-anesthésique

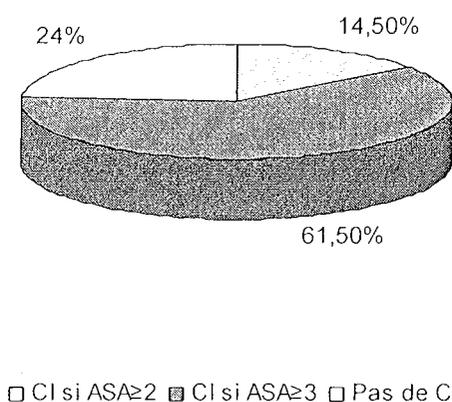


Figure 21 : Proportion d'anesthésistes considérant un score ASA élevé comme une contre-indication au caractère délocalisé de la consultation pré-anesthésique

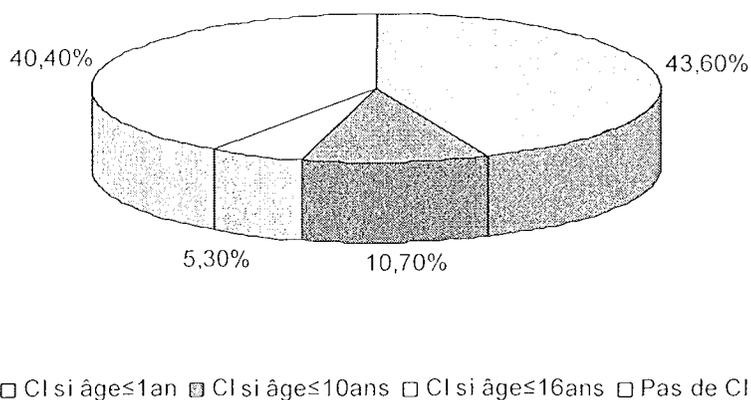


Figure 22 : Proportion d'anesthésistes considérant l'anesthésie pédiatrique comme une contre-indication au caractère délocalisé de la consultation pré-anesthésique

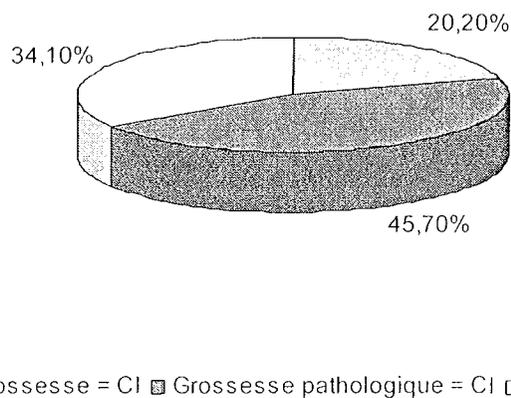


Figure 23 : Proportion d'anesthésistes considérant la grossesse comme une contre-indication au caractère délocalisé de la consultation pré-anesthésique

V.1.6 Réticences des médecins anesthésistes-réanimateurs à pratiquer une consultation pré-anesthésique délocalisée en fonction du type de chirurgie.

Les médecins anesthésistes-réanimateurs ont été interrogés afin de connaître le(s) type(s) de chirurgie pour le(s)quel(s), ils seraient les plus « réticents » à pratiquer une consultation pré-anesthésique délocalisée (plusieurs réponses possibles).

La chirurgie cardiaque (81,4%) et la neurochirurgie (67%) sont les types de chirurgie pour lesquels les médecins anesthésistes-réanimateurs se disent les plus réticents.

L'obstétrique (29,9%), la chirurgie pédiatrique (28,9%), la chirurgie vasculaire (26,8%) et la chirurgie esthétique (23,7%) sont des spécialités citées par plus d'un médecin interrogé sur quatre.

Enfin, neuf types de chirurgie ou d'intervention sont plus volontiers acceptés dans le cadre de la pratique de consultations pré-anesthésiques délocalisées : la chirurgie digestive (11,3%), la chirurgie maxillo-faciale (10,3%), la chirurgie ORL (8,2%), la chirurgie urologique (7,2%), la radiologie interventionnelle (7,2%), la chirurgie orthopédique (6,2%), la chirurgie gynécologique (6,2%), la chirurgie ophtalmologique (6,2%) et la pratique d'endoscopies digestives (4,1%).

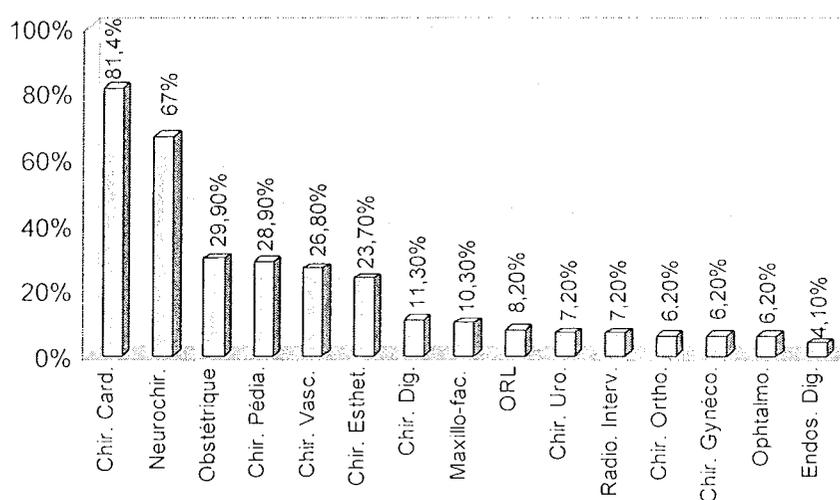


Figure 24 : Types de chirurgie pour lesquels les médecins anesthésistes sont les plus réticents à réaliser une consultation pré-anesthésique délocalisée

V.1.7 Réticences des médecins anesthésistes-réanimateurs à pratiquer une consultation pré-anesthésique délocalisée en cas d'indication chirurgicale non familière.

Un médecin anesthésiste-réanimateur interrogé sur deux (54.2%) affirme refuser de réaliser une consultation pré-anesthésique délocalisée si l'indication chirurgicale ne lui est pas familière. Près de la moitié des anesthésistes (45.8%) déclare pratiquer malgré tout une consultation dans cette situation.

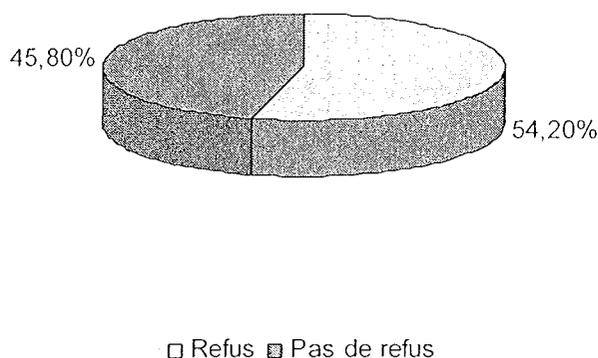


Figure 25 : Proportion des médecins anesthésistes refusant de réaliser une consultation pré-anesthésique délocalisée lorsque l'indication chirurgicale ne leur est pas familière

V.1.8 Avantages principaux invoqués par les médecins anesthésistes-réanimateurs.

Le « *confort pour le patient* » est considéré comme un avantage par 89,6% des médecins anesthésistes interrogés. La « *réduction du coût (pour le patient ou la société)* » est un avantage reconnu par 57,3%. Quelques médecins anesthésistes (7,3%) évoquent d'autres avantages.

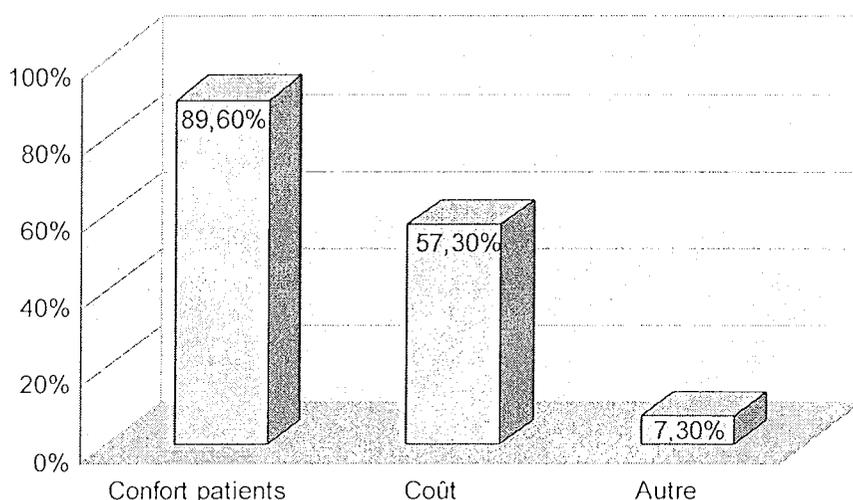


Figure 26 : Avantages de la CPAD invoqués par les médecins anesthésistes

V.1.9 Intervenant à l'origine du caractère délocalisé de la consultation pré-anesthésique.

Plusieurs questions, concernant les modalités pratiques de réalisation des consultations pré-anesthésiques délocalisées ont été posées spécifiquement aux médecins adhérant au réseau.

La première de ces questions concerne l'origine du caractère délocalisée de la consultation.

Pour 46% des anesthésistes, c'est l'opérateur qui est le plus fréquemment à l'origine de la consultation pré-anesthésique délocalisée. Pour 24% d'entre eux, c'est dans la majorité des cas une demande émanant spontanément du patient et pour 8% des anesthésistes seulement, c'est l'équipe d'anesthésie qui prendra en charge le patient le jour de l'intervention qui

propose cette solution. De l'avis de 22% des anesthésistes, les origines sont très variables (opérateur ou patient principalement).

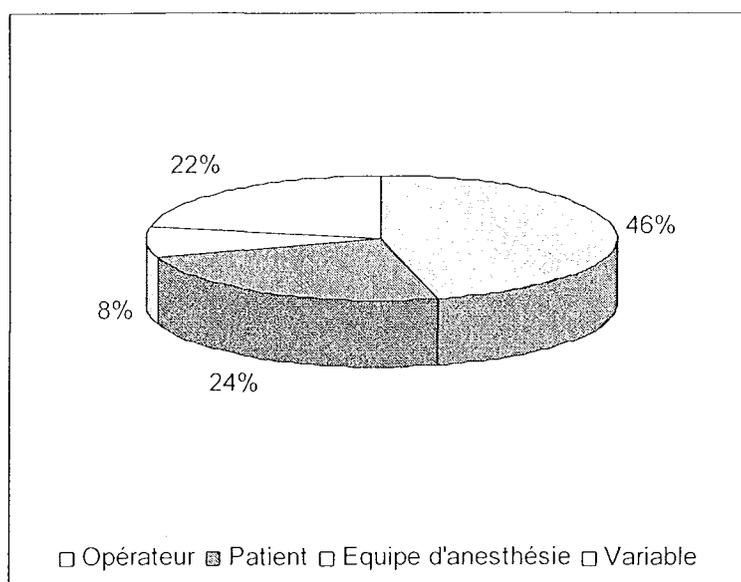


Figure 27 : Intervenant le plus fréquemment à l'origine du caractère délocalisé de la consultation pré-anesthésique (d'après le médecin anesthésiste-réanimateur)

V.1.10 Utilisation du dossier spécifique de consultation pré-anesthésique délocalisée.

Un dossier de consultation spécifique a été établi en 2001 par l'Institut Lorrain d'Anesthésie-Réanimation lors de la création du réseau.

Moins d'un tiers des médecins anesthésistes interrogés (32,7%) déclare utiliser ce dossier au cours d'une consultation pré-anesthésique délocalisée. Ils sont 67,3% à utiliser les dossiers habituels.

Les raisons invoquées par les non utilisateurs de ce dossier spécifique sont variées. Plusieurs raisons étaient parfois invoquées simultanément.

L'habitude d'utiliser un autre dossier est la raison la plus fréquemment avancée (69,7%), la non disponibilité de ce dossier est invoquée par 46,9% des anesthésistes. Près d'un anesthésiste sur cinq (19,4%) affirme ne pas avoir connaissance de l'existence d'un tel dossier spécifique. Enfin, 9,1% d'entre eux l'estiment non fonctionnel.

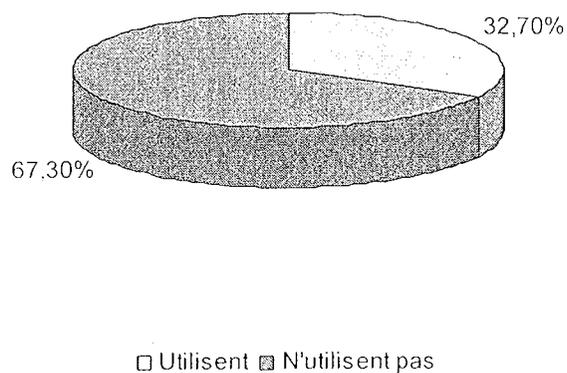


Figure 28 : Proportion de médecins anesthésistes-réanimateurs utilisant le dossier de consultation pré-anesthésique délocalisée spécifique

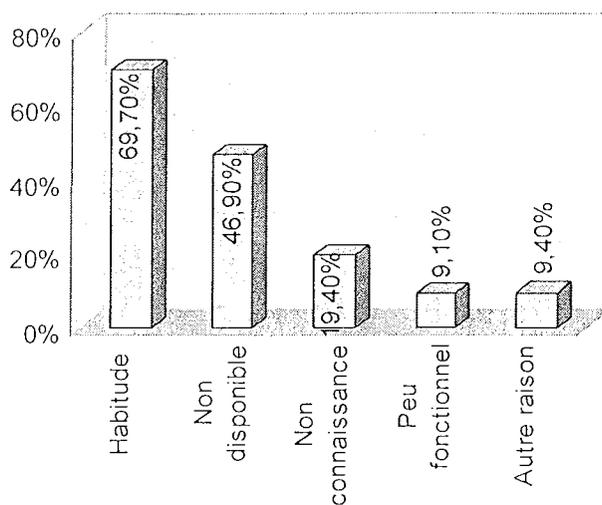


Figure 29 : Motifs invoqués par les anesthésistes n'utilisant pas le dossier spécifique de consultation pré-anesthésique délocalisée

V.1.11 Transmission des conclusions de la consultation et contacts entre le médecin anesthésiste consultant et l'équipe d'anesthésie responsable de la prise en charge peropératoire.

La question des modalités de transmission des conclusions de la consultation à l'équipe d'anesthésie chargée de la prise en charge per et postopératoire a été posée à l'ensemble des médecins anesthésistes adhérant au réseau.

Près des deux tiers d'entre eux (64,6%) assurent la transmission des données de la consultation par l'intermédiaire du dossier lui-même, remis au patient et livré à l'équipe d'anesthésie le jour de l'admission.

Ils sont 8,3% à assurer cette transmission à l'aide d'un courrier adressé à l'issue de la consultation à l'équipe d'anesthésie.

Un quart des anesthésistes (25%) combine courrier d'information à l'issue de la consultation et dossier remis au patient.

Enfin, un anesthésiste (2,1%) évoque une autre méthode (courrier électronique).

Très peu d'anesthésistes (8,5%) contactent systématiquement par téléphone l'équipe d'anesthésie qui assurera la prise en charge au bloc opératoire à l'issue de la consultation pré-anesthésique.

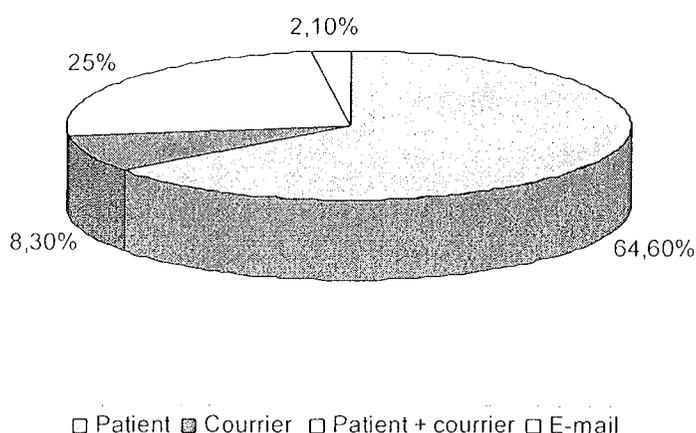


Figure 30 : Moyens de transmission des conclusions de la consultation pré-anesthésique à l'équipe d'anesthésie chargée de la prise en charge per et postopératoire

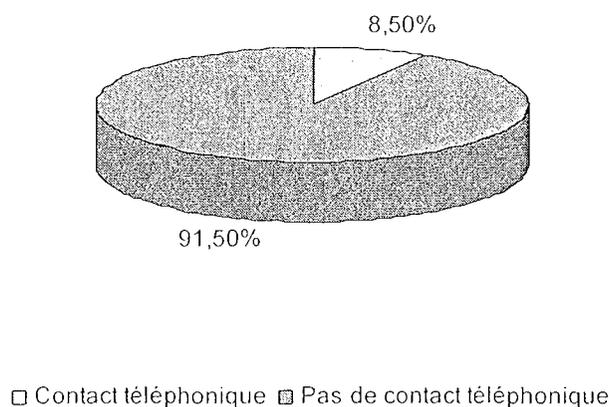


Figure 31 : Proportion d'anesthésistes contactant systématiquement l'équipe d'anesthésie à l'issue de la consultation

V.1.12 Opposition formelle à la réalisation de consultations pré-anesthésiques délocalisées.

Plusieurs questions ont été posées spécifiquement aux médecins anesthésistes-réanimateurs n'adhérant pas au réseau.

Parmi les médecins anesthésistes n'adhérant pas au réseau, un quart (26,1%) se déclare formellement opposé au fait de réaliser une consultation pré-anesthésique délocalisée, 73,9% ne se montrent pas opposés à cette pratique.

La proportion de médecins se déclarant opposés à cette pratique est de 12% de l'ensemble des médecins ayant répondu à l'enquête.

Les raisons invoquées par les médecins formellement opposés à ce type de consultation sont variées. Les motifs d'opposition les plus fréquemment cités sont la nécessité de connaître les pratiques chirurgicales (100%), la nécessité de connaître les pratiques de l'équipe d'anesthésie (91,7%), un manque de temps (50%), la nécessité de communiquer avec le chirurgien (41,7%), un refus de principe (8,3%). Près de la moitié d'entre eux (41,7%) évoque d'autres raisons.

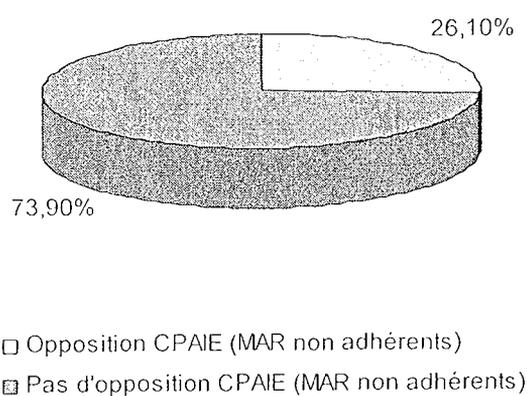


Figure 32 : Proportion de médecins anesthésistes non adhérents se déclarant formellement opposés à la pratique des CPAD

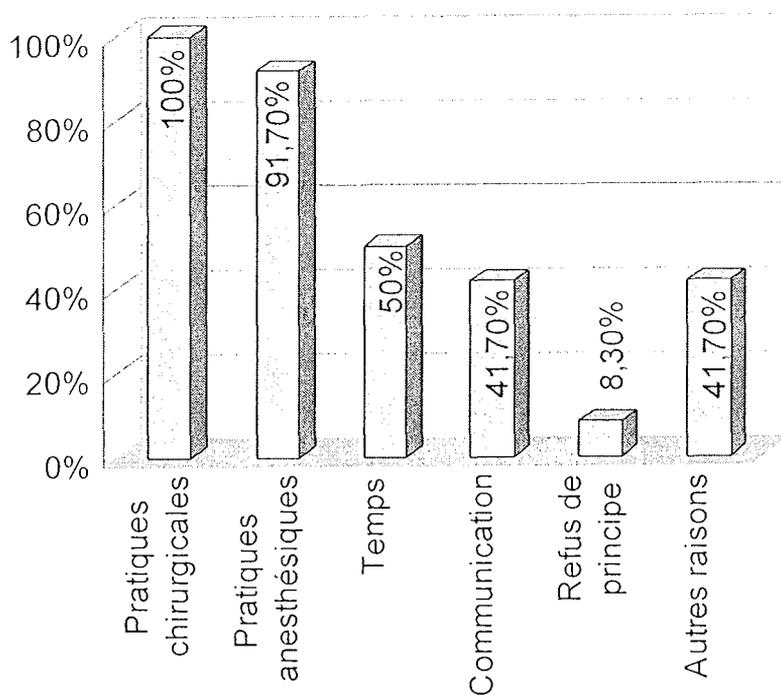


Figure 33 : Raisons invoquées par les médecins anesthésistes se déclarant formellement opposés à la pratique des CPAD

V.1.13 Opposition formelle à la prise en charge au bloc opératoire de patients ayant bénéficié de consultations pré-anesthésiques délocalisées.

Parmi les médecins anesthésistes-réanimateurs n'adhérant pas au réseau de consultations pré-anesthésiques délocalisées, 10,2% se déclarent formellement opposés au fait de prendre en charge au bloc opératoire un patient vu en consultation délocalisée.

Parmi les 89,8% qui n'y sont pas hostiles, 83,7% disent prendre en charge occasionnellement ou régulièrement des patients suite à une consultation pré-anesthésique délocalisée alors que 16,3% n'ont jamais été confronté à cette situation.

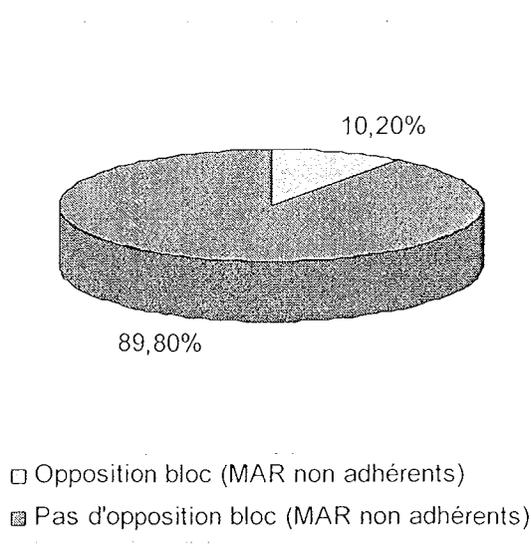


Figure 34 : Proportion de médecins anesthésistes non adhérents se déclarant formellement opposés à la prise en charge au bloc opératoire de patients vus en CPAD

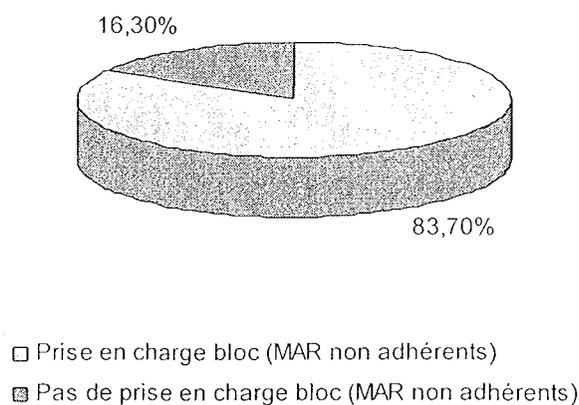


Figure 35 : Proportion de médecins anesthésistes non adhérents prenant en charge au bloc opératoire des patients ayant bénéficié d'une CPAD

V.1.14 Souhait d'adhésion au réseau de consultations pré-anesthésiques délocalisées.

Parmi les médecins anesthésistes n'adhérant pas au réseau au moment de l'enquête (51,6% des médecins anesthésistes répondants) 60,9% se déclarent prêts à y adhérer et 39,1% ne le souhaitent pas.

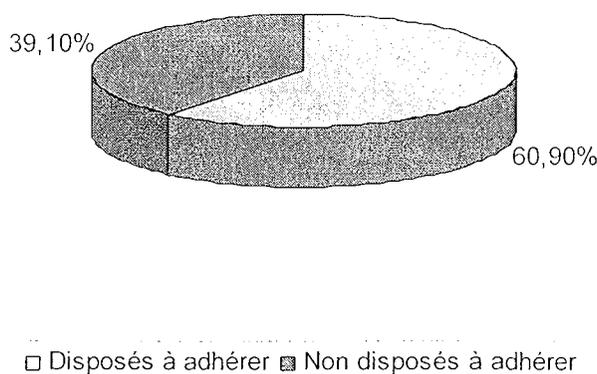


Figure 36 : Proportion de médecins anesthésistes non adhérents au moment de l'enquête disposés à adhérer au réseau de CAPIE

V.2 Enquête de pratique régionale auprès des chirurgiens.

V.2.1 Participation à l'enquête.

Un questionnaire a été adressé à chaque médecin chirurgien exerçant en Lorraine au moment de l'enquête, soit 339 questionnaires envoyés.

Au total, 101 questionnaires ont été retournés, soit un taux de réponse moyen de 29,8%.

Au sein des établissements privés, 24% des chirurgiens ont participé à cette enquête (31 réponses pour 129 questionnaires adressés). Le taux de participation était de 35,8% dans les établissements publics (62 réponses pour 173 attendues) et de 21,6% dans les établissements privés participant au service public (8 réponses sur 37).

Le taux de réponse variait de 5,6% à 37% selon le département d'exercice.

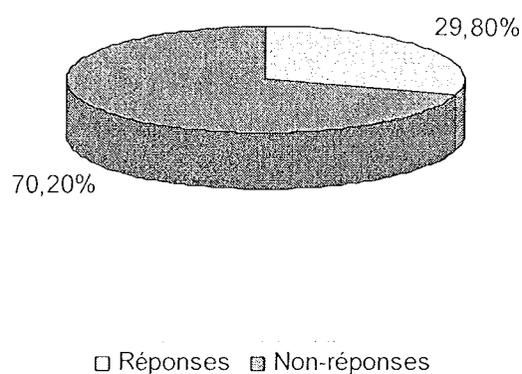


Figure 37 : Taux de participation des chirurgiens

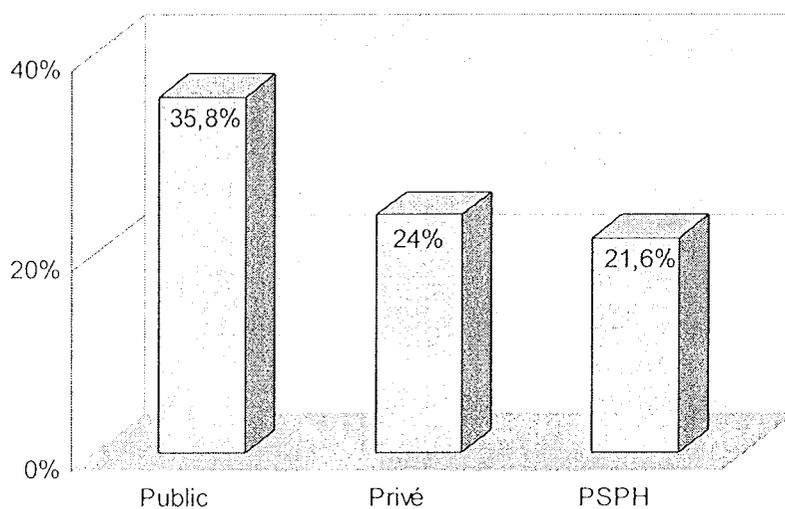


Figure 38 : Taux de participation des chirurgiens en fonction du statut de l'établissement d'exercice

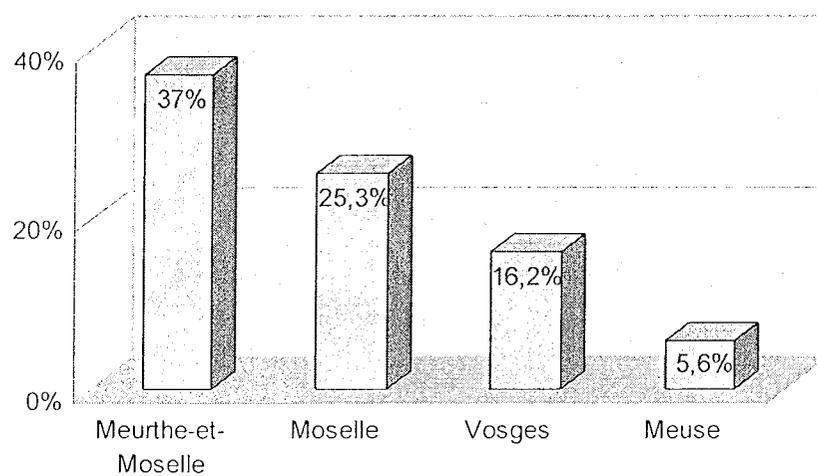


Figure 39 : Taux de participation des chirurgiens en fonction du département d'exercice

V.2.2 Estimation de la pratique des consultations pré-anesthésiques délocalisées par les chirurgiens.

Plus de la moitié des opérateurs (60,4%) déclarent que leurs patients ont recours (plus ou moins fréquemment) à des consultations pré-anesthésiques délocalisées.

Les chirurgiens sont 8,3% à déclarer que moins de un de leurs patients bénéficie d'une consultation délocalisée par an. Ils sont 55% à estimer qu'ils sont 1 à 5/an, 13,3% à estimer qu'ils sont 5 à 10/an et 23,4% des chirurgiens ayant répondu ont dans leur clientèle plus de dix patients bénéficiant d'une consultation pré-anesthésique délocalisée par an.

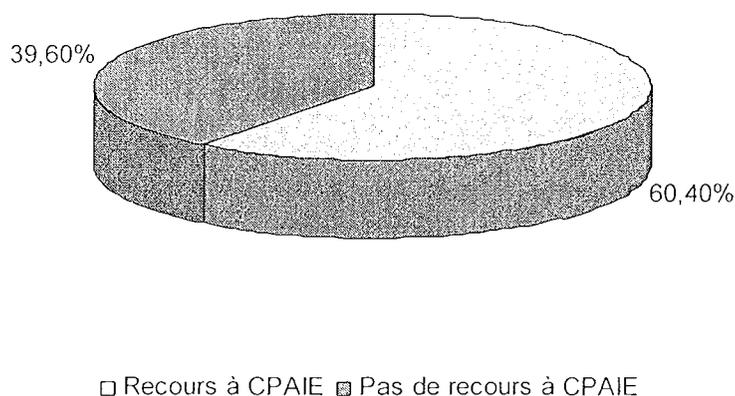


Figure 40 : Proportion de chirurgiens dont les patients ont recours à des CPAD

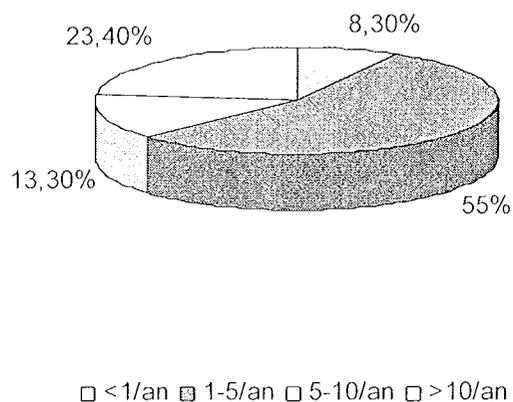


Figure 41 : Estimation de la fréquence de réalisation des CPAD en Lorraine (par chirurgien)

V.2.3 Intervenant à l'origine du caractère délocalisé de la consultation pré-anesthésique.

Pour 26,2% des chirurgiens, c'est l'opérateur qui est le plus fréquemment à l'origine de la consultation pré-anesthésique délocalisée. Pour 27,7% d'entre eux, c'est dans la majorité des cas une demande émanant spontanément du patient et pour 4,6% des chirurgiens seulement, c'est l'équipe d'anesthésie qui prendra en charge le patient le jour de l'intervention qui propose cette solution. De l'avis de 41,5% des anesthésistes, les origines sont très variables (opérateur ou patient principalement).

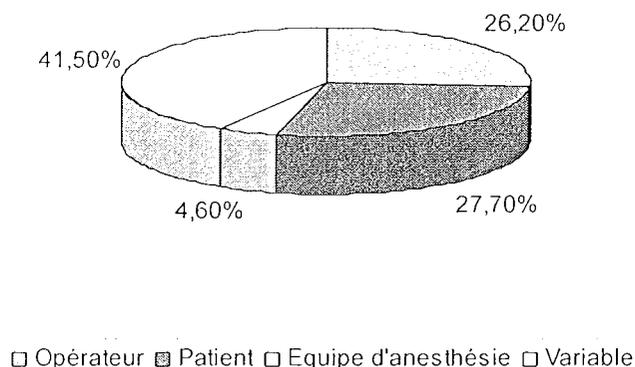


Figure 42 : Intervenant le plus fréquemment à l'origine du caractère délocalisé de la consultation pré-anesthésique (d'après le chirurgien)

V.2.4 Contacts entre opérateurs et médecins anesthésistes-réanimateurs avant une consultation pré-anesthésique délocalisée.

Les deux tiers des opérateurs (66.2%) déclarent contacter systématiquement un membre de l'équipe d'anesthésie de leur établissement avant qu'un de leur patient bénéficie d'une consultation délocalisée.

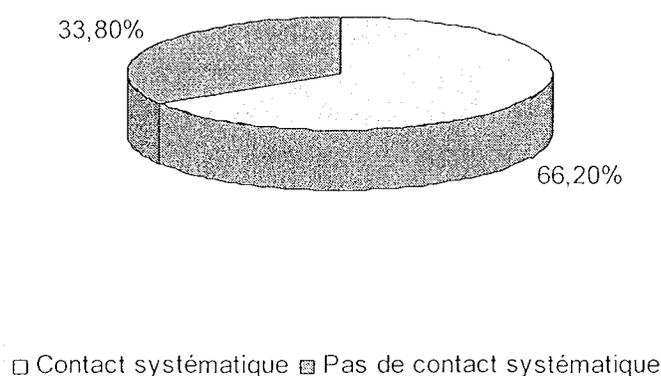


Figure 43 : Proportion d'opérateurs contactant systématiquement l'équipe d'anesthésie de leur établissement avant la réalisation d'une consultation pré-anesthésique délocalisée

V.2.5 Contre-indications au caractère délocalisé de la consultation pré-anesthésique selon la spécialité chirurgicale.

Tous les chirurgiens ont été interrogés afin de savoir s'ils estimaient que certaines interventions relevant de leur spécialité chirurgicales représentaient, à leurs yeux, des contre-indications au caractère délocalisé de la consultation pré-anesthésique.

Près d'un chirurgien sur deux (41,9%) estime que certains actes spécifiques (dans leurs spécialités) imposent que la consultation pré-anesthésique soit réalisée dans l'établissement, par l'équipe d'anesthésie qui prend en charge le patient le jour de l'intervention.

La faiblesse des effectifs par spécialité empêche de définir cette proportion au sein de chaque spécialité chirurgicale.

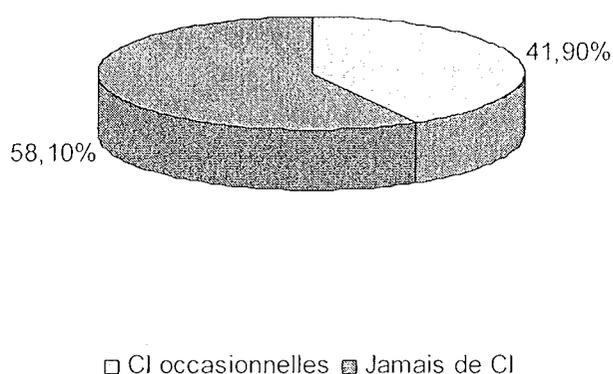


Figure 44 : Proportion d'opérateurs considérant que certains actes relevant de leur spécialité chirurgicale représentent une contre-indication à la pratique des CPAD

V.2.6 Opposition de l'opérateur au caractère délocalisé de la consultation pré-anesthésique.

Une faible minorité de chirurgiens interrogés (12,4%) déclare s'être déjà opposé ou pouvoir s'opposer au fait qu'un de ses patients bénéficie d'une consultation pré-anesthésique délocalisée.

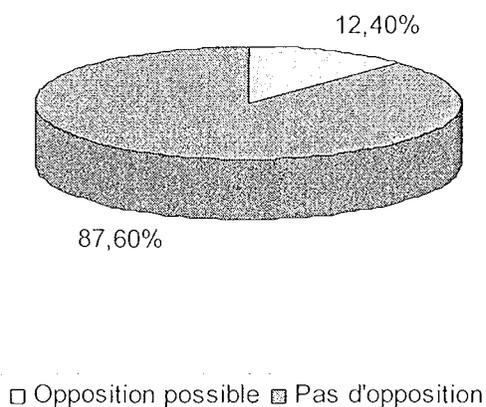


Figure 45 : Proportion d'opérateurs s'étant déjà opposé ou envisageant de s'opposer éventuellement au caractère délocalisé d'une consultation pré-anesthésique

V.2.7 Opinion des chirurgiens sur la pratique de consultations pré-anesthésiques délocalisées par les médecins anesthésistes réanimateurs de leur établissement.

Les chirurgiens sont 15,6% à se déclarer « dérangés » par le fait que les médecins anesthésistes-réanimateurs du même établissement puissent réaliser des consultations pré-anesthésiques délocalisées.

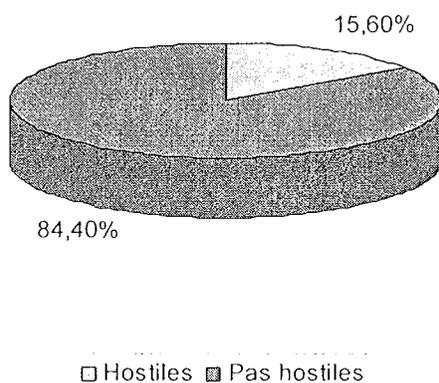


Figure 46 : Proportion d'opérateurs hostiles à la pratique de CPAD par les médecins anesthésistes-réanimateurs de leur établissement.

V.3 Enquête de satisfaction auprès des patients.

La description des données a été réalisée par analyse des pourcentages de réponse aux différentes questions pour les variables qualitatives et par des moyennes et déviations standard pour les variables quantitatives. Les données démographiques des patients ayant bénéficié d'une consultation délocalisée et des patients n'ayant pas bénéficié d'une consultation délocalisée ont été comparées par des tests de Chi2. Les pourcentages de réponses aux questions concernant la satisfaction vis-à-vis des informations fournies ont été comparés par des tests de Chi2 et pour la question dont la variable est quantitative (échelle verbale simple) par un test t de Student.

V.3.1 Participation à l'enquête.

Soixante treize patients ayant bénéficié d'une consultation pré-anesthésique délocalisée (« groupe délocalisé ») ont été inclus dans l'enquête et ont reçu un questionnaire. Le « groupe standard » (patient ayant bénéficié d'une consultation standard) comptait également 73 patients.

Le taux de réponse (64,4%) était identique dans les deux groupes (dans chacun des deux groupes, 47 patients sur 73 ont renvoyé un questionnaire exploitable).

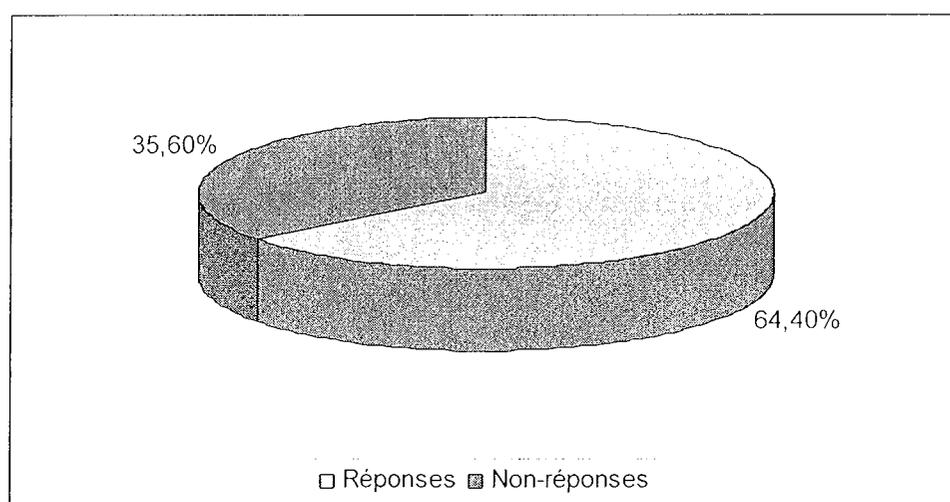


Figure 47 : Taux de participation des patients du « groupe délocalisé »

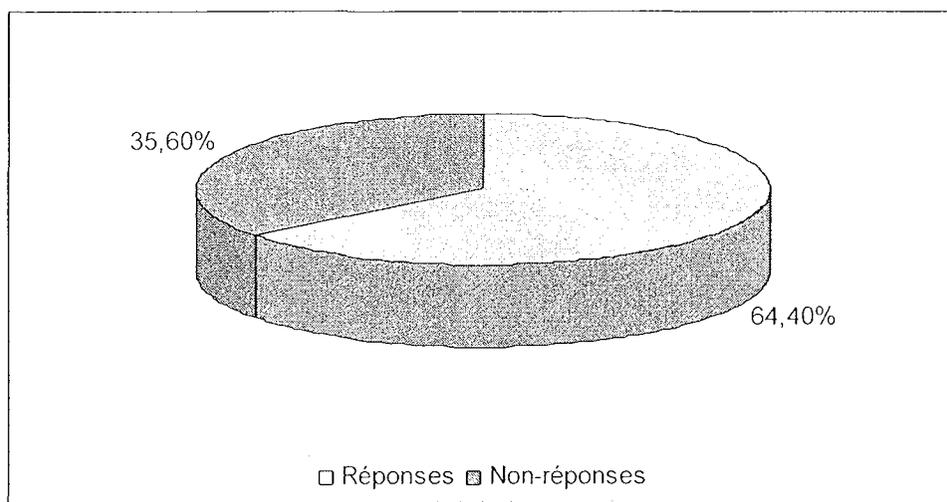


Figure 48 : Taux de participation des patients du « groupe standard »

V.3.2 Répartition des patients ayant participé à l'enquête.

- En fonction de la classe ASA.

Les patients inclus dans la présente enquête ont été classés selon l'échelle proposée par l'American Society of Anesthesiology (ASA) (voir en annexe).

Les patients du groupe « standard » ont été classés ASA 1 (53,2%), ASA 2 (36,2%) ou ASA 3 (10,6%). Les patients du groupe « délocalisé » ont été classés ASA 1 (48,9%), ASA 2 (42,5%) ou ASA 3 (8,6%). Il n'existe aucune différence significative entre les deux groupes en terme de classification ASA ($p=0,83$).

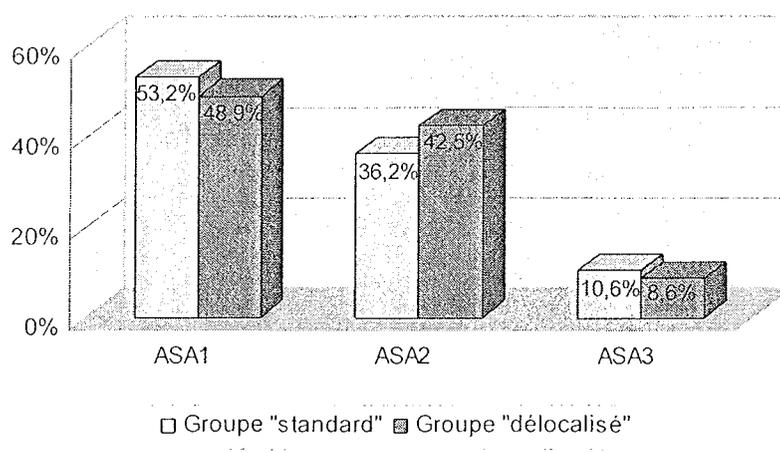


Figure 49 : Répartition des patients selon la classification ASA

- En fonction de l'âge.

L'âge moyen des patients du groupe « standard » est de 51 ans, celui des patients du groupe « délocalisé » est de 46.7 ans ($p=0,41$).

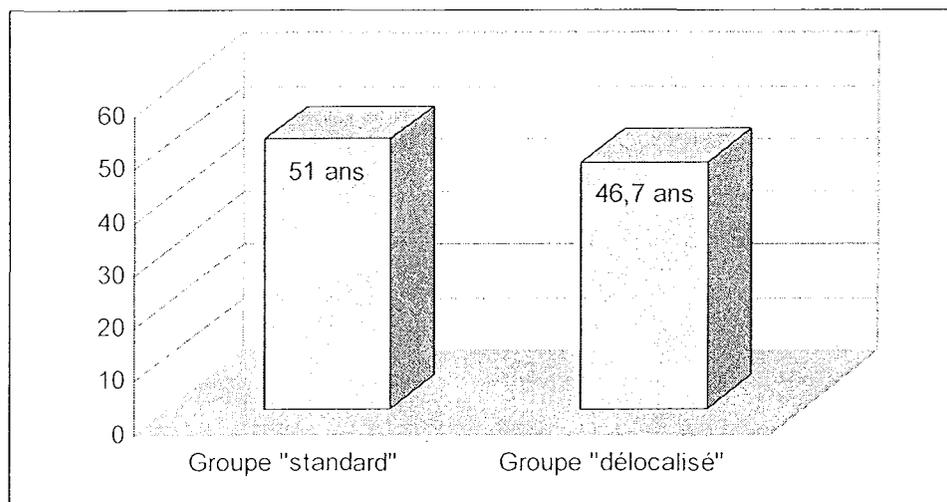


Figure 50 : Répartition des patients selon leur âge

- En fonction du sexe.

Le groupe « standard » comprend 18 patients de sexe masculin (38,3%) et 29 patientes (61,7%). Le groupe « délocalisé » est composé de 44,7% d'hommes et de 55,3% de femmes. Il n'existe aucune différence significative entre les deux groupes en terme de sexe ($p=0,53$).

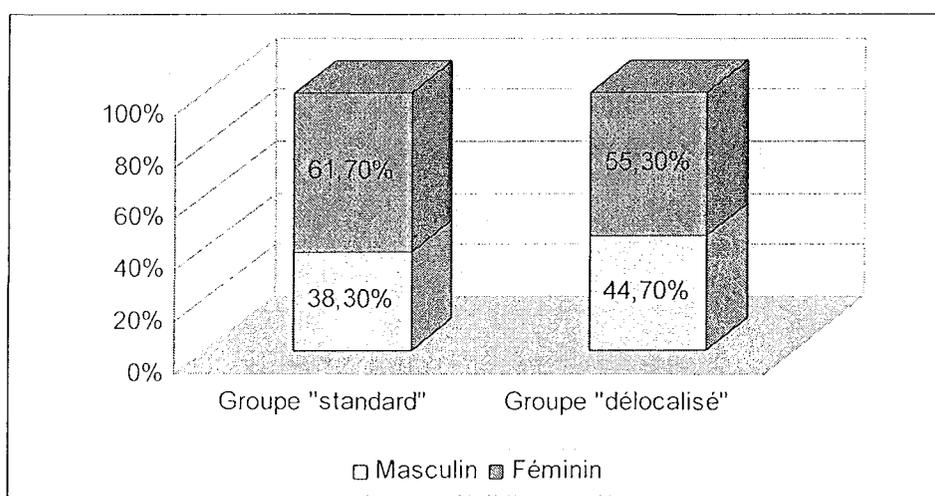


Figure 51 : Répartition des patients selon leur sexe

- En fonction du département d'origine.

Tous les patients ayant participé à cette enquête habitent en région Lorraine. Le groupe « délocalisé » est composé de 15 patients de Meurthe et Moselle (31,9%), de 14 patients de Meuse (29,8%), de 13 patients de Moselle (27,7%) et de 5 patients habitant les Vosges (10,6%).

Il n'existe pas de différence vis-à-vis du groupe « standard » ($p=0,49$).

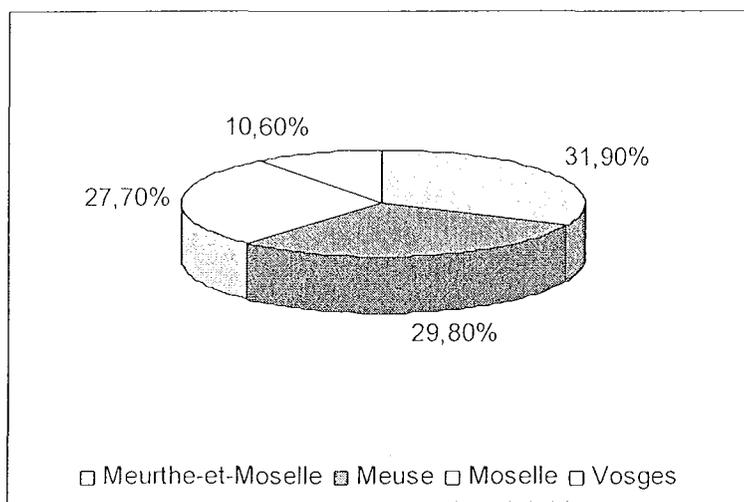


Figure 52 : Répartition des patients du groupe « délocalisé » selon leur département d'habitation

V.3.3. Eloignement géographique domicile – hôpital.

Dans le groupe « standard », la distance moyenne entre le domicile et le lieu de consultation et d'intervention est de 20.3 Km.

Dans le groupe « délocalisé », la distance moyenne domicile – consultation est de 16.6 Km (aller-retour : 33.2 Km) et la distance moyenne domicile – lieu d'intervention de 95.8 Km (aller-retour : 191.6 Km). L'économie kilométrique moyenne réalisée est donc de 158.4 Km.

V.3.4. Motif de réalisation de l'intervention dans un établissement de soins autre que l'établissement le plus proche du domicile du patient.

Dans le groupe « délocalisé », la moitié des patients ayant bénéficié d'une intervention dans un établissement de soins éloigné de leur domicile (51,2%) déclarent avoir fait ce « choix » car l'intervention en question n'était pas réalisée dans l'établissement le plus proche de leur domicile. L'autre moitié (48,8%) déclare qu'il s'agit d'un choix pour motifs personnels.

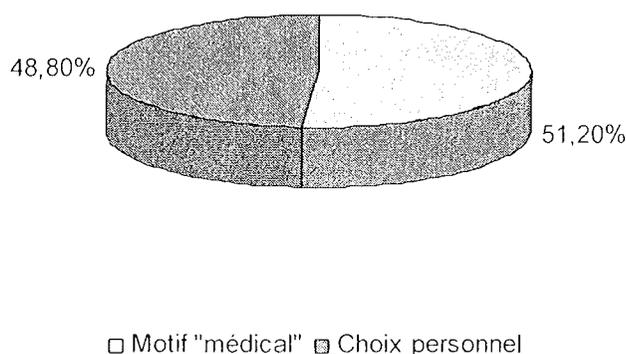


Figure 53 : Motif de réalisation de l'intervention dans un établissement de soins éloigné du domicile

V.3.5. Motif du caractère délocalisé de la consultation pré-anesthésique.

La raison principale alléguée par les patients est une difficulté liée au moyen de transport (35,6%). Un quart des patients (24,4%) reconnaissent avoir fait ce choix par confort. Les motifs financiers liés au coût du déplacement sont avancés par 17,8% des patients. La disponibilité professionnelle et familiale est respectivement évoquée par 8,9% et 2,2% des patients.

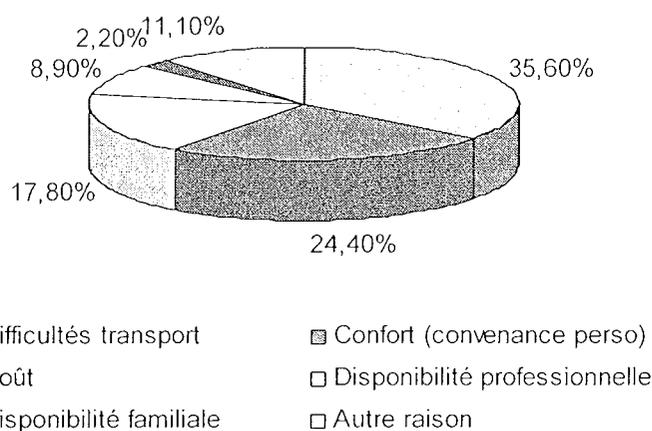


Figure 54 : Motif du caractère délocalisé de la consultation pré-anesthésique

V.3.6. Origine du caractère délocalisé de la consultation pré-anesthésique.

D'après les patients ayant bénéficié de cette pratique, la proposition du chirurgien est à l'origine du caractère délocalisé de la consultation pré-anesthésique dans 53,3% des cas. Dans 35,5% des cas, la demande émanait spontanément du patient. Dans 11,1% des cas, c'est l'équipe d'anesthésie de l'établissement où se déroule l'intervention qui a proposé cette solution.

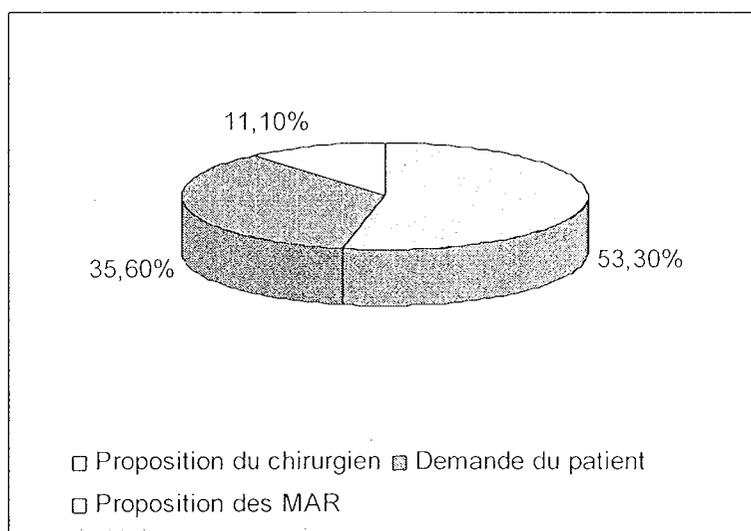


Figure 55 : Origine du caractère délocalisé de la consultation pré-anesthésique

V.3.7. Notoriété de la consultation pré-anesthésique délocalisée.

Une large majorité des patients interrogés (89,4% dans le groupe « standard » et 80,9% dans le groupe « délocalisé ») affirmaient n'avoir pas connaissance de la pratique de consultations pré-anesthésiques délocalisées. Il n'existait aucune différence entre les deux groupes de patients interrogés ($p=0,25$).

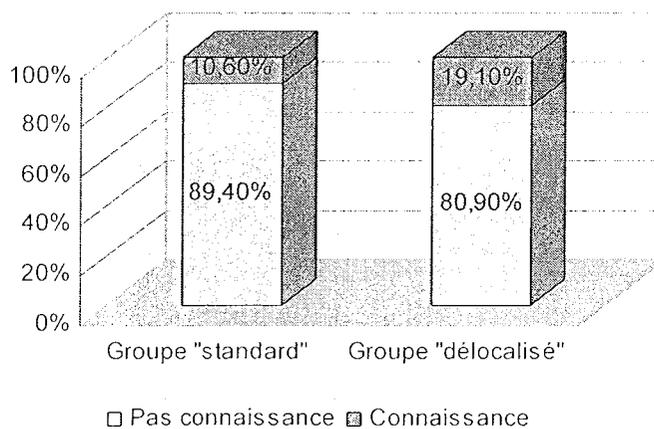


Figure 56 : Proportion de patients ayant eu connaissance de la pratique de la consultation pré-anesthésique délocalisée avant l'enquête

V.3.8. Types d'intervention subies par les patients vus en consultation pré-anesthésique délocalisée.

Plus d'un tiers des patients du groupe « délocalisé » (36,2%) a subi une intervention de chirurgie orthopédique. L'ophtalmologie représente 14,9% des cas dans notre enquête, les interventions dermatologiques 12,8%, les endoscopies digestives 12,7%, les intervention ORL 8,5%, la cardiologie interventionnelle 6,4%, la stomatologie 4,3%, l'urologie 2,1% et la chirurgie digestive 2,1%.

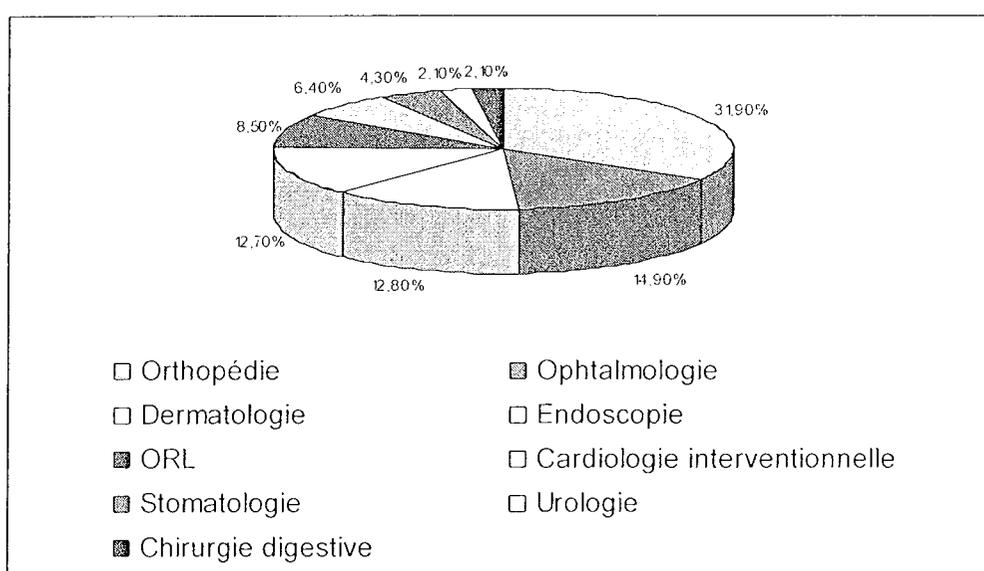


Figure 57 : Types d'interventions pratiquées chez les patients vus en CPAD

V.3.9. Satisfaction des patients quant à la qualité de l'information délivrée en consultation pré-anesthésique délocalisée.

Trois séries de questions ont été posées aux patients des deux groupes afin d'évaluer leur satisfaction vis-à-vis des informations délivrées en consultation pré-anesthésique relatives :

- à la technique d'anesthésie
- au déroulement général de l'hospitalisation
- et à l'analgésie postopératoire.

L'exactitude et l'exhaustivité de l'information ont été évaluées à propos de chaque item.

- Technique d'anesthésie.

Une très large majorité des patients estime « exacte » l'information donnée en consultation pré-anesthésique concernant la technique d'anesthésie (89,4% dans le groupe « standard » et 80,9% dans le groupe « délocalisé »). Aucune différence statistique n'est relevée ($p=0,61$).

Cette information est jugée « suffisante » par 95,1% des patients ayant bénéficié d'une consultation pré-anesthésique standard mais par 78% seulement des patients vus en consultation pré-anesthésique délocalisée ($p=0,02$).

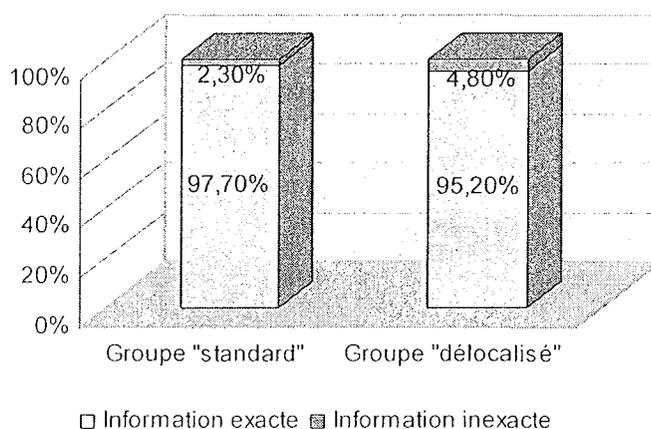


Figure 58 : Proportion de patients jugeant « exacte » l'information relative à la technique anesthésique

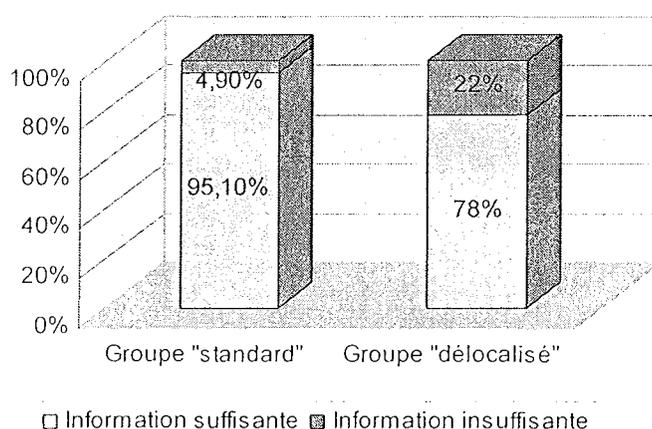


Figure 59 : Proportion de patients jugeant « suffisante » l'information relative à la technique anesthésique

- Déroulement général de l'hospitalisation.

Une très large majorité de patients estime « exacte » l'information donnée en consultation pré-anesthésique concernant le déroulement général de l'hospitalisation (100% dans le groupe « standard » et 97,6% dans le groupe « délocalisé » ($p=0,49$).

Cette information est jugée « suffisante » par 87,8% des patients ayant bénéficié d'une consultation pré-anesthésique standard et par 82% des patients vus en consultation pré-anesthésique délocalisée. Aucune différence statistique n'est relevée ($p=0,47$).

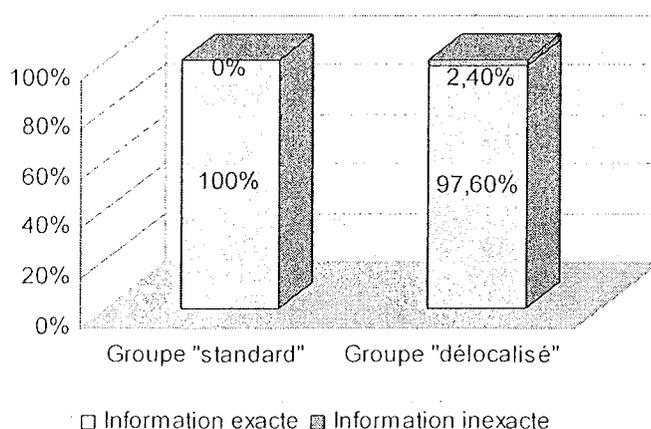


Figure 60 : Proportion de patients jugeant « exacte » l'information relative au déroulement général de l'hospitalisation

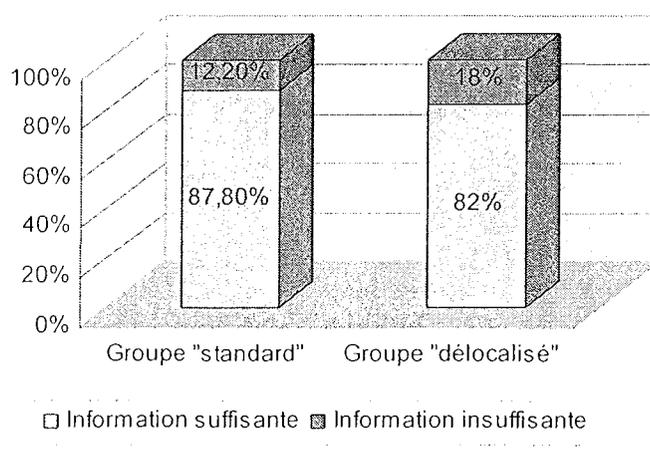


Figure 61 : Proportion de patients jugeant « suffisante » l'information relative au déroulement général de l'hospitalisation

- Analgésie postopératoire.

Une très large majorité de patients estime « exacte » l'information donnée en consultation pré-anesthésique concernant l'analgésie postopératoire : 92,1% dans le groupe « standard » et 97,1% dans le groupe « délocalisé » ($p=0,62$).

Cette information est jugée « suffisante » par 81,6% des patients ayant bénéficié d'une consultation pré-anesthésique standard et par 73% des patients vus en consultation pré-anesthésique délocalisée. Aucune différence statistique n'est relevée ($p=0,37$).

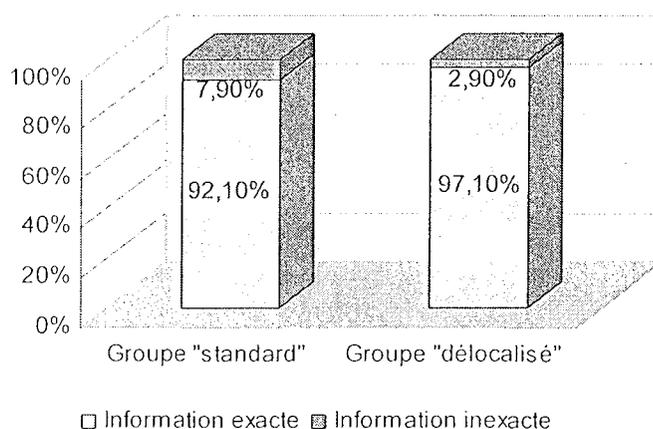


Figure 62 : Proportion de patients jugeant « exacte » l'information relative à l'analgésie postopératoire

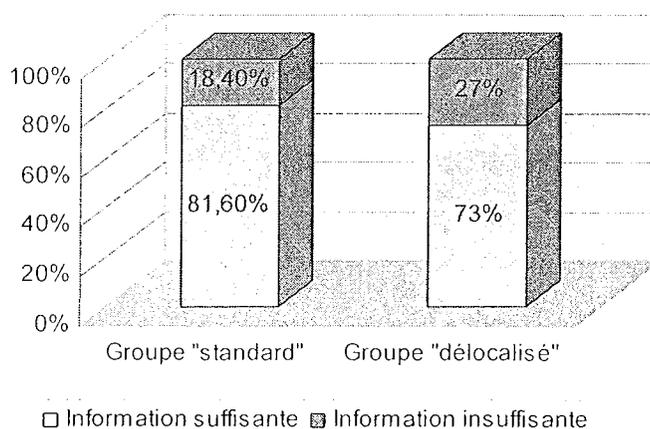


Figure 63 : Proportion de patients jugeant « suffisante » l'information relative à l'analgésie postopératoire

V.3.10. Anxiété préopératoire.

L'anxiété préopératoire a été auto-évaluée. Chaque patient a été interrogé sur le degré d'anxiété estimée à l'admission précédant l'intervention.

Une échelle verbale simple graduée de 0 à 10 a été utilisée. L'anxiété moyenne dans le groupe « standard » était de 3,40. Dans le groupe « délocalisé », celle-ci était de 3,54. Aucune différence statistiquement significative n'était notée ($p=0.86$).

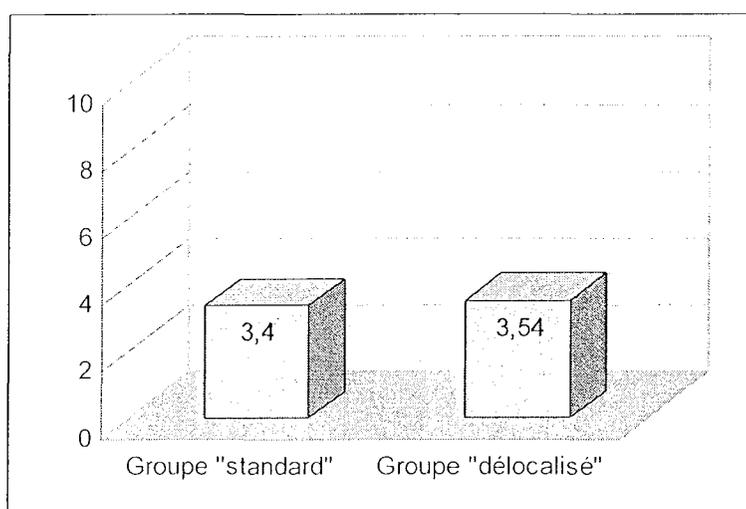


Figure 64 : Anxiété préopératoire autoévaluée par échelle verbale simple

V.3.11. Type de consultation pré-anesthésique souhaité en cas d'intervention future.

Une très large majorité des patients ayant bénéficié d'une consultation pré-anesthésique délocalisée (92,3%) souhaite bénéficier à nouveau de ce mode de consultation en cas de consultation pré-anesthésique dans le futur. Parmi les patients n'ayant jamais bénéficié d'une consultation pré-anesthésique délocalisée, moins d'un quart (23,9%) déclare vouloir en bénéficier à l'avenir. Cette différence est statistiquement significative ($p<.001$).

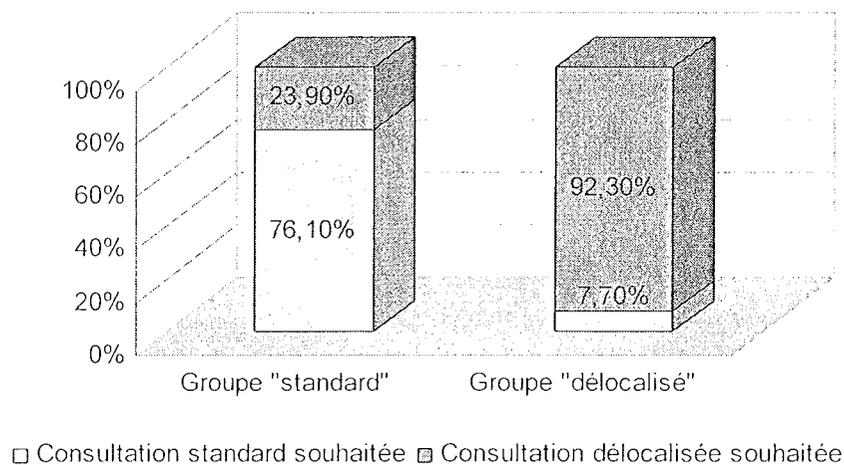


Figure 65 : Type de consultation pré-anesthésique désirée en cas d'intervention future

V.3.12. Inconvénients spécifiques au caractère délocalisé de la consultation pré-anesthésique.

Dans le groupe « délocalisé », les patients sont peu nombreux (17,8%) à trouver des inconvénients au mode délocalisé de la consultation pré-anesthésique. En comparaison, une majorité des patients du groupe « standard » (58,1%) estiment qu'il existe des inconvénients à cette pratique ($p=0,01$).

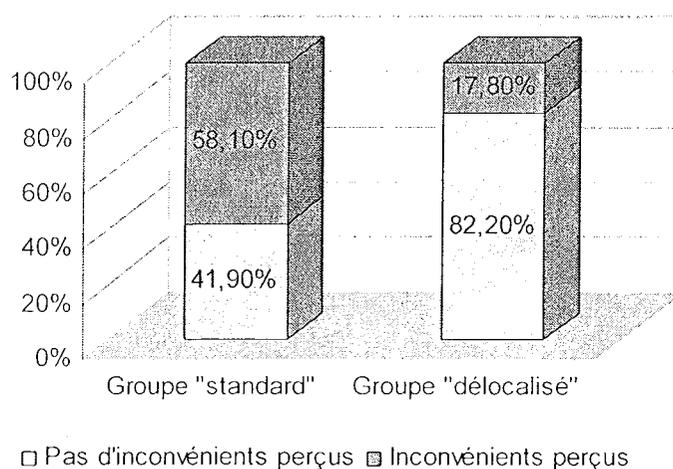


Figure 66 : Proportion de patients percevant des inconvénients au mode délocalisé de la consultation pré-anesthésique

VI

Discussion.

La pratique des consultations pré-anesthésiques délocalisées n'a, à notre connaissance, fait l'objet d'aucune publication descriptive permettant d'en dresser un état des lieux.

VI.1. Evaluation de la pratique des consultations pré-anesthésiques délocalisées en Lorraine.

VI.1.1. Epidémiologie.

L'évaluation précise du nombre de consultations pré-anesthésiques délocalisées réalisées annuellement en Lorraine est difficile. L'effectif réduit des établissements ayant *effectivement* participé à l'enquête de satisfaction ne permet malheureusement pas d'extrapoler ce nombre à partir de l'échantillon de patients recensés durant les quelques mois de recueil des données.

Il n'existe à notre connaissance aucune donnée publiée concernant de telles statistiques en Lorraine et la fréquence précise de cette pratique reste donc méconnue.

Cette fréquence annuelle était très approximativement estimée à 1500 par monsieur le docteur Klechka à l'issue d'une enquête téléphonique informelle effectuée en février et mars 2003 auprès des 23 établissements membres du réseau mis en place un an auparavant. Le nombre annuel d'anesthésies pratiquées chez des patients ayant bénéficié de consultations délocalisées était alors évalué à 900. Près des deux tiers de ces consultations étaient donc « intra régionales » (intervention réalisée dans un établissement de santé lorrain), plus du tiers étant « extra régional » (consultation en Lorraine pour une intervention réalisée dans une autre région).

Ces chiffres semblent corroborés par les déclarations des 270 médecins anesthésistes interrogés lors de cette enquête à propos de leur expérience personnelle et de l'estimation approximative de la fréquence de celle-ci dans leur exercice individuel.

A titre de comparaison, plus de 300 000 consultations pré-anesthésiques sont réalisées chaque année en Lorraine (le nombre total d'anesthésies pratiquées en Lorraine était de 316 778 en 1997) [11]. La proportion des consultations délocalisées reste donc tout à fait marginale, largement inférieure à 1%.

Si plus de 8 médecins anesthésistes sur 10 affirment avoir déjà réalisé ou réaliser régulièrement des consultations pré-anesthésiques délocalisées, ce taux est variable selon le

statut de l'établissement d'exercice et le département. Le plus faible taux observé auprès des anesthésistes exerçant dans un établissement public (75 % contre 87% dans le secteur privé et plus de 90% dans les établissements « PSPH ») est probablement explicable par la place particulière qu'occupe dans le réseau de santé d'une région le Centre Hospitalier Régional (CHR). Le CHIR de Nancy (Meurthe-et-Moselle) représente un poids démographique important. Or, y sont réalisées manifestement moins de consultations délocalisées que dans les établissements périphériques de la région Lorraine. En effet, il paraît évident que le circuit de ces patients bénéficiant d'une consultation délocalisée présente plus volontiers un caractère « *centripète* ». Cette pratique intéresse effectivement bien souvent des patients habitant des zones « peu médicalisées » se rendant pour une intervention dans des centres « référents » aux plateaux techniques développés, au premier rang desquels se trouve le CHR. Ceci explique aussi, très probablement, les disparités départementales observées : la Meurthe-et-Moselle est le département dans lequel le nombre de consultations délocalisées réalisées est le plus faible (70,4% des médecins anesthésistes en ont déjà réalisé contre plus de 90% pour chacun des trois autres départements de la région).

La fréquence de ces consultations paraît légèrement sous-estimée par les opérateurs puisque seuls 60% d'entre eux affirment que leurs malades ont déjà bénéficié ou bénéficient régulièrement de ce type de prise en charge (quand les médecins anesthésistes-réanimateurs sont plus de 80% à affirmer en réaliser). Ceci peut s'expliquer par la méconnaissance, tout à fait compréhensible, par le chirurgien du caractère délocalisé de certaines consultations pré-anesthésiques.

Les médecins anesthésistes déclarant avoir déjà pris ou prendre en charge régulièrement au bloc opératoire des patients ayant bénéficié d'une consultation pré-anesthésique délocalisée sont plus de 80%. Des disparités sont naturellement observées en fonction du statut de l'établissement et du département d'exercice. Ces différences répondent probablement aux mêmes critères explicatifs que la pratique des consultations en ce qui concerne le facteur géographique : la Meurthe-et-Moselle et la Moselle, départements exerçant une attraction médicale plus importante (CHR de Nancy et CHR de Metz-Thionville), accueillent plus de patients vus en consultation pré-anesthésique délocalisé que la Meuse ou les Vosges. Cependant, le statut de l'établissement est un facteur qui ne semble pas confirmer cette hypothèse puisque les médecins exerçant dans des établissements privés sont plus de 95% à

pratiquer des anesthésies chez ces patients alors qu'ils sont moins de 80% dans le secteur public.

VI.1.2. Quels patients pour quels types de chirurgie ?

VI.1.2.1. Caractéristiques des patients.

L'enquête de satisfaction menée auprès d'une population de patients ayant bénéficié d'une consultation pré-anesthésique délocalisée a permis d'analyser plusieurs caractéristiques de cette population : classe ASA, âge et sexe.

L'échelle de l'*American Society of Anesthesiologists* (ASA) propose une classification (1 à 5) des patients selon l'atteinte ou non d'une grande fonction de l'organisme et, le cas échéant, selon la gravité de celle-ci. Le groupe « consultation délocalisée » et le « groupe standard » ne présentent pas de différence statistique en terme de classe ASA dans notre enquête. Les patients étaient classés de 1 à 3 et leur répartition était globalement similaire à celle révélée par l'enquête épidémiologique menée sur la pratique de l'anesthésie en France en 1996 par la Société Française d'Anesthésie-Réanimation (ASA 1 : 59% ; ASA 2 : 29% ; ASA 3-4-5 : 12%). Dans notre enquête, aucun patient ASA 4 (patient porteur d'une maladie générale invalidante mettant en jeu le pronostic vital) n'a bénéficié d'une consultation pré-anesthésique délocalisée. Rappelons que cette enquête avait permis de déterminer que trois quarts des anesthésistes interrogés considéraient une classe ASA 4 comme une contre-indication formelle à la réalisation d'une consultation pré-anesthésique délocalisée.

La répartition selon le sexe est semblable dans les deux groupes avec une prédominance féminine assez marquée. Ce déséquilibre était retrouvé dans les mêmes proportions au cours de l'enquête menée par la SFAR en 1996 (55% des anesthésies pratiquées l'étaient chez des femmes) [13].

Il n'existait pas non plus de différence significative en terme d'âge, les deux groupes présentant un âge moyen sensiblement similaire (47 ans pour les patients du groupe « délocalisé », 51 ans dans le groupe « standard »). Parmi les 47 patients ayant bénéficié d'une consultation pré-anesthésique délocalisée, 7 étaient âgés de moins de 16 ans dont 5 de

moins de 10 ans et un seul de moins de 1 an. Huit patients avaient plus de 70 ans dont 2 de plus de 80 ans.

Il apparaît donc que les consultations pré-anesthésiques délocalisées s'adressent, en pratique, à une population de patients dont les caractéristiques médicales (pathologies sous-jacentes) et démographiques (sexe, âge) ne diffèrent pas de celles de la population générale bénéficiant d'une consultation pré-anesthésique standard.

VI.1.2.2. Types d'interventions.

La chirurgie orthopédique est le principal motif d'anesthésie en chirurgie, représentant ¼ des anesthésies en chirurgie [13]. Cette prédominance apparaît, dans notre enquête, au sein de la population de patients ayant bénéficié d'une consultation délocalisée puisque plus de 35% des consultations pré-anesthésiques délocalisées ont été pratiquées en vue d'une intervention de chirurgie orthopédique. La chirurgie ophtalmologique (type de chirurgie dont l'activité a le plus augmenté entre 1980 et 1996 [13]) est également un motif fréquent de consultation pré-anesthésique délocalisée (15% de celles-ci dans notre enquête).

Aucune intervention neurochirurgicale ni de chirurgie cardio-vasculaire n'a été recensée lors de notre enquête (neurochirurgie et chirurgie cardiaque représentant les types de chirurgie dans le cadre desquels les médecins anesthésistes sont très majoritairement opposés au fait de réaliser une consultation pré-anesthésique délocalisée).

Aucune intervention présentant un risque particulièrement élevé ou à caractère exceptionnel n'a fait l'objet, dans cette étude, d'une consultation pré-anesthésique délocalisée. Semblent ainsi respectées ici, les recommandations émises par le Comité Vie Professionnelle de la Société Française d'Anesthésie-Réanimation (SFAR) stipulant que « *le caractère très spécialisé ou la lourdeur de certaines procédures et la méconnaissance par le médecin anesthésiste-réanimateur consultant des conditions dans lesquelles l'acte sera réalisé imposent la consultation pré-anesthésique sur le site de l'intervention programmée* » [9].

VI.1.3. Motif du caractère délocalisé de la consultation pré-anesthésique.

Le caractère délocalisé de la consultation pré-anesthésique résulte naturellement du choix de l'établissement dans lequel se déroulera l'intervention. Dans cette situation, cet établissement n'est pas le plus proche du domicile du patient. Les raisons de ce choix sont de deux ordres :

liées à l'offre de soin ou liées au libre-arbitre du patient. Dans le premier cas, l'intervention se déroule dans un établissement à distance car elle n'est tout simplement pas réalisée dans l'établissement de soins le plus proche du domicile. Ce cas de figure, représentant la moitié des patients interrogés dans notre enquête, intéresse typiquement les habitants des zones les moins « médicalisées » de la région Lorraine, contraints de se déplacer vers des centres à l'offre médicale plus large, pratiquant l'intervention indiquée. Ces situations concernent des techniques de pointe (imagerie par résonance magnétique chez l'enfant, radiofréquence hépatique, laser pulsé, etc...) ou des interventions non réalisées dans certains établissements du fait de la pénurie démographique régnant dans la spécialité (ophtalmologie par exemple). L'autre moitié des patients déclare avoir décidé de se rendre dans un établissement éloigné par choix personnel ou familial.

Le choix du caractère délocalisé de la consultation pré-anesthésique a ensuite été analysé. Un quart des patients déclare avoir fait ce choix par simple « confort » alors que les autres avancent des motifs matériels rendant peu aisées voire très difficiles leur déplacement sur une distance parfois importante : difficultés de transport, problèmes de disponibilité professionnelle chez les personnes actives ou familiale dans le cas de patients dépendant de leurs proches, raisons financières (coût du déplacement). Il est donc clairement exprimé ici par les patients interrogés que la réalisation d'une consultation pré-anesthésique à proximité du domicile du patient apporte un service confortable. Plus qu'un service, elle semble même apporter une solution à un réel problème dans le cas de patients contraints de se déplacer (l'intervention n'étant pas réalisée dans l'établissement proche) et alléguant des difficultés matérielles s'opposant à la multiplication de ces déplacements.

VI.2. Avantages et inconvénients de la consultation pré-anesthésique délocalisée.

Lorsqu'ils sont interrogés sur les avantages qu'ils attribuent à la consultation pré-anesthésique délocalisée, les médecins anesthésistes-réanimateurs plébiscitent le « confort » pour le patient à près de 90%. Plus d'un médecin anesthésiste sur deux évoque également la « réduction du coût » à la charge du patient ou de la société (dans le cas d'une prise en charge du transport par le système d'assurance maladie). Nous aborderons ultérieurement cette question du coût.

Les patients n'ayant jamais bénéficié d'une consultation pré-anesthésique délocalisée ont également été interrogés sur les bénéfices supposés de cette pratique. Les avantages les plus couramment avancés concernent la résolution d'éventuelles difficultés de transport. La solution d'une consultation pré-anesthésique délocalisée semble particulièrement adaptée, de l'avis des patients, à la situation des personnes âgées à l'autonomie limitée. Un autre avantage, intéressant plutôt, à l'inverse, les patients exerçant une activité professionnelle, est fréquemment mentionné par les patients : le gain de temps. La question du coût est en revanche, de façon un peu surprenante, rarement présentée par les patients comme un avantage notable de cette pratique. Un autre aspect positif, dont les différentes équipes médicales ont probablement moins conscience, a été évoqué à plusieurs reprises par certains patients participant à cette enquête. Il s'agit du caractère « rassurant » de la proximité du lieu de consultation et de l'éventuelle « connaissance » de l'équipe d'anesthésie assurant la consultation. Le caractère « stressant » de la consultation pré-anesthésique réalisée dans un établissement inconnu par un médecin inconnu est ici implicitement révélé par les patients.

Malgré l'évocation de nombreux avantages, les patients n'ayant jamais bénéficié d'une consultation pré-anesthésique délocalisée sont peu nombreux (moins d'un quart) à souhaiter en bénéficier à l'avenir en cas d'intervention nécessitant une anesthésie. En revanche, les patients déjà concernés par cette procédure souhaitent presque unanimement (plus de 90%) pouvoir en bénéficier à nouveau en cas de besoin. Ces chiffres illustrent la crainte légitime des uns à l'égard d'une procédure inhabituelle qui leur est inconnue et le haut degré de satisfaction des autres vis-à-vis de ces consultations dont ils ont eu l'occasion de mesurer les atouts.

La crainte éprouvée par les patients résulte des inconvénients ressentis (patients du groupe « délocalisé ») ou supposés (patients du groupe « standard »). Moins de 20% des patients du premier groupe déclarent spontanément reprocher un ou plusieurs inconvénients à la consultation pré-anesthésique délocalisée contre plus d'un patient du groupe « standard » sur deux.

Les inconvénients les plus fréquemment cités sont de deux ordres : un risque d'information incomplète et un risque de défaut de transmission des conclusions de la consultation pré-anesthésique. Nombreux sont les patients conscients de la méconnaissance par le médecin anesthésiste consultant du détail des procédures anesthésiques et chirurgicales ayant cours dans les autres établissements. Cette possible méconnaissance est perçue comme un réel inconvénient par des patients aux fortes attentes en matière d'information médicale. La

seconde inquiétude souvent exprimée a trait à la sécurité et concerne la transmission des données médicales concernant le patient. Certains patients craignent effectivement une mauvaise connaissance des résultats de la consultation et donc une moindre appréciation des risques par l'équipe d'anesthésie en charge de la période péri-opératoire. Cette crainte semble prédominante chez les patients présentant des antécédents pouvant interférer avec l'anesthésie (allergie aux curares par exemple).

Nombreux sont également les patients évoquant l'importance de la « *relation de confiance* » instaurée par le contact réalisé lors de la consultation entre l'équipe d'anesthésie et le patient. Cette relation fait défaut lorsque la consultation est effectuée dans un établissement différent, ce qui, de l'avis de certains patients, pourrait contribuer à l'existence d'un « *stress* » préopératoire. Il faut noter, à ce propos, que la consultation pré-anesthésique est rarement réalisée par le médecin qui prendra en charge le patient au bloc (et c'est fréquemment un praticien différent qui réalise la visite pré-anesthésique).

Il semble ainsi que nous pouvons, à ce sujet, individualiser deux catégories de patients : la première attribuée à la consultation délocalisée un caractère « *anxiolytique* » dû à la proximité et à la connaissance éventuelle de l'équipe de consultation ; la seconde, au contraire, considère cette procédure « *anxiogène* » en raison de l'absence de contact préalable avec l'équipe d'anesthésie en charge de l'intervention. Ce reproche exprimé par certains met en lumière l'« *importance particulière* » [9] que revêt la visite pré-anesthésique dans cette situation. Ceci soulève la question de la pratique de l'anesthésie ambulatoire, que nous aborderons ultérieurement.

Pourtant, l'enquête de satisfaction menée auprès de deux groupes de patients, ne permet d'observer aucune différence significative en terme d'anxiété pré-opératoire. Celle-ci était évaluée à l'aide d'une échelle verbale simple graduée de 0 à 10.

L'enquête menée auprès des patients avait, en particulier, pour objectif de mesurer le degré de satisfaction vis-à-vis de l'information délivrée en consultation pré-anesthésique. L'information concernant la technique anesthésique, le déroulement général de l'hospitalisation et l'analgésie postopératoire a ainsi été évaluée.

Une étude réalisée il y a quelques années auprès d'une population de patients consultant dans le département d'anesthésie-réanimation chirurgicale de l'hôpital de Bicêtre [14] a permis de hiérarchiser les attentes des patients en matière d'information : la prise en charge de la

douleur et les différentes techniques d'anesthésie étaient respectivement citées par 88% et 77% des patients, parmi les attentes les plus fortes (bien avant la description « exhaustive » des complications possibles, par exemple).

Il paraît évident que la connaissance précise par tout médecin anesthésiste des procédures anesthésiques et analgésiques (ainsi que du déroulement général de l'hospitalisation) suivies dans un établissement différent du sien est imparfaite. Il nous a donc semblé intéressant de savoir si l'absence d'une connaissance précise de ces procédures était responsable d'un défaut d'information ressenti comme tel par le patient.

Les conclusions de l'enquête semblent infirmer cette supposition puisque aucune différence statistiquement significative n'a été observée à propos de l'exactitude de l'information délivrée au patient. Seule l'exhaustivité de l'information concernant les techniques anesthésiques semble moindre en cas de consultation pré-anesthésique délocalisée. L'information au sujet de cet item est en effet jugée suffisante par plus de 95% des patients du groupe « standard » contre 78% seulement des patients du groupe « délocalisé ».

Les résultats de notre enquête sont, par ailleurs, concordant avec ceux publiés à l'issue de l'enquête de satisfaction menée à l'hôpital de Bicêtre déjà citée [15].

La question du coût a également été évaluée. La diminution de la distance parcourue par chaque patient bénéficiant d'une consultation pré-anesthésique délocalisée a été calculée. Elle est de près de 160 Km en moyenne (différence entre la distance qu'aurait dû parcourir le patient en l'absence d'une procédure de délocalisation et la distance effectivement parcourue). L'économie financière réalisée est difficile à apprécier. Le coût du seul carburant peut être évalué aux alentours de 15 euros (pour une distance de 160 Km, une consommation de 8 L aux 100 Km et un carburant à 1,10 euros par litre). Cependant, cette estimation basse ne tient compte que des dépenses en carburant et non des dépenses annexes afférentes au véhicule : le coût kilométrique moyen global – estimation haute – peut être approximativement évalué à 0,5 euros (à partir du barème publié annuellement par la Direction Générale des Impôts, appliqué à un véhicule de puissance moyenne), le gain financier moyen global serait donc de 80 euros. L'économie financière réalisée par l'épargne kilométrique est donc probablement située, en moyenne, entre 15 et 80 euros par consultation pré-anesthésique délocalisée dans notre enquête.

A ces coûts directs, il convient d'ajouter des coûts indirects engendrés, par exemple, par l'interruption de l'activité professionnelle pour consulter. Cette partie mériterait la réalisation

d'une véritable étude médico-économique évaluant scientifiquement l'impact économique de cette pratique.

VI.3. Obstacles à la consultation pré-anesthésique délocalisée.

Peu nombreux sont les médecins anesthésistes-réanimateurs (1 sur 10 environ) à se déclarer formellement opposés à la réalisation d'une consultation pré-anesthésique délocalisée. Parmi les médecins n'adhérant pas au réseau, la proportion est de 1 sur 4. La principale raison invoquée par les opposants formels à cette pratique est la nécessité de connaître les pratiques des équipes chirurgicales et anesthésiques qui prendront en charge le patient. Ce motif de refus (évoqué presque systématiquement par les médecins opposés à la délocalisation de la consultation) rappelle l'importance d'une information claire et complète délivrée au patient. Le Comité Vie Professionnelle de la SFAR insiste à ce propos sur la nécessité de « *connaître les conditions techniques de l'anesthésie et de l'intervention projetées dans l'établissement où sera opéré le patient* ». D'autres raisons sont régulièrement invoquées. Le manque de temps est cité par la moitié des médecins anesthésistes qui y sont opposés. Le « déséquilibre », pour beaucoup d'hôpitaux périphériques, entre le nombre de demandes de consultations délocalisées et le nombre de patients qui y sont opérés après consultation dans un autre établissement est considéré par certains médecins anesthésistes qui y exercent comme un facteur très handicapant pour leur activité. Ces médecins se plaignent notamment de la consommation de temps de consultation au détriment des patients opérés dans leur établissement mais également d'un risque, énoncé clairement par certains, de « *fuite* » des patients vers des centres de soins au recrutement plus important. La réalisation d'une consultation pré-anesthésique délocalisée serait alors vécue comme un acte facilitant ce choix des patients et, de fait, pénalisant l'activité de leur propre établissement. L'argument de principe rappelant « *l'importance* » égale des consultations de chirurgie et d'anesthésie est également évoqué : un patient acceptant le déplacement imposé par la première doit au même titre, selon certains, accepter les désagréments inhérents à la consultation pré-anesthésique. Quoique compréhensible, cet argument ne distingue pas les cas de délocalisation forcée de l'intervention (actes non réalisés dans certains établissements) et ceux de délocalisation pleinement choisie par le patient pour convenance personnelle.

Les médecins anesthésistes paraissent moins fréquemment opposés à la prise en charge au bloc opératoire de patients ayant bénéficié d'une consultation dans un autre établissement (1 sur 10 seulement parmi les non adhérents) ce qui peut traduire le haut degré de confiance dans la qualité des consultations pré-anesthésiques réalisées dans les autres établissements de santé.

Plusieurs situations ou caractéristiques particulières présentées par les patients ont été soumises à l'appréciation des médecins anesthésistes interrogés au cours de l'enquête : la classe ASA, le jeune âge (pédiatrie), la notion de grossesse et le caractère ambulatoire. L'intérêt était de déterminer les caractéristiques du patient considérées par les médecins anesthésistes comme des contre-indications à la réalisation d'une consultation pré-anesthésique délocalisée.

Concernant la classe ASA, un quart des médecins anesthésistes estime qu'elle ne peut représenter de contre-indication en elle-même. Ces médecins ne sont ou ne seraient donc apparemment pas opposés à la réalisation d'une telle consultation chez un patient ASA 4 (voire 5). Ils sont en revanche 3 sur 4 à considérer qu'une classe ASA supérieure ou égale à 3 représente une contre-indication. Il n'existe aucune recommandation publiée à ce sujet.

Le caractère pédiatrique ne représente aucune contre-indication pour près de la moitié des médecins anesthésistes interrogés. A contrario, plus de 4 médecins anesthésistes sur 10 estiment que l'âge inférieur à 1 an contre-indique cette pratique. Une situation spécifique à l'anesthésie pédiatrique peut justifier un recours fréquent aux consultations pré-anesthésiques délocalisées : le cas de jeunes patients hospitalisés en maternité et opérés en période néonatale dans un établissement distant géographiquement du lieu d'hospitalisation. Cette situation relativement fréquente pour les Centres Hospitaliers Régionaux (proximité d'une maternité de niveau 3 à haut recrutement de grossesses pathologiques) impose l'instauration d'une relation de confiance entre les deux équipes d'anesthésie. Dans le cas de la Maternité Régionale de Nancy, transférant régulièrement pour intervention des patients aux services de chirurgie pédiatrique du Centre Hospitalier Régional, une relation privilégiée s'est établie entre l'équipe d'anesthésie pédiatrique et l'un des membres de l'équipe d'anesthésie exerçant à la maternité. C'est ce dernier qui réalise préférentiellement les consultations pré-anesthésiques des patients hospitalisés en secteur néonatal et devant bénéficier d'une anesthésie dans le service de chirurgie pédiatrique distant de la Maternité.

La notion de grossesse en cours est également perçue comme un élément contre-indiquant la réalisation d'une consultation pré-anesthésique délocalisée par plus d'un médecin anesthésiste sur cinq. Nous remarquons que la pratique d'une consultation pré-anesthésique délocalisée peut représenter une alternative particulièrement intéressante dans le cas de patientes chez qui les trajets automobiles ont été déconseillés voire proscrits pour raisons obstétricales.

Le caractère ambulatoire est considéré comme une contre-indication par 20% des médecins interrogés. Huit médecins anesthésistes sur dix ne sont donc pas opposés à la pratique d'une consultation délocalisée dans cette situation particulière. Il n'existe aucune recommandation formelle concernant la réalisation d'une consultation pré-anesthésique délocalisée en anesthésie ambulatoire mais le Comité Vie Professionnelle de la SFAR évoque « *l'importance particulière* » de la visite pré-anesthésique en cas de consultation pré-anesthésique délocalisée [9]. Si le moment de réalisation de la visite pré-anesthésique n'est pas précisé dans le texte qui la rend obligatoire (« *dans les heures précédant le moment prévu pour l'intervention* »), elle est, dans la pratique courante, systématiquement réalisée la veille de l'intervention et les patients bénéficiant d'une procédure ambulatoire en sont « dispensés ». Cette affirmation, peut donc être interprétée comme l'incompatibilité pure et simple de la consultation pré-anesthésique délocalisée et du caractère ambulatoire de l'anesthésie. Cela n'empêche pourtant pas la grande majorité des médecins anesthésistes de ne retenir aucune contre-indication dans cette situation.

La visite pré-anesthésique revêt, de tout évidence, une importance certaine lorsqu'elle est réalisée (procédure non ambulatoire). Elle permet à l'équipe d'anesthésie de prendre connaissance des conclusions de la consultation, de s'assurer de l'exhaustivité du bilan préopératoire éventuel, de vérifier une dernière fois la compatibilité de ces résultats avec l'intervention programmée et de compléter en cas de besoin l'information dispensée en consultation. S'il n'est pas retenu comme une contre-indication formelle, le caractère ambulatoire devra, en tout état de cause, être accepté sans retenue par toutes les parties (médecin réalisant la consultation, équipe d'anesthésie, patient). Il nous semble qu'un contact direct (téléphonique) au cours de la consultation pré-anesthésique s'impose dans cette situation particulière. Ce contact, doit permettre de vérifier tout d'abord l'accord de l'équipe qui assurera la prise en charge en « aval », de coordonner le bilan préopératoire éventuel et les informations à donner au patient, enfin, de faire part directement des conclusions de la consultation. La transmission préalable à l'admission du patient, par courrier ou fax, nous semble également indispensable dans ce cas particulièrement (permettant ainsi à l'équipe

d'anesthésie de prendre connaissance de l'ensemble du dossier et des résultats du bilan préopératoire). Il est ainsi permis à l'équipe à qui est adressé le patient de faire pratiquer un complément du bilan voire d'annuler, devant certains arguments nouveaux, le caractère ambulatoire et d'exiger une hospitalisation traditionnelle.

L'une des conditions nécessaire à la délocalisation de la consultation pré-anesthésique, selon la SFAR, est de « *connaître les conditions techniques de l'anesthésie et de l'intervention* » [9]. Pourtant près d'un médecin anesthésiste interrogé sur deux déclare ne pas refuser de réaliser ce type de consultation en cas d'indication non familière. Une telle pratique expose inévitablement au risque d'une consultation ne répondant pas aux exigences de l'équipe d'anesthésie prenant en charge le patient lors de l'intervention (bilan incomplet) mais plus encore à une information insuffisante voire inexacte. Il nous semble donc important de rappeler cette recommandation de prudence à l'ensemble des médecins anesthésistes de Lorraine en général et aux adhérents du réseau en particulier.

Il a été demandé à l'ensemble des médecins anesthésistes lorrains de citer la ou les spécialités chirurgicales pour laquelle ou lesquelles ils éprouveraient le plus de réticence à réaliser une consultation pré-anesthésique délocalisée. Comme attendu, les réticences exprimées sont nettement plus prononcées à l'égard de certaines spécialités chirurgicales, à commencer par les spécialités pratiquées dans un nombre restreint d'établissements et impliquant des procédures lourdes ou à risques (chirurgie cardiaque et neurochirurgie sont citées par une grande majorité de médecins anesthésistes). Une série de spécialités présentant des risques spécifiques est également citée par un tiers environ des médecins interrogés (obstétrique, chirurgie pédiatrique, chirurgie vasculaire, chirurgie esthétique).

L'opinion des chirurgiens exerçant en Lorraine concernant la consultation pré-anesthésique délocalisée a également été sondée. Il ressort de cette partie de l'enquête que plus de 40% des chirurgiens lorrains estiment que certains actes relevant de leur spécialité exigent que la consultation pré-anesthésique soit réalisée par l'équipe d'anesthésie exerçant dans le même établissement. Ils sont plus d'un sur dix à déclarer être prêt à s'opposer ou s'être déjà opposés à la réalisation d'une consultation pré-anesthésique délocalisée. Ce fait permet de constater l'importance donnée par de nombreux chirurgiens à la relation de confiance particulière établie avec l'équipe d'anesthésie partenaire. Cependant, il nous semble que la délocalisation de la consultation pré-anesthésique est une procédure intéressant avant tout le patient et les

professionnels de l'anesthésie mieux à même que quiconque de juger de l'opportunité de sa réalisation.

Il est intéressant de remarquer que plus de 15% des chirurgiens interrogés disent être « dérangés » par le fait que les médecins anesthésistes exerçant dans le même établissement réalisent des consultations pré-anesthésiques pour des patients pris en charge dans d'autres établissements. L'aspect chronophage de cette pratique, au détriment de leur propre patientèle, est systématiquement avancé par les chirurgiens qui y sont opposés.

VI.4. Le réseau de consultations pré-anesthésiques délocalisées de Lorraine.

VI.4.1. Adhésion.

La proportion de médecins adhérant au réseau de consultation pré-anesthésique lorrain est de 50% environ. Excepté les Vosges (où le nombre de médecins ayant répondu à l'enquête est trop faible pour être significatif), c'est en Meurthe-et-Moselle que les médecins anesthésistes adhérents sont le moins nombreux. Cette différence (quoique statistiquement non significative) peut probablement s'expliquer par le plus faible intérêt manifesté par ceux qui sont le plus rarement confrontés à cette situation en consultation pré-anesthésique (la Meurthe-et-Moselle est le département lorrain où les médecins anesthésistes déclarent pratiquer le moins de consultations pré-anesthésiques délocalisées). Il n'existe, en revanche, pas de différence en fonction du statut de l'établissement d'exercice.

VI.4.2. Réalisation pratique de la consultation.

Un dossier de consultation spécifique a été mis au point en 2001. Sa mise en circulation avait pour objectif de « standardiser » la consultation pré-anesthésique délocalisée effectuée dans le cadre du réseau. L'enquête réalisée a permis de noter la faible utilisation de celui-ci par les médecins consultants. L'habitude d'utiliser un dossier différent est le motif le plus fréquemment avancé par les médecins anesthésistes interrogés. Près d'un médecin anesthésiste sur deux ne possède pas ou plus ce document dans ses locaux de consultation et près d'un sur cinq n'avait tout simplement pas connaissance de son existence. Constatant cela, il nous paraît souhaitable de relancer une « campagne de promotion » de cet outil de qualité

afin d'en accroître la fréquence d'utilisation. Au vu du faible nombre de médecins anesthésistes justifiant sa non utilisation par son caractère non fonctionnel, il ne semble pas utile d'y apporter de modification particulière. Bien que l'utilisation du dossier utilisé habituellement dans l'établissement de consultation soit parfaitement possible, l'utilisation d'un outil commun peut être un facteur de qualité au sein d'un réseau organisé et, de ce fait, nous semble préférable.

VI.4.3. Transmission de l'information.

L'un des enjeux majeurs de l'organisation d'un réseau de consultations pré-anesthésiques délocalisées est de favoriser la transmission optimale des conclusions de la consultation. Les critères principaux témoignant de la qualité de cette transmission sont l'exhaustivité des informations et le délai entre la prise de connaissance par l'équipe d'anesthésie de ces informations et la date prévue de l'intervention.

Il nous semble judicieux que les données de la consultation pré-anesthésique soient transmises à l'équipe d'anesthésie de l'établissement où se déroulera l'intervention plusieurs jours avant la date programmée de l'intervention. C'est le cas dans un tiers des cas environ, d'après les résultats de l'enquête menée auprès des médecins anesthésistes. Dans deux tiers des cas, le dossier de consultation est transmis par l'entremise du patient et donc découvert par l'anesthésiste lors de la visite pré-anesthésique. Les principes de fonctionnement du réseau, édictés par l'Institut Lorrain d'Anesthésie-Réanimation n'imposent aucun mode de transmission privilégié et stipulent que celle-ci est effectuée « *soit par les soins du patient, soit par courrier* ». Cependant, les recommandations émises par la SFAR précisent que le « *le dossier d'anesthésie (...) doit être transmis dans les meilleurs délais à l'équipe de médecins anesthésistes qui réalisera l'anesthésie* » [9]. Nous fondant sur cette recommandation émanant de notre société savante, il nous semble licite d'encourager plus explicitement, par une modification écrite des principes de fonctionnement du réseau, une transmission par courrier systématique des conclusions de la consultation.

Moins d'un médecin anesthésiste sur dix déclare contacter systématiquement l'équipe d'anesthésie par téléphone au décours de la consultation. Cette pratique, louable, ne peut être exigée systématiquement mais paraît incontournable « *en cas de difficultés (...) pour mettre au point une stratégie concertée* » comme indiqué dans les principes de fonctionnement du réseau lorrain. Cette recommandation est parfaitement conforme avec celle de la SFAR, pour qui « *tout risque particulier doit être signalé et faire l'objet d'une discussion* » [9].

L'information destinée à l'équipe d'anesthésie qui prendra en charge le patient au cours de l'intervention doit également provenir de l'opérateur lui-même. A ce propos, un tiers des opérateurs interrogés déclare ne pas contacter systématiquement l'équipe d'anesthésie exerçant dans le même établissement avant d'adresser le patient en consultation pré-anesthésique délocalisée. Pourtant l'information préalable systématique de l'équipe d'anesthésie est absolument indispensable afin d'obtenir son accord explicite. Cet accord ne peut être automatique ou tacite et il est de la responsabilité de l'équipe d'anesthésie de poser une éventuelle contre-indication à la délocalisation proposée (arguments relatifs aux caractéristiques de la chirurgie programmée et/ou aux antécédents du patient rapportés par le chirurgien). Une telle modification des pratiques impose un effort d'information à l'adresse des chirurgiens, peut-être de la part des promoteurs du réseau (l'Institut Lorrain d'Anesthésie-Réanimation), certainement de la part des différentes équipes d'anesthésie concernées. Le premier principe exigé par le Comité Vie Professionnelle de la SFAR en vue de la réalisation d'une consultation pré-anesthésique délocalisée est en effet que *« l'équipe d'anesthésie qui prendra en charge le patient pour l'intervention prévue doit en être informée et avoir donné son accord »* [9].

Il convient ici de rappeler la responsabilité de chacun des acteurs de cette procédure de délégation. Si l'équipe d'anesthésie est entièrement responsable de ses décisions concernant la période peropératoire et postopératoire, le médecin anesthésiste consultant est, pour sa part, seul responsable de l'acte médical que représente la consultation. Cette responsabilité partagée, fondée sur l'article 69 du Code de Déontologie médicale qui stipule que *« l'exercice de la médecine est personnel : chaque médecin est responsable de ses décisions et de ses actes »* justifie pleinement l'accord préalable de chacune des parties [16].

VI.4.4. Origine du caractère délocalisé de la consultation pré-anesthésique.

La consultation pré-anesthésique implique quatre acteurs : le patient, l'opérateur, le médecin anesthésiste consultant, l'équipe d'anesthésie chargée de la prise en charge péri-interventionnelle. L'acteur à l'origine du caractère délocalisé de la consultation peut être l'opérateur, le patient lui-même ou l'équipe d'anesthésie de l'établissement demandeur. Dans l'enquête que nous avons réalisée auprès d'un échantillon de patients, le chirurgien a proposé cette option dans plus de la moitié des cas. Dans un cas sur trois, le patient déclare avoir fait la demande spontanément. L'équipe d'anesthésie est donc à l'origine de la demande dans 10% des cas seulement. Ces résultats concordent avec les réponses données par les médecins

anesthésistes et les chirurgiens interrogés. Cependant, la part des demandes spontanées du patient (plus de 30%) paraît surestimée au regard de la très faible notoriété de cette pratique avouée par les patients eux-mêmes. En effet, 80% des patients du groupe « délocalisé » et 90% des patients du groupe « standard » déclaraient ne pas avoir connaissance de cette possibilité avant l'enquête. Ceci rend peu probable le fait qu'un patient sur trois demande spontanément à pouvoir bénéficier d'une pratique... que la majorité d'entre eux semble ignorer.

Selon certains auteurs, la démarche ne saurait émaner directement de l'opérateur chirurgical ou interventionnel » [17] ; selon eux, « *la délégation de consultation pré-anesthésique ne peut évidemment s'initier et s'exercer qu'entre médecins spécialistes de l'anesthésie* » et « *c'est le patient qui doit être demandeur auprès de l'équipe d'anesthésie réalisatrice* ». Cette position, écartant l'opérateur du processus conduisant à la délocalisation de la consultation, ne tient pas compte de la très faible notoriété de cette possibilité offerte au patient : ignorée par plus de 80% des patients, cette possibilité a peu de chances d'être sollicitée par des patients à qui cette procédure rendrait pourtant un service certain. Il nous semble du devoir du corps médical d'informer chaque patient, selon les cas, de l'ensemble des alternatives de prise en charge les plus appropriées à la situation. A ce titre, l'opérateur doit savoir informer le patient de la possibilité éventuelle d'une consultation pré-anesthésique délocalisée et du fait que la décision finale, en cas d'accord du patient, revient conjointement à l'équipe d'anesthésie en charge de l'intervention et au médecin anesthésiste consultant.

VI.4.5. Avenir.

Parmi les médecins anesthésistes non adhérents, plus de la moitié se déclare prêt à adhérer au réseau. Ceci permet de conclure que 20% du total des médecins anesthésistes ayant répondu à l'enquête ne souhaitent pas y participer. La proportion de médecins anesthésistes opposés à cette pratique, révélée par l'enquête, étant de 10% environ, l'écart signifie qu'une proportion (faible mais non négligeable) de médecins anesthésistes pratiquant des consultations pré-anesthésiques délocalisées souhaite explicitement le faire hors réseau. Si l'enquête a permis de cerner un certain nombre de motifs avancés par les opposants au principe même de la consultation pré-anesthésique délocalisée, elle n'a pas permis de comprendre les motivations de ceux qui acceptent de réaliser ce type de consultation mais refusent d'adhérer au réseau. Une campagne d'information menée auprès de l'ensemble des médecins anesthésistes trois

ans après la mise en place du réseau de consultation pré-anesthésique semble tout à fait justifiée.

Interrogés sur leurs souhaits éventuels en cas d'intervention future, les patients émettent des désirs très différents selon leur connaissance ou non de cette pratique. Plus de neuf patients sur dix ayant déjà bénéficié de cette pratique souhaitent pouvoir en bénéficier à nouveau à l'avenir. Ce résultat témoigne du très haut degré de satisfaction des patients à l'issue de cette procédure. En revanche, moins d'un patient sur quatre dans le groupe « standard » (n'ayant jamais bénéficié d'une consultation pré-anesthésique délocalisée) souhaite en bénéficier à l'avenir. Plus qu'une réelle hostilité à l'égard de cette pratique, la réticence exprimée semble refléter une méfiance légitime envers une procédure médicale inconnue. Il est très probable que proposée et expliquée directement par un médecin (opérateur ou médecin anesthésiste), elle soit nettement mieux perçue et acceptée par les patients qu'à la lecture d'un courrier accompagnant un questionnaire. Ces mêmes patients, invités à exposer librement les inconvénients (supposés) qu'ils reprochent à la consultation pré-anesthésique délocalisée expriment d'ailleurs peu de critiques à son encontre.

VI.4.6. Evaluation du réseau.

L'article L. 6321-1 du Code de la Santé Publique précise les missions des réseaux de santé : *« Les réseaux de santé ont pour objet de favoriser l'accès au soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires (...). Ils procèdent à des actions d'évaluation afin de garantir la qualité de leurs services et prestations. »*

La présente enquête est le premier travail d'évaluation du réseau récemment mis en place en janvier 2002.

Des recommandations concernant l'évaluation des réseaux de santé ont été publiées en juillet 2004 par l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES) [18]. Comme le rappelle l'ANAES, l'évaluation des réseaux de santé constitue un préalable indispensable à leur accréditation, prévue par la loi du 4 mars 2002. L'évaluation repose sur deux approches complémentaires : l'autoévaluation et l'évaluation externe.

Le document publié constitue une trame générale des éléments nécessaires à l'évaluation, en particulier à l'autoévaluation. Le groupe de travail a retenu différents domaines d'évaluation

et, dans chaque domaine, des items ont été retenus. L'évaluation de *l'intégration des usagers et des professionnels dans le réseau*, l'évaluation du *fonctionnement du réseau*, l'évaluation de la *qualité de la prise en charge* et l'évaluation *économique* ont ainsi été proposées. L'objectif du travail de l'ANAES était de proposer une série de grilles d'évaluations permettant d'aborder chaque chapitre du cadre d'évaluation.

Un précédent document avait été rendu public par l'ANAES en 1999 [12]. Ce dernier, plus complet, détaillait les principes d'évaluation des réseaux de santé et proposait en particulier un cadre méthodologique général de l'évaluation des réseaux de santé en France.

Participant d'une démarche qualité, l'évaluation est une action indispensable à la mise en route et à la poursuite des activités d'un réseau de santé. A ce titre, l'Institut Lorrain d'Anesthésie-Réanimation, en utilisant les outils fournis par la Haute Autorité de santé – remplaçant l'ANAES depuis août 2004 – a le devoir de s'engager dans une démarche régulière d'évaluation du réseau de consultations pré-anesthésiques délocalisées qu'il a mis en place.

VII

Conclusion.

La consultation pré-anesthésique délocalisée permet à certains patients d'obtenir un rendez-vous de consultation pré-anesthésique à proximité de leur domicile. Un réseau de soins formalisant cette pratique a été mis en place en 2002 sous l'égide de l'Institut Lorrain d'Anesthésie-Réanimation, conformément aux « recommandations » de la Société Française d'Anesthésie-Réanimation [9].

Le travail d'évaluation du réseau lorrain présenté ici a permis de montrer que les consultations pré-anesthésiques délocalisées offrent un réel bénéfice pour les patients en terme de confort et de coût lié au déplacement. Il apparaît que la satisfaction des patients ayant bénéficié d'une consultation pré-anesthésique délocalisée est excellente, comparable à celle des patients ayant bénéficié d'une consultation standard. Cette satisfaction a été évaluée sur plusieurs critères : satisfaction vis-à-vis de l'information délivrée en consultation (relative à la technique d'anesthésie, à l'analgésie postopératoire et au déroulement général de l'hospitalisation) et degré d'anxiété préopératoire.

Notre enquête n'a pas mis en évidence de dysfonctionnement majeur dans le cadre de cette pratique.

Les améliorations qu'il nous paraît souhaitable d'apporter au réseau concernent principalement :

- le taux d'adhésion des médecins anesthésistes-réanimateurs,
- la communication entre l'opérateur proposant la délocalisation de la consultation pré-anesthésique et l'équipe d'anesthésie,
- les conditions de transmission des conclusions de la consultation pré-anesthésique,
- l'utilisation du dossier spécifique de consultation pré-anesthésique délocalisée,
- l'engagement d'une réflexion collégiale concernant la compatibilité entre anesthésie ambulatoire et consultation pré-anesthésique délocalisée.

Il nous semble qu'une étude médico-économique évaluant précisément l'impact financier de cette pratique serait particulièrement intéressante.

VIII

Bibliographie.

- [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] Ministère de la Santé Publique et de la Sécurité Sociale, Circulaire n° 394 du 30 avril 1974 relative à la sécurité des malades anesthésiés.

- [3] Société française d'anesthésie et de réanimation. Recommandations concernant la période pré-anesthésique. Septembre 1991.

- [4] Agence Nationale pour le Développement et l'Évaluation Médicale. Recommandations sur les examens préopératoires. Septembre 1992.

- [5] Rapport du Haut Comité de la Santé Publique. L'importance de la consultation pré-anesthésique. 17 novembre 1993. Cah Anesthésiol 1994 ; 42 : 109-37.

- [6] Recommandations concernant les relations entre anesthésistes-réanimateurs et chirurgiens, autres spécialistes ou professionnels de santé. Conseil National de l'Ordre des Médecins, ed. décembre 2001.

- [7] Blanc-Jouvan M, Mercatello A, Long D, Benoit MP, Khadraoui M, Némoz C, Gaydarova M, Boissel JP, Moskovtchenko JF. Intérêt de la consultation d'anesthésie par rapport à la seule visite pré-anesthésique. Ann Fr Anesth Réanim 1999 ; 18 : 843-7

- [8] Société Française d'Anesthésie-Réanimation (Comité Vie Professionnelle). La consultation d'anesthésie et la visite pré-anesthésique. Ann Fr Anesth Réanim 1997 ; 16 : fi 27-8.

- [9] 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

- [10] Institut Lorrain d'Anesthésie-Réanimation, Agence Régionale de l'Hospitalisation de Lorraine, Direction Régionale de l'Action Sanitaire et Sociale. Pratique de l'anesthésie-réanimation dans les établissements de soins de la région lorraine. Activités 1993.
- [11] Institut Lorrain d'Anesthésie-Réanimation, Agence Régionale de l'Hospitalisation de Lorraine, Direction Régionale de l'Action Sanitaire et Sociale. Pratique de l'anesthésie-réanimation dans les établissements de soins de la région lorraine. Activités 1997.
- [12] Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé. Principes d'évaluation des réseaux de santé. Juin 1999. <http://www.anaes.fr>
- [13] Auroy Y, Laxenaire MC, Clergue F, Péquignot F, Jouglu E, Lienhart A. L'anesthésie en France en 1996. Anesthésies selon les caractéristiques des patients, des établissements et de la procédure associée. Ann Fr Anesth Réanim 1998 ; 17 : 1311-6.
- [14] Asehoune K, Albaladejo P, Smail N, Heriche C, Sitbon P, Gueneron JP, Chailloleau C, Benhamou D. Information et anesthésie : que souhaite le patient ? Ann Fr Anesth Réanim 2000 ; 19 :577-81.
- [15] Albaladejo P, Mann C, Moine P, Panzani M, Ribeyrolles D, Lethellier P, Bernard I, Duranteau J, Benhamou D. Impact d'une feuille d'information sur la satisfaction des patients en anesthésie. Ann Fr Anesth Réanim 2000 ; 19 : 242-8.
- [16] Décret n° 95-1000 du 6 septembre 1995. Nouveau Code de déontologie médicale.
- [17] Fusciardi J. Consultations délocalisées et consultations pour anesthésies itératives et rapprochées. Journées thématiques de la SFAR, 23-24 septembre 2004. 2004 Elsevier SAS.
- [18] Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé. Réseaux de santé – Guide d'évaluation. Juillet 2004. <http://www.anaes.fr>

IX**Annexes.**

Les documents suivants sont reproduits ci-après :

- Modèle de lettre de demande de consultation pré-anesthésique délocalisée.
- Modèle de fax de confirmation de la réalisation de la consultation pré-anesthésique demandée.
- Formulaire spécifique de consultation pré-anesthésique délocalisée conseillé par l'I.L.A.R

EN TETE de L'ETABLISSEMENT

Le .././....

CLINIQUE ou HOPITAL de:

Téléphone:

Fax:

Email:

Coordonnées du praticien demandeur:

Dr:

Téléphone: Poste:

Fax:

Email:

Mon cher confrère,

En raison de ses difficultés particulières de déplacement, j'ai l'honneur de vous demander de pratiquer une consultation préanesthésique "délocalisée" chez mon patient Mr(nom)(prénom), pour qui j'ai programmé une intervention de(nature de l'intervention+ détails technique si nécessaire) à la date du .././....

Voici les coordonnées du médecin anesthésiste référent de mon établissement que vous pourrez contacter si vous le jugez utile: Dr
téléphone:..... poste, je vous remercie par avance de votre collaboration et vous adresse mes salutations confraternelles.

Dr

signature:

ANTECEDENTS MEDICAUX :

- **CARDIO-VASCULAIRES :**

- **THROMBO-EMBOLIQUES :**

- **RESPIRATOIRES :**

- **NEUROLOGIQUES :**

- **URO-NEPHROLOGIQUES :**

- **HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIQUES :**

- **RHUMATISMAUX :**

- **ENDOCRINIENS :**

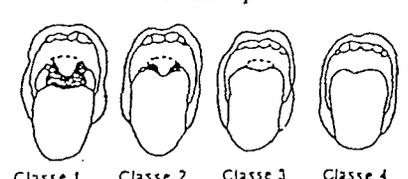
- **GYNECOLOGIQUES :**

- **OPHTALMOLOGIQUES :**

- **AUTRES :**

EXAMEN CLINIQUE :

<p align="center">Cardio-vasculaire :</p> <p>T.A. : _____ F.C. : _____</p> <p>Auscultation : _____</p> <p>Oedèmes <input type="checkbox"/> Varices <input type="checkbox"/></p> <p>Pouls Périphériques <input type="checkbox"/></p>	<p align="center">Respiratoire :</p> <p>Dyspnée <input type="checkbox"/></p> <p>Cyanose <input type="checkbox"/></p> <p>Auscultation : _____</p>
--	---

Intubation :	
<p>Distance interincisive (>35mm)</p> <p>Distance thyromentonnière (>65mm)</p> <p>Mobilité cervicale _____</p> <p>Etat dentaire :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pivots : _____ - Prothèse : _____ - Autres : _____ 	<p align="center">Mallampati</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;">  </div> <p align="center">Classe 1 Classe 2 Classe 3 Classe 4</p>

Abord veineux : _____	Abord rachidien : _____
-----------------------	-------------------------

Examens complémentaires (demandés en vue de l'anesthésie) :	
NON <input type="checkbox"/>	
OUI <input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> - Biologiques : _____ - Cardiologiques : _____ - Respiratoires : _____ - Autres : _____

Informations patient :	
<ul style="list-style-type: none"> - Techniques d'anesthésie <input type="checkbox"/> - Stratégie et suivi transfu. <input type="checkbox"/> - Analgésie post-opératoire <input type="checkbox"/> - PCA <input type="checkbox"/> - Ambulatoire (Documents joints) <input type="checkbox"/> - Analgésie Obstétricale <input type="checkbox"/> 	

Classe ASA	
Classe 1	Patient n'ayant pas d'autre affection que celle nécessitant l'acte chirurgical : pas de perturbation d'une grande fonction
Classe 2	Patient ayant une perturbation modérée d'une grande fonction en relation avec l'affection chirurgicale ou une autre affection
Classe 3	Patient ayant une perturbation sévère d'une grande fonction en relation avec l'affection chirurgicale ou une autre affection
Classe 4	Patient courant un risque imminent du fait de l'atteinte d'une grande fonction
Classe 5	Patient moribond

Conclusions de l'examen médical et souhait du patient : _____

VISITE PRE-ANESTHESIQUE

SERVICE :		
Chambre n°	Heure :	Etiquette :
Date :		
Anesthésiste : Dr		
Autorisation d'anesthésie signée <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		

ELEMENTS NOUVEAUX :
- Cliniques :
- Incidents particuliers depuis la dernière consultation :
- Doléances particulières :

CONTROLES	Groupe sanguin :	1ère déter.
		2ème déter.
		Phénotype
	RAI :	date :
- Bilan biologique :		
- Bilan cardiologique :		
- Divers (EFR, RP) :		
- Modification du traitement en cours :		

EXAMEN CLINIQUE		
- Tension artérielle :	- Pouls :	Température :
		Poids :
- Auscultation cardio-pulmonaire :		
- Examen des points de ponction :		
* veineux :		
* abord loco-régional :		

PRESCRIPTIONS PRE-ANESTHESIQUES :		
- Examens supplémentaires :		
- Prémédication et traitement :	Soir :	Heure :
	Matin :	Heure :

Technique d'anesthésie proposée :
Consentement du patient :



VU

NANCY, le **25 février 2005**

Le Président de Thèse

Professeur **H. BOUAZIZ**

NANCY, le **7 juin 2005**

Le Doyen de la Faculté de Médecine

Professeur **P. NETTER**

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE

NANCY, le **13 juin 2005**

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY 1

Professeur **J.P. FINANCE**

Notre objectif était d'évaluer le réseau lorrain de consultations pré-anesthésiques délocalisées. Trois enquêtes ont été réalisées : deux enquêtes régionales auprès de l'ensemble des médecins anesthésistes-réanimateurs et des chirurgiens de Lorraine ; une enquête de satisfaction auprès d'une population de patients ayant bénéficié d'une consultation pré-anesthésique délocalisée. Ce travail a notamment permis de dresser un état des lieux de cette pratique en Lorraine. Il a également permis de montrer que les consultations pré-anesthésiques délocalisées offrent un réel bénéfice pour les patients en terme de confort et de coût lié au déplacement. Il apparaît que la satisfaction des patients ayant bénéficié d'une consultation pré-anesthésique délocalisée est excellente, comparable à celle des patients ayant bénéficié d'une consultation standard. Cette satisfaction a été évaluée sur plusieurs critères : satisfaction vis-à-vis de l'information délivrée en consultation (relative à la technique d'anesthésie, à l'analgésie postopératoire et au déroulement général de l'hospitalisation) et degré d'anxiété préopératoire. Les améliorations qu'il serait probablement souhaitable d'apporter au réseau concernent principalement le taux d'adhésion, l'utilisation du dossier spécifique de consultation pré-anesthésique délocalisée, les conditions de transmission des conclusions de la consultation pré-anesthésique et la communication entre l'opérateur proposant la délocalisation de la consultation pré-anesthésique et l'équipe d'anesthésie.

ASSESSMENT OF THE EXTERNAL PRE-ANESTHESIA CONSULTATION NETWORK IN LORRAINE REGION.

THESE : MEDECINE SPECIALISEE – ANNEE 2005

MOTS-CLES : CONSULTATION PRE-ANESTHESIQUE DELOCALISEE
RESEAU DE SOINS
EVALUATION
PRATIQUE REGIONALE
SATISFACTION

INTITULE ET ADRESSE DE L'UFR :
Faculté de médecine de Nancy
9, avenue de la Forêt de Haye
54505 Vandoeuvre-lès-Nancy Cedex