



HAL
open science

Intérêt de la réalisation d'un compte rendu de la consultation pré-anesthésique adressé aux médecins généralistes

Marc Verdier

► **To cite this version:**

Marc Verdier. Intérêt de la réalisation d'un compte rendu de la consultation pré-anesthésique adressé aux médecins généralistes. Sciences du Vivant [q-bio]. 2017. dumas-01777373

HAL Id: dumas-01777373

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01777373v1>

Submitted on 27 Apr 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.

**UNIVERSITÉ DE PICARDIE JULES VERNE
FACULTÉ DE MÉDECINE d'AMIENS**

ANNÉE 2017

N°2017-56

**INTÉRÊT DE LA RÉALISATION D'UN COMPTE RENDU
DE LA CONSULTATION PRÉ-ANESTHÉSIQUE ADRESSÉ AUX MÉDECINS
GÉNÉRALISTES.**

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE (DIPLÔME D'ÉTAT)

Spécialité MÉDECINE GÉNÉRALE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT

LE 20 JUIN 2017

par

Monsieur MARC VERDIER

PRÉSIDENT DU JURY : Monsieur le Professeur Emmanuel LORNE

MEMBRES DU JURY : Monsieur le Professeur Michel ANDREJAK

Monsieur le Professeur Vladimir STRUNSKI

Monsieur le Docteur Yazine MAHJOUR

DIRECTEUR DE THÈSE : Madame le Docteur Amandine ZAATAR-DUBREUCQ

A mon président de jury,

Monsieur le Professeur Emmanuel LORNE

*Professeur des Universités – Praticien Hospitalier
(Anesthésie-réanimation)*

Vous me faites l'honneur de présider cette thèse.

Recevez ici toute ma reconnaissance et l'expression de mon plus profond respect.

A mon jury,

Monsieur le Professeur Michel ANDREJAK

*Professeur des Universités-Praticien Hospitalier consultant
(Pharmacologie fondamentale clinique)
Ancien Directeur du Centre Régional de Pharmacovigilance d'AMIENS
Ancien Responsable du service de pharmacologie clinique
Pôle Biologie, Pharmacie et Santé des populations
Officier dans l'Ordre des Palmes Académiques*

*Vous me faites l'honneur de participer à ce jury de thèse
Soyez assuré de ma respectueuse considération.*

A mon jury,

Monsieur le Professeur Vladimir STRUNSKI

*Professeur des Universités-Praticien Hospitalier
(Oto-rhino-laryngologie)
Chef du Service ORL et Chirurgie de la face et du cou
Pôle des 5 sens
Chevalier dans l'Ordre des Palmes Académiques*

Vous me faites l'honneur de siéger parmi les membres de ce jury,

Recevez à cette occasion mes sincères remerciements.

A mon jury,

Monsieur le Docteur Yazine MAHJOUR

*Maître de Conférences des Universités - Praticien Hospitalier
Anesthésiologie réanimation, médecine d'urgence*

Vous avez accepté de juger ce travail.

Recevez ici le témoignage de ma profonde gratitude.

A ma Directrice de thèse,

Madame le Docteur Amandine ZAATAR-DUBREUCQ

Chef de clinique d'anesthésie-réanimation

Par où commencer...

Une chose est sûre, cette nouvelle fonction de directrice de thèse ne fait que consolider ton statut de meilleure amie et sache que j'admirerais toujours autant cette capacité que tu as de jongler sans faux pas avec tes vies d'épouse, de maman, d'anesthésiste et de capitaine des copains...

A Anne charlotte, au moment où je t'écris ces mots, nous sommes encore 2 à la maison... Une année intense vient de s'écouler et une autre s'annonce tout aussi excitante. Impatient de vivre cette nouvelle aventure pleine de voyages à tes côtés.

A - - -, notre future fille attendue pour le 2 Juillet, « non pas que je ne suis pas pressé de te rencontrer mais si tu pouvais arriver après ma soutenance ce serait super ! »

Au Dr Patrick Verdier, à papa : elle n'est peut-être pas très à la mode... elle est peut-être un peu abimée, le cuir tanné par 25 ans de visites sous le « soleil » iodé de Fort-Mahon. Mais cette mallette représente la belle médecine générale qui à rythmée ta vie ainsi que la nôtre au 727 avenue de la plage. C'est donc avec beaucoup de fierté que je l'empoigne, et avec bienveillance qu'elle me suit chez les patients, où finalement tu n'es jamais très loin.

A maman, tu es la clé de voute de la famille et surtout de mon parcours qui aura été jalonné de quelques sueurs froides et chaudes larmes mais le cap a été maintenu, la mer est belle désormais, et la grand-mère sera exceptionnelle. Et merci pour la correction+++

A mes sœurs, avec l'arrivée de notre mini-nous, l'ère des chouettes cousinades estivales à Fort-Mahon va pouvoir s'ouvrir. L'équipe est solide !

A mamie Colette et papi Pierre, en souvenirs des odeurs de Ricoré au petit-déjeuner et des fameux rognons que j'affectionnais tant lors de mes semaines de révisions au 14 rue Dijon.

A Rodolphe, mon cousin, mon ami, mon témoin de mariage, et parce que ton père est un super parrain, accepterais tu d'être celui de notre petite ?

A Agnés, pour avoir été meilleure que google translate...

A Emile et Lougab, mes 2 marins d'eau douce (ou bière forte). Je ne suis pas un urbain de formation... vous revoir en Baie de Somme autour d'un magret de canard au feu de cheminée me fera donc toujours le plus grand bien !

A Louis, malgré ta sortie de l'autoroute médical en D1 et ton départ à Paris, les fondations étaient solides et le seront toujours. Alors à très vite au Capuccino et bientôt chez toi pour grattouiller ensemble les cordes d'une petite Folk.

A Georges, ma réussite en PCEM 1 n'aurait pas été possible sans ton coaching lors de vos conf' ni nos soirées Playstation – Narguilés chez tes parents.

A Simon, mon fidèle ami, mon maître de conférence, mon témoin de mariage et... mon urologue d'avis. Un CV amical déjà bien rempli mais il y a encore de belles pages à écrire.

A Paul, mon médecin patate, une amitié bien fournie en souvenirs car on ne s'est jamais vraiment quitté, de nos 6 ans au Tennis Club de Rue en passant par l'internat de la Providence jusqu'à ta thèse dans 72h (il est temps de boucler l'intro là...). Te savoir bientôt en Baie de Somme me réjouit au plus haut point.

*A **Baptiste**, mon fier compagnon de PCEM1 (acte 2), rien que pour cela je ne regrette pas de l'avoir carré. J'espère que tu nous reviendras vite après ton internat et qu'on s'organisera dans un avenir proche de belles sessions surf.*

*A **Flore**, (Florette ma petite crêpe à Lunette) : Madame je passe des larmes aux éclats de rires en moins de 8 secondes, oscar de la meilleur co-interne pendant ces 3 ans.*

*A **Marine**, de l'organisation du WEI 2008 aux aurores boréales Islandaises en passant par les lipolélés en médecine interne, beaucoup de bons souvenirs en attendant d'autres avec ce bon vieux Xavier POPS.*

*A **Jeannot**, mon biologiste d'avis, ma victime au badminton et mon parfait acolyte de voyage. Impatient+++ d'organiser le prochain road-trip à tes côtés.*

*A **Guillaume**, tu as fait le choix de prendre le côté obscur de la force en partant faire dentaire mais 10 ans plus tard et ce malgré la distance notre amitié est intacte et j'en suis très fier.*

*A **la famille Noelouka**, ma deuxième famille : Marie, Jean & Aurore, Gaby & Juliette, Anne, Amandine & Rody, Maxime & Esther, Simon & Solène, Jordane & Valérie. Avec l'avalanche d'enfants le prochain va être très sport !*

*A **Maxime & Esther** ou plutôt Mr & Ms Hanau depuis 72h, merci pour votre fidèle amitié mais surtout votre accueil toujours aussi chaleureux à chacune de nos venues à Paris.*

*A **mes anciens colocataires du 13 rue Delpech** : Antoine, Lucie, Aurél et Louis. En
mémoire de notre nouvel-an qui a fait passer le film Projet X pour une kermesse.*

*A **l'équipe de Mas Nou et Pinarello** : Thibaut & Sigrid, Kreukreu & Charlène, JG & Lucie, Fox & Carolane, Jean & Jeannette, Pauline & Marine.*

*A **mes réunionnais**, Cécilia et Paul, je me doutais que votre internat sur ce grain de basalte ne serait qu'un aller simple, vous me manquez beaucoup mais nous reviendrons dès que possible pour une nouvelle rando dans Mafate avec la petite dans le sac à dos.*

*A **Julien** (Pocket), merci pour ce semestre passé en Gynéco à tes côtés, j'en garde un excellent souvenir. Mais surtout merci d'avoir accepté de veiller sur notre petite durant 9 mois... Très honoré et impatient d'être à Marrakech pour votre mariage.*

*A **Osama** pour ton aide statistique et en souvenirs des clopes matinales en réa chir que tu m'offrais (m'imposais) durant ce doux mois d'Avril 2011, pendant que **Pierre** tentait d'asseoir son autorité de chef de clinique sur **Eugénie**...*

*Aux **Uro-ORL** : Mathieu, Maxime, et Philippe JJ De Souza (pas réussi à écrire ton nom en or Philippe, désolé). Depuis le congrès de Lisbonne, des amitiés toutes fraîches mais très chères à mes yeux.*

*Aux **amis du BDM**, ma deuxième maison : Mathieu & Manu, Lauriane & Kévin, Anais & Benjamin, Olivier & Elise, Ilan, Alexandre & Clémence.*

A la fine équipe de SOS médecin Saint Quentin : BE, CT, JW, SD, PB, FS, JD, JJ, GP, VD, PL, JCN, TA.

A mes anciens chefs, pour leur pédagogie, sympathie et paternalisme : Philippe Bonelle, Bertrand Delorme, Pierre Dupont, Mohammed Idrissi, Marion Krim, Zahir Oukachbi, Benoit Petitprez, Sami Sahbi et toute l'équipe des urgences de Doullens et d'Abbeville.

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS-----	3
ABRÉVIATIONS-----	12
INTRODUCTION. -----	13
A. L'anesthésie-----	13
B. La consultation pré-anesthésique-----	14
C. Place du médecin généraliste dans la période pré-opératoire-----	15
D. Formation des médecins généralistes à l'anesthésie-----	16
E. Justification du travail. -----	17
MATÉRIEL ET MÉTHODES-----	19
A. Plan de l'Etude-----	19
B. Population cible-----	19
C. Réalisation du questionnaire. -----	20
D. Références bibliographiques. -----	20
E. Analyse statistique. -----	21
RÉSULTATS-----	22
A. Caractéristiques socio-démographiques. -----	24
B. Formation théorique et pratique en anesthésie. -----	25
C. Relation et communication entre MG et Anesthésistes-----	26
D. Intérêt des MG vis-à-vis des différents items abordés lors d'une CPA-----	30
E. Etat des lieux des connaissances des MG sur l'anesthésie-----	36
F. Attentes des MT au sujet de l'organisation de FMC sur le thème de l'anesthésie-----	37
DISCUSSION-----	38
CONCLUSION-----	43
BIBLIOGRAPHIE -----	44
ANNEXES-----	46
A. Lettre adressée aux médecins généralistes-----	46
B. Questionnaire envoyé aux médecins généralistes. -----	47
C. Classification ASA-----	49
D. Questionnaire pré-anesthésique. -----	50
E. Dossier de consultation pré-anesthésique. -----	52
RÉSUMÉ-----	55

ABRÉVIATIONS

ASA : american society of anesthesiology

CPA : Consultation pré-anesthésique

ECN : Epreuves classantes nationales

HAS : Haute autorité de santé

MAPAR : Mise au point en anesthésie-réanimation

MAR : médecin anesthésiste-réanimateur

MT : médecin traitant

SFAR : Société française d'anesthésie et de réanimation

SUDOC : Système universitaire de documentation

INTRODUCTION

A) L'anesthésie :

Environ 12% des français subissent un acte anesthésique chaque année et 75 % ont eu une anesthésie au cours de leur vie.

Parmi eux plus de la moitié étaient en bonne santé mais un tiers avaient plus de 60 ans. [1]

Ce pourcentage d'acte anesthésique est en constante augmentation compte-tenu du vieillissement de la population et de l'éligibilité croissante des patients pour des chirurgies à hauts risques.

L'anesthésie est un acte médical codifié dont l'objectif est de permettre au patient de bénéficier d'actes diagnostiques ou chirurgicaux sans en subir de préjudice, tout en garantissant sa sécurité. Les techniques anesthésiques peuvent être classées en deux types selon qu'elles concernent l'anesthésie générale ou l'anesthésie locorégionale.

Pour cela elle fait appel à des protocoles spécifiques des plus sûres élaborés par des médecins spécialistes.

Pour autant la majorité des personnes interrogées dans les enquêtes « grand public » disent craindre cet acte médical. [2] [3]

En France, la mortalité liée à l'anesthésie a diminué d'un facteur 10 entre les années 1980 et 2000, alors que le nombre annuel d'actes a doublé.

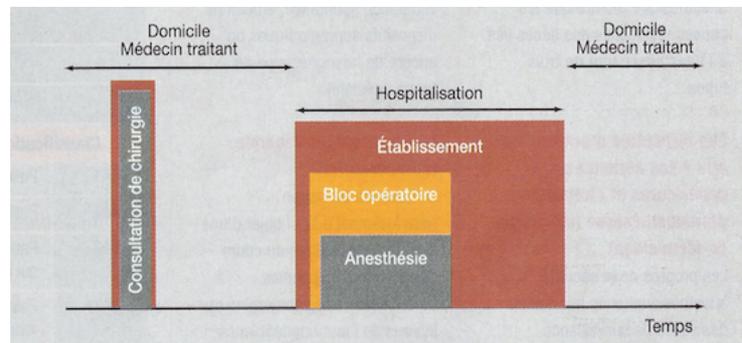
De plus en plus de patients âgés ou présentant des comorbidités bénéficient actuellement d'interventions chirurgicales pour lesquelles ils auraient été récusés dans les années 1980. [4]

Pour réduire ce risque, des efforts considérables ont été réalisés au cours des dernières années portant notamment sur des progrès pharmacologiques, une amélioration des moyens de surveillance péri-opératoire (salle de surveillance post-interventionnelle) mais surtout sur l'obligation de réaliser une CPA. [5]

Dans ce parcours global, la CPA est un maillon essentiel de la sécurité anesthésique pour l'analyse et la maîtrise du risque ainsi que pour l'information du patient. [6]

B) La consultation pré-anesthésique :

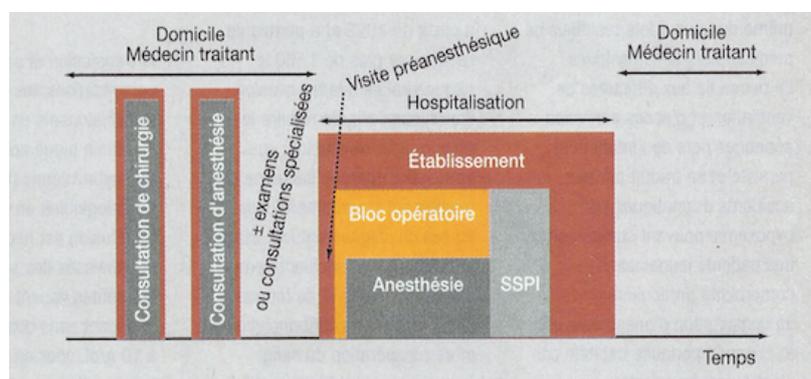
Avant 1994, la CPA même si elle était déjà réalisée en pratique, n'était pas obligatoire et l'évaluation pré-anesthésique du patient était faite le plus souvent au cours de l'hospitalisation, la veille de l'intervention.



Depuis le décret du 5 Décembre 1994, la CPA est devenue obligatoire avant tout acte chirurgical ou exploratoire (endoscopie sous anesthésie) à visée diagnostique ou thérapeutique.

Elle doit être réalisée, par un médecin anesthésiste-réanimateur (MAR), au moins 48h avant l'intervention hors situation d'urgence.

Celle-ci ne se substituera pas à la visite pré-anesthésique qui doit être effectuée dans les heures précédant l'intervention. [5]



Cette consultation externe a donc pour objectifs :

- 1 : dispenser au patient des informations sur la prise en charge et les techniques anesthésiques qui lui sont proposées en exposant les avantages et leurs risques (anesthésie générale, loco-régionale).
- 2 : adapter le traitement du patient et participer à la préparation du patient en vue de l'intervention (examens complémentaires, avis spécialisés...).
- 3 : définir la stratégie anesthésique et la réanimation péri-opératoire pour permettre que l'intervention soit réalisée dans des conditions de sécurité et de qualité de soin optimales.

C'est une consultation très structurée avec une véritable « check-list » guidant et obligeant le MAR à statuer sur les risques liés à l'anesthésie, au patient et à la chirurgie. (Annexe n°5)

C) Place du médecin généraliste dans la période pré-opératoire :

En tant qu'acteur de proximité, le rôle du MT sera d'accompagner les recommandations du MAR, ce qui nécessite une mise à jour de ses connaissances et des relations confraternelles au sein du service d'anesthésie en transmettant des informations sur le dossier médical du patient et en assurant la continuité des soins après l'intervention du spécialiste.

Avant la consultation, le patient se voit remettre un questionnaire destiné à préparer les questions qui lui seront posées (antécédents médicaux et chirurgicaux, les traitements en cours, allergies connues...). (Annexe n°4)

La qualité de son remplissage est un élément important dans le bon déroulement de la CPA, car il permet le recueil d'une information précise. Le concours du MT y est donc primordial afin d'en assurer sa qualité, surtout chez des patients poly-pathologiques ou sujets à des troubles cognitifs. Il est également demandé aux patients d'apporter les résultats de leurs derniers examens biologiques ou paracliniques évitant ainsi une perte de temps et une prescription répétitive d'examens complémentaires. En fonction des examens nécessaires, le MAR peut être amené à reporter l'opération compte-tenu de leur délai d'obtention. Dans ce contexte, le MT peut alors être sollicité pour participer et organiser ses évaluations complémentaires.

Cette collaboration est un atout important dans la sécurité et la qualité de la prise en charge des patients.

Le MT reste un interlocuteur privilégié des patients, confronté aux questions de ceux-ci qui n'osent pas forcément faire part de leurs inquiétudes à l'anesthésiste qui leur est le plus souvent inconnu. Par ailleurs, une étude de 1999 montrait que le nom de l'anesthésiste est oublié par la moitié des patients dès la sortie de la consultation [10] et que seul 15 % des patients interrogés lors de leur dernière visite post-opératoire l'avaient mémorisé. [12] De plus, une étude de 2001 portant sur 1000 patients révélait que 80 % d'entre eux n'avaient pas été endormis par l'anesthésiste vu en CPA. [11] Dans un contexte où 67% des MT de la Somme pensent que leurs patients sont angoissés par l'anesthésie, il en découle la nécessité pour le MT d'avoir un minimum de connaissances théoriques afin d'être en mesure de répondre à ces sollicitations. [13]

D) Formation des médecins généralistes à l'anesthésie :

La formation théorique de l'anesthésie n'occupe actuellement qu'un seul item dans le programme de l'ECN et aucun avant 2001. [14]

N° 133. Anesthésie locale, locorégionale et générale

- Argumenter les indications, les modalités, les contre-indications et les risques d'une anesthésie locale, locorégionale ou générale.
- Connaître l'analgésie obstétricale.
- Préciser les obligations réglementaires à respecter avant une anesthésie.

En 2003, seul 18,7% des médecins généralistes interrogés avaient bénéficiés d'un enseignement théorique sur le sujet. [16]

Quant au passage en stage d'anesthésie durant l'externat, celui-ci n'est pas obligatoire et la participation y est très faible (9,9 % des spécialistes interrogés en 2002 et 14,9 % des MG en 2003). [15] [16]

Pour ce qui est de la formation médicale post-universitaire adressée aux médecins généralistes, elle n'aborde que très peu le sujet (en 2003, Radji et Pennec déclaraient que 75,7 % des médecins généralistes de la Somme étaient demandeurs d'une formation médicale continue sur le sujet). [16] Par exemple, la formation des MG à l'adaptation des traitements en péri-opératoire semble nécessaire car ils y sont fréquemment confrontés. Une enquête de 1999 sur la CPA avant chirurgie cardio-vasculaire et thoracique montrait justement que dans 33 % des cas, elle avait été à l'origine d'une modification de thérapeutique ou de l'organisation d'un relai médicamenteux (de type anti-thrombotique essentiellement). [10]

E) Justification du travail :

Le médecin traitant joue un rôle primordial dans la période pré-opératoire de son patient, il nous est donc apparu comme nécessaire que celui-ci soit en possession d'un compte-rendu de cette consultation et ce systématiquement, chose qui n'existe actuellement pas.

En effet, les anesthésistes-réanimateurs sont les seuls spécialistes n'envoyant pas systématiquement de compte-rendu de consultation au médecin traitant (uniquement si score ASA supérieur ou égal à 3), alors que l'article 64 du code de déontologie médical prévoit que les praticiens qui prennent en charge un même patient doivent se tenir mutuellement informés [17]. Sans compte rendu, le MT s'expose donc à des interrogations vis à vis de la possible modification d'un traitement de fond ainsi que sur le résultat d'examens et/ou avis spécialisées pouvant être réalisés durant la CPA.

En 1997, Landrieux et collègues déclaraient que 82% des MT aimeraient recevoir un compte-rendu d'anesthésie. [18]

En 2000 et 2003, les études de Radji, Lhotellier et Pennec, concluaient sur une nécessité pour l'anesthésiste réanimateur de communiquer davantage avec le médecin traitant [13] [16]

C'est à partir de ces travaux mettant en lumière un défaut de communication entre l'anesthésiste-réanimateur et le médecin généraliste en période pré-opératoire que ce travail a été réalisé.

L'objectif de cette étude était donc d'évaluer l'intérêt des médecins généralistes de la région Picarde à recevoir un compte-rendu de la CPA de leurs patients.

Les objectifs secondaires consistaient en l'identification par items prédéfinis, des informations les plus pertinentes et/ou intéressantes attendues par le médecin traitant dans cet hypothétique compte-rendu.

De plus, nous voulions établir un état des lieux de la relation actuelle entre MT et MAR, évaluer l'état de connaissances sur l'anesthésie des MT et leurs attentes en termes de formation post-universitaire sur ce sujet.

MATERIEL ET METHODE

A) Plan de l'étude :

Il s'agit d'une étude observationnelle prospective menée de Janvier à Février 2017.

Nous avons réalisé une enquête transversale descriptive par le biais d'un questionnaire adressé à un échantillon de médecins généralistes picards.

B) Population cible :

Notre étude ciblait les médecins généralistes de Picardie en activité, exerçant en libéral, qu'ils soient installés ou remplaçants.

Le recrutement des médecins généralistes sollicités a été réalisé dans un premier temps au moyen d'une liste de 528 mails établie progressivement et par différentes méthodes :

- Internes de médecine générale susceptibles de remplacer contactés via la mailing list du département de médecine générale.
- Réseaux de médecins installés.
- Réseaux de formation médicale continue.
- Réseaux entre remplaçants.

Les médecins étaient contactés par mail lors d'un envoi unique courant Janvier 2017.

Celui-ci contenait un descriptif synthétique de l'étude accompagné du questionnaire. (Annexes n°1 et 2)

Dans le but d'optimiser le nombre de répondants nous avons effectué un envoi par voie postale en sélectionnant 500 médecins généralistes dans l'ordre alphabétique au sein d'une liste fournie par l'ARS contenant les adresses des 1375 médecins généralistes Picards.

Le courrier contenait une lettre d'introduction de l'étude expliquant les motivations de ce travail, le questionnaire de l'enquête ainsi qu'une enveloppe « retour » pré-affranchie à mon nom et adresse.

L'envoi s'est effectué via le système DELIVERO REVERSO de la Poste le 20 février.

Aucune relance n'a été effectuée puisqu'il nous a été impossible de savoir quels médecins avaient répondu ou non à l'enquête (questionnaire anonyme).

Les questionnaires reçus ont été numérotés chronologiquement sur un fichier EXCEL.

C) Réalisation du questionnaire

Le questionnaire réalisé via Google FORM était anonyme et contenait 26 questions fermées réparties en 4 rubriques.

- la première partie, démographique, identifiait le sexe, l'âge, l'ancienneté et le type d'exercice du MT.
- la deuxième identifiait la qualité des échanges avec le MAR.
- la troisième sur les informations qu'il désirerait voir apparaître dans un compte-rendu de CPA.
- la quatrième sur l'état des lieux de ses connaissances en anesthésie et ses attentes de formation post universitaire sur le sujet.

Le choix d'un questionnaire uniquement à questions fermées nous assurait à priori un meilleur taux de réponse qu'avec des questions ouvertes plus chronophages pour le médecin généraliste alors moins enclin à son remplissage.

D) Références bibliographiques

Les bases de données consultées pour la recherche bibliographique étaient :

- HAS
- MAPAR
- Pubmed
- SFAR
- SUDOC

E) Analyse statistique

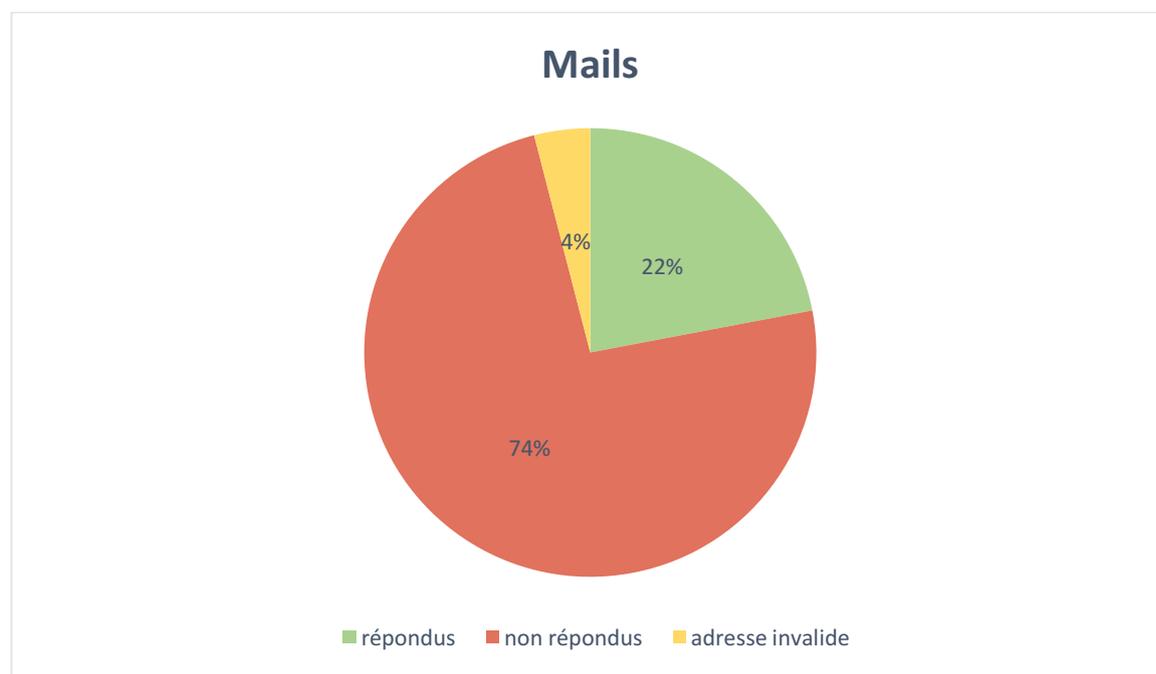
Il s'agit d'une étude descriptive pour laquelle les données sont exprimées en moyenne (écart type), médiane (écart interquartile), le nombre (proportion), selon la variable et sa distribution. La distribution des données fut évaluée par le test de Shapiro-Wilk. Les variables étaient comparées par le test de Mann-Whitney ou par test de Fischer. L'analyse statistique fut effectuée avec le logiciel SPSS (IBM SPSS Statistics).

RÉSULTATS

Pendant la période du 15 Janvier au 15 Février 2017, 1028 questionnaires ont été envoyés dont :

- 528 par mail :

- 119 (22%) médecins ont répondu.
- 390 (74%) n'ont pas répondu.
- 19 (4%) n'ont pas abouti (adresse mail invalide).
- 0 réponse hors-délai.



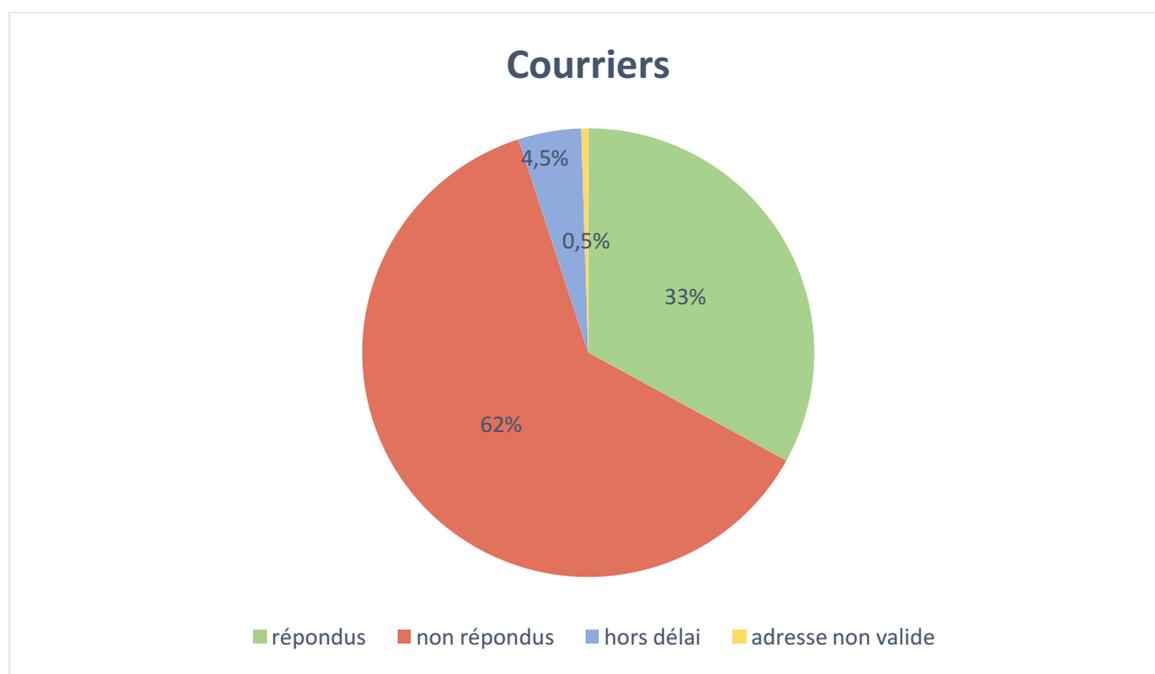
- 500 par voie postale :

-164 (33%) médecins ont répondu.

-311 (62%) n'ont pas répondu.

-23 (4,5%) ont été exclus pour cause de réponse hors-délai.

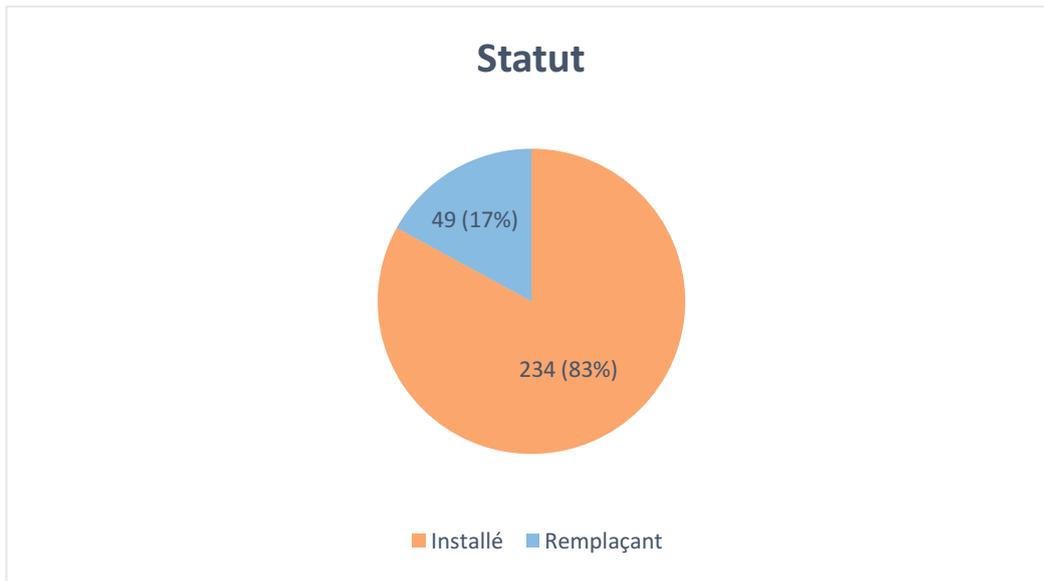
-2 (0,5%) nous ont été retournés pour cause d'adresse non valide.



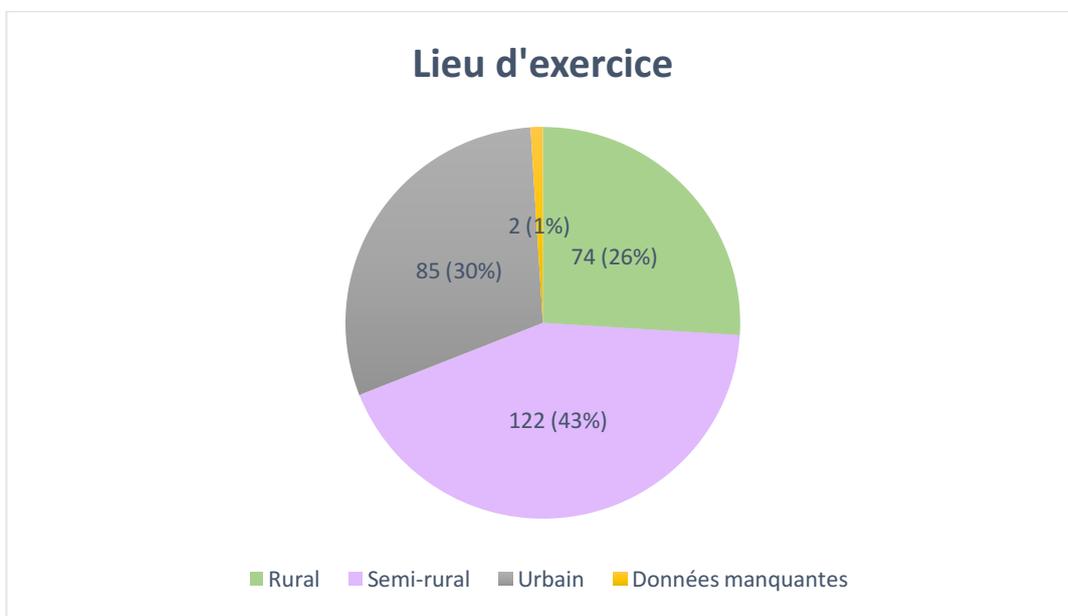
Au total, inclusion de 283 réponses dans l'étude soit un taux de réponse de 27%.

A) Caractéristiques socio-démographiques

La moyenne d'âge des médecins interrogés était de 47 ans avec un ratio hommes/femmes de 59/41 % et une expérience professionnelle de 18 (13) ans en moyenne. Ceux-ci exercent en moyenne depuis 18 ans la médecine générale, dont 83 % en tant que médecin installé et 17 % en tant que médecin remplaçant.



Leur activité se situe pour 43 % d'entre eux en milieu semi-rural, 30 % en milieu urbain et 26 % en milieu rural.



B) Formation théorique et pratique en anesthésie

62% des médecins interrogés ont déclaré n'avoir jamais reçu d'enseignement théorique en anesthésie et 66 % n'ont jamais participé à un stage en anesthésie-réanimation durant leur cursus universitaire.

	OUI (%)	NON (%)	Données manquantes (%)
Formation théorique	105 (37)	175 (62)	3 (1)
Stage	93 (33)	188 (66)	3 (1)

Dans notre étude, le groupe de MT ayant reçu un enseignement théorique, présente une expérience plus courte par rapport à ceux qui n'en ont pas reçu.

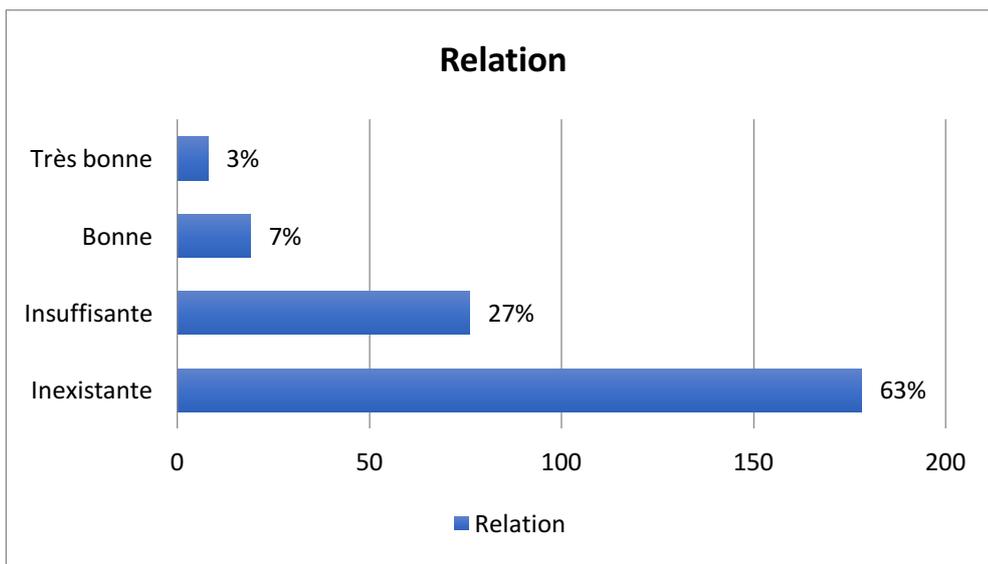
11 ans en moyenne (IC95%= 10,37 [9,07 ; 13,40]) versus 23 ans en moyenne (IC95%= 22,73 [20,86 ;24,37]) avec $p < 0,0001$.

Par contre, on ne retrouve pas de différence statistique sur leur formation pratique en fonction de leurs années d'expérience :

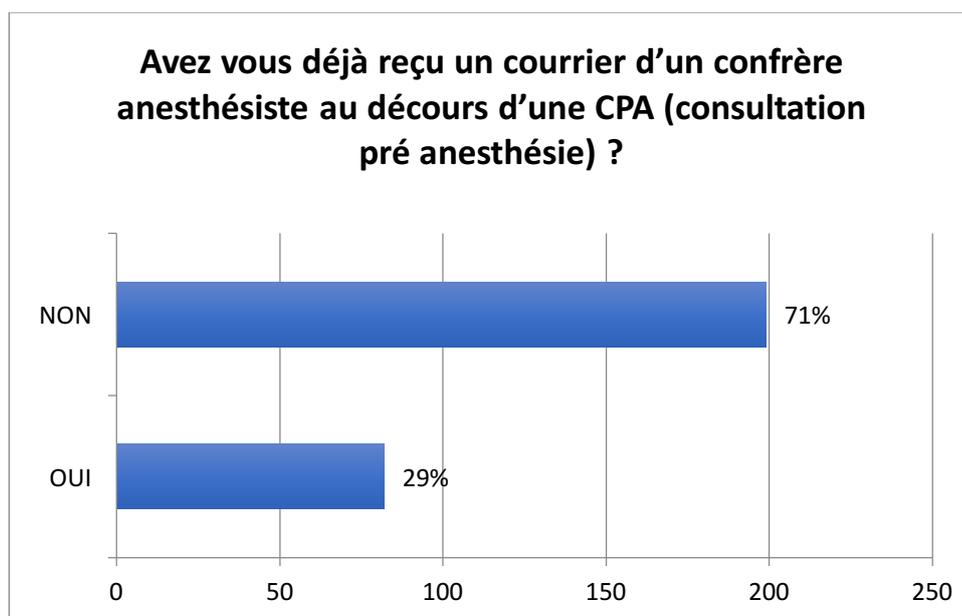
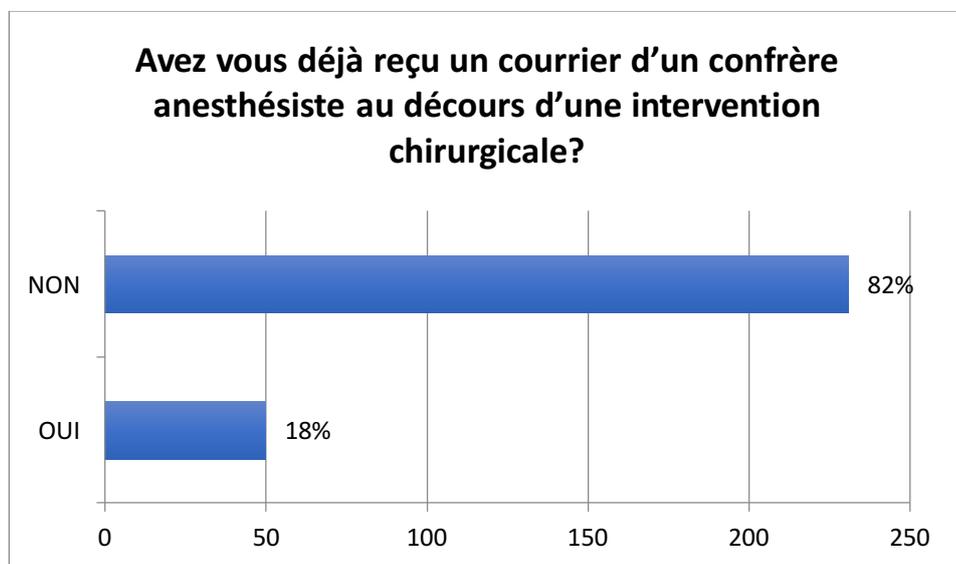
17 ans en moyenne (IC95%= 16,38 [14,12 ; 19,43]) versus 19 années en moyenne (IC95%= 18,65 [17,05 ; 20,74]) avec un $p = 0,834$

C) Relation et communication entre médecin généraliste et anesthésiste

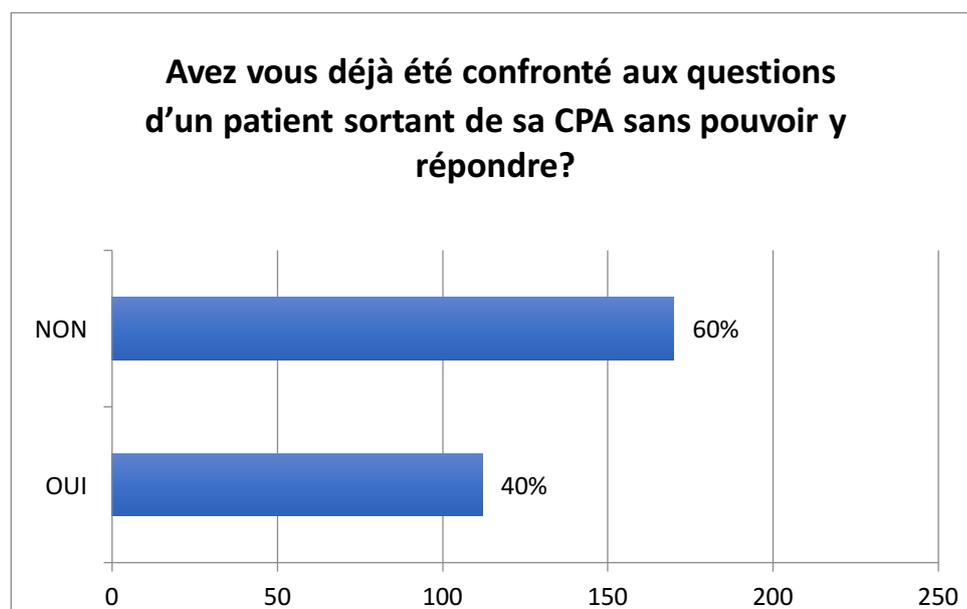
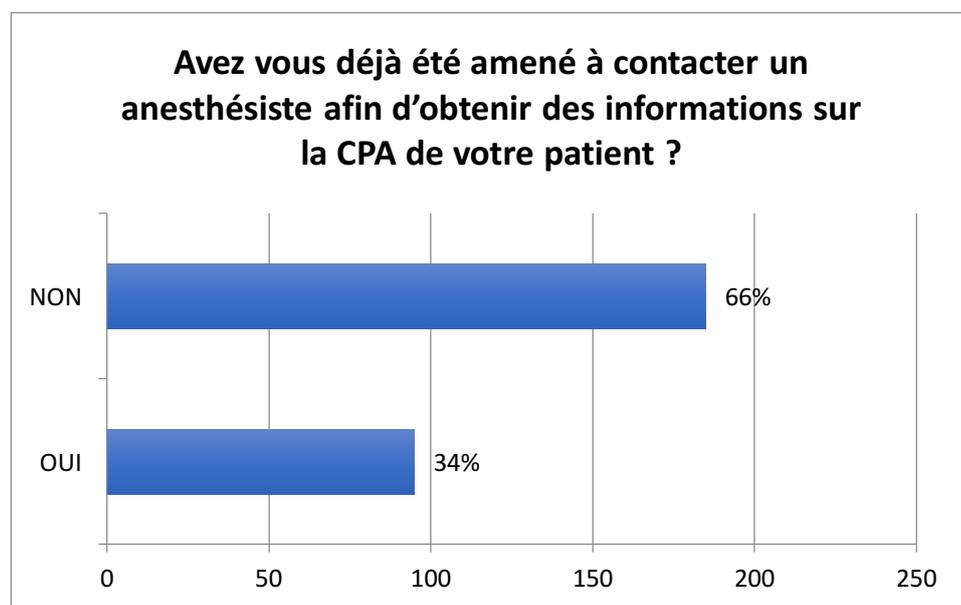
Sur l'évaluation de leur relation avec les médecins anesthésistes, 178 (63%) MG l'ont définie comme inexistante, 76 (27%) comme insuffisante alors que seuls 19 (7%) d'entre eux la considéraient comme bonne et 8 (3%) comme très bonne.



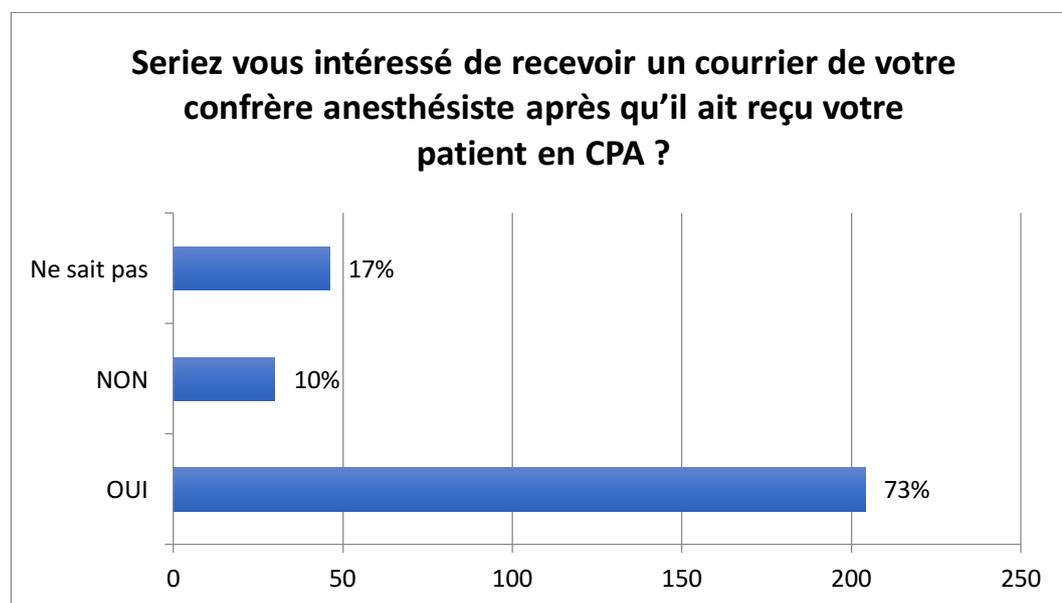
Sur le plan de la communication, seuls 50 MG (18%) affirment avoir déjà reçu un compte-rendu d'anesthésie en post-opératoire et 82 MG (29%) un compte-rendu de CPA.



Par ailleurs, 95 (34%) des MG reconnaissent avoir contacté l'anesthésiste au décours de la CPA de leur patient afin d'obtenir des informations et 112 (40%) ont été dans l'incapacité de répondre au questionnement d'un patient sortant de sa CPA.

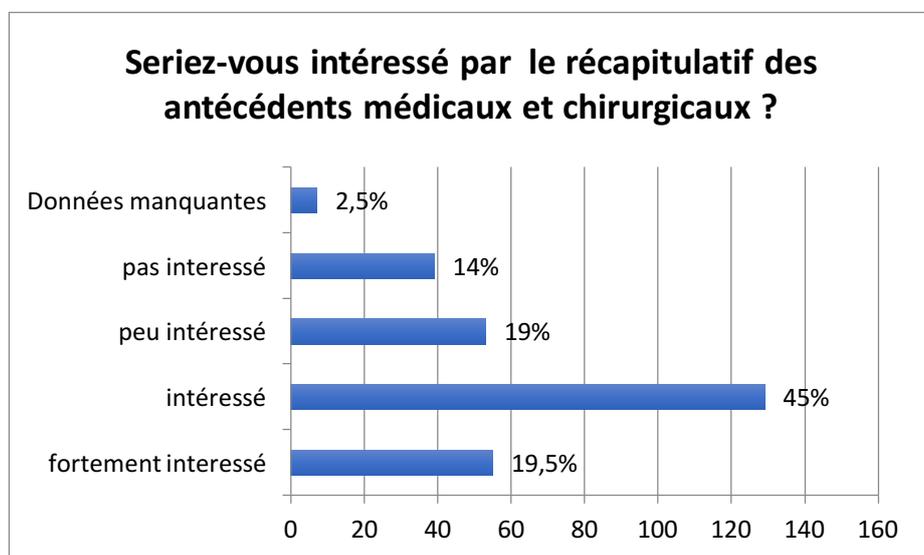


Pour ce qui est de leur intérêt à recevoir un compte-rendu de CPA, 204 (72%) étaient favorables, 30 (10%) ne le souhaitaient pas et 46 (16%) ne se prononçaient pas.

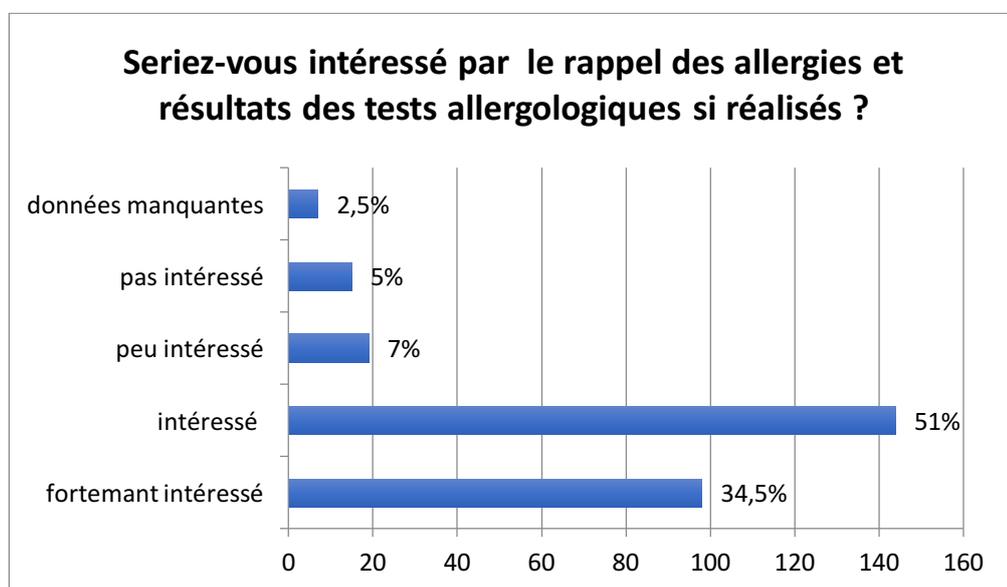


D) Intérêt des MG vis à vis des différents items abordés lors d'une CPA

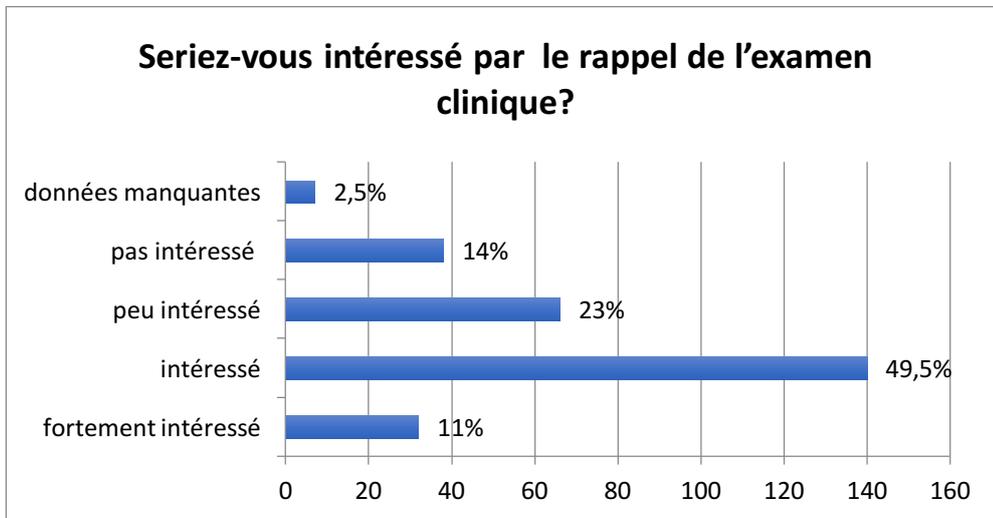
Sur le plan du récapitulatif des antécédents médicaux et chirurgicaux ; 184 (64,5%) MG se disaient intéressés ou fortement intéressés contre 92 (33 %) peu ou pas intéressés.



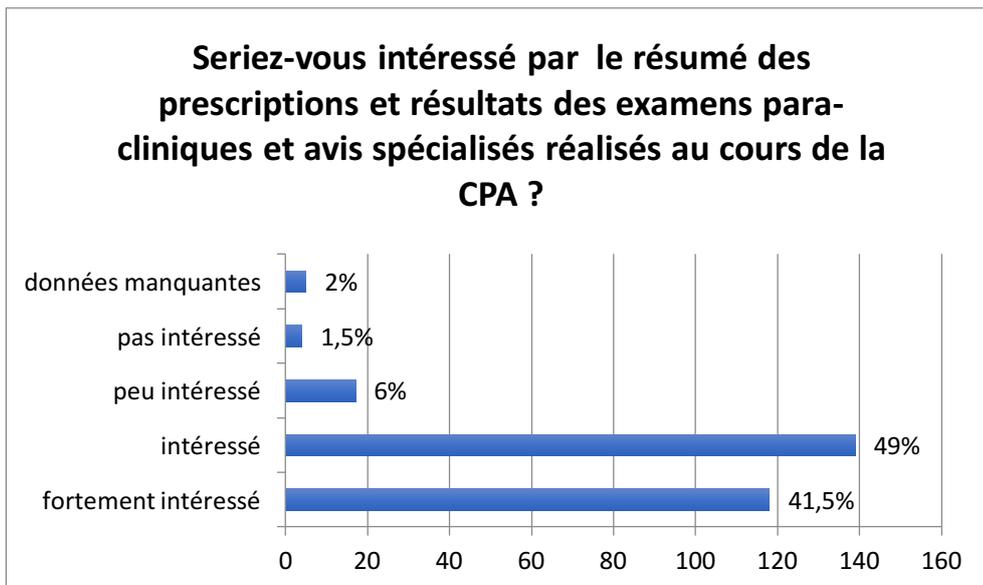
Sur le plan du rappel des allergies et résultats des tests allergologiques (si réalisés) ; 242 (85,5 %)MG se disaient intéressés ou fortement intéressés contre 34 (12 %) peu ou pas intéressés.



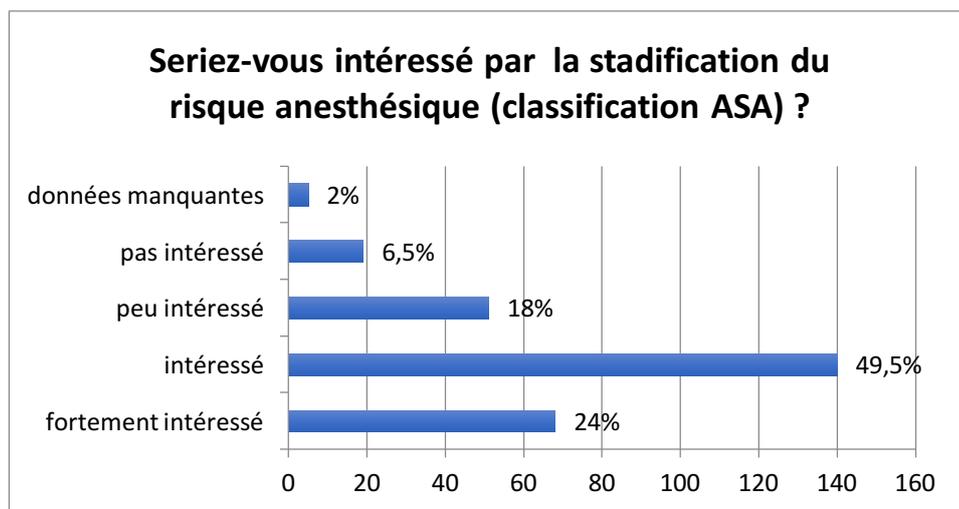
Sur le plan du rappel de l'examen clinique réalisé lors de la CPA, 172 (60,5 %) MG se disaient intéressés ou fortement intéressés contre 104 (37 %) peu ou pas intéressés.



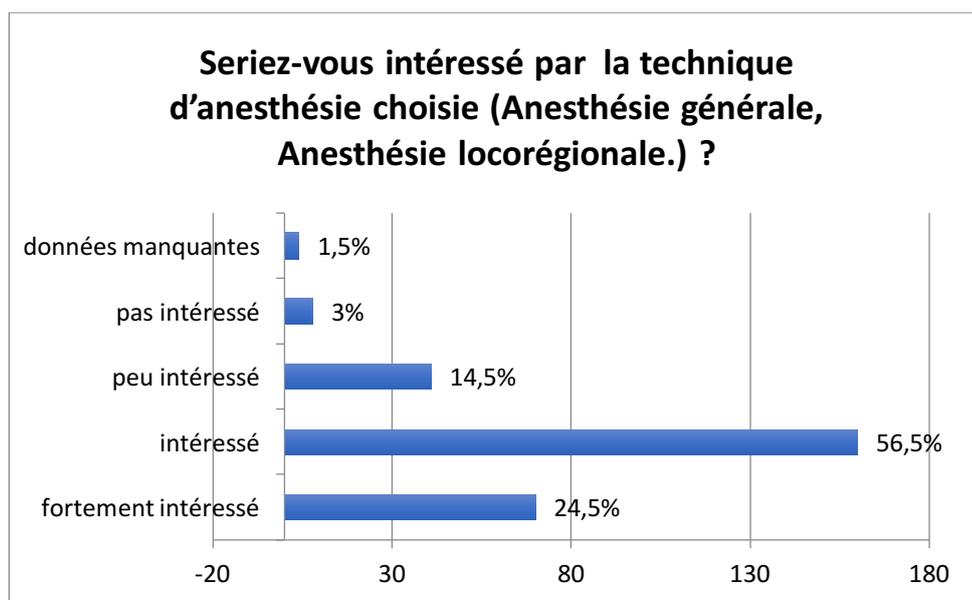
Sur le plan du résumé des prescriptions, résultats des examens para-cliniques et avis spécialisés réalisés au cours de la CPA ; 257 (90,5 %) MG se disaient intéressés ou fortement intéressés contre 21 (7,5 %) peu ou pas intéressés.



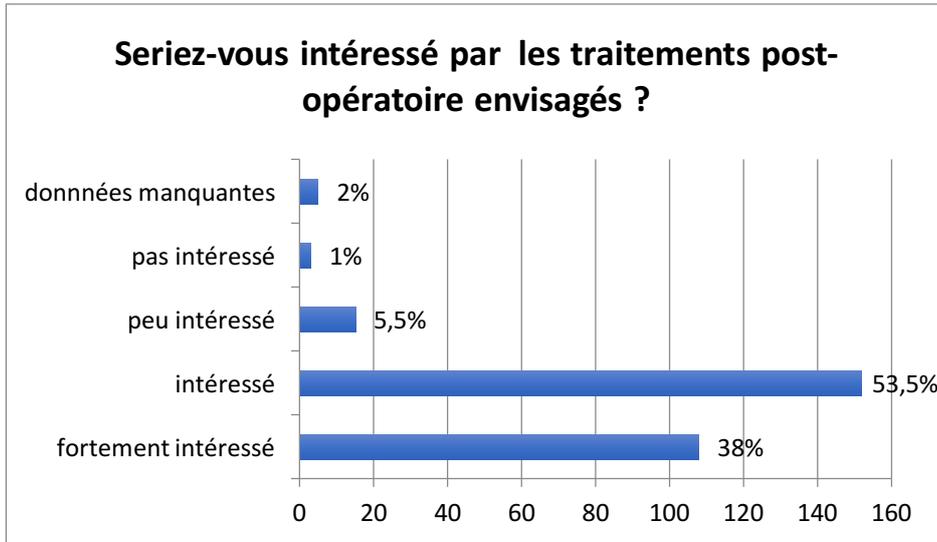
Sur le plan de la classification ASA du patient ; 208 (73,5 %) MG se disaient intéressés ou fortement intéressés contre 70 (24,5 %) peu ou pas intéressés.



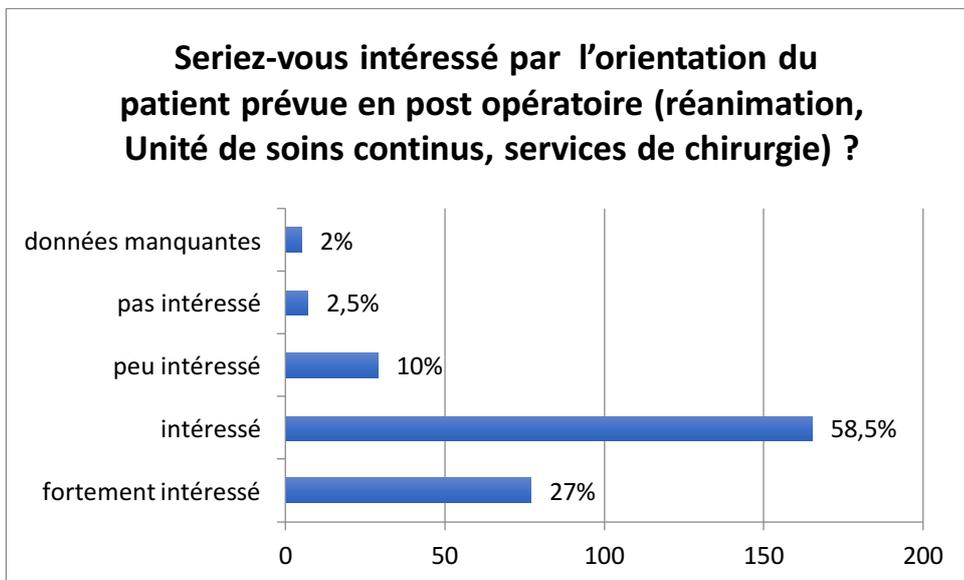
Sur le plan de la technique d'anesthésie choisie pour l'opération (générale, loco-régionale) ; 230 (81 %) MG se disaient intéressés ou fortement intéressés contre 49 (17,5 %) peu ou pas intéressés.



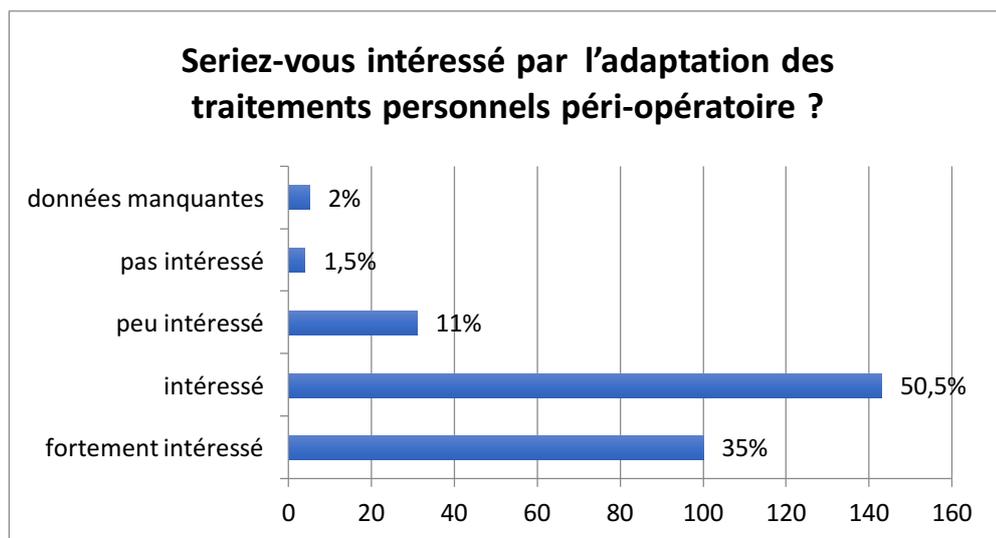
Sur le plan des traitements post-opératoires envisagés ; 266 (91,5 %) MG se disaient intéressés ou fortement intéressés contre 18 (6,5 %) peu ou pas intéressés.



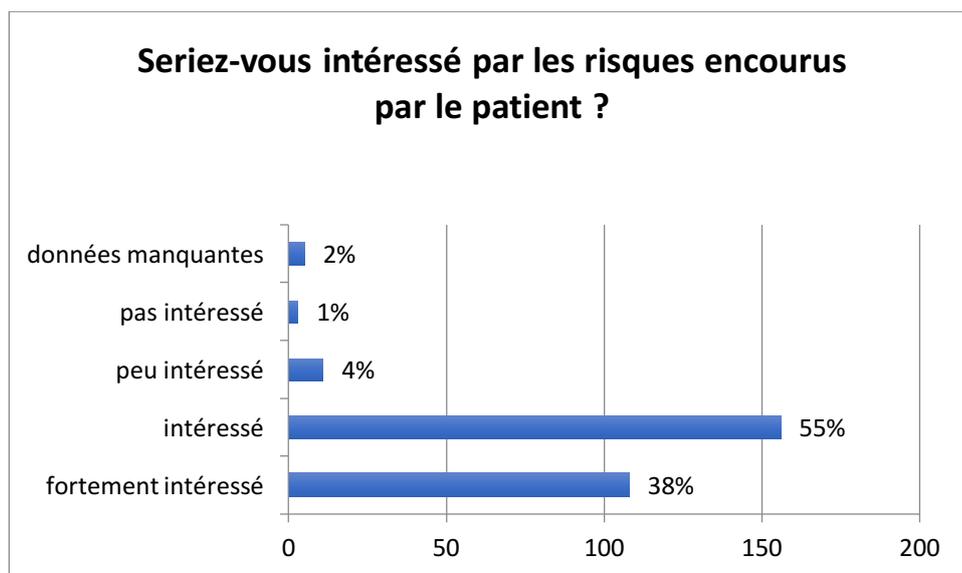
Sur le plan de l'orientation post-opératoire envisagée pour le patient (service de réanimation, USC, service de chirurgie) ; 242 (85,5 %) MG se disaient intéressés ou fortement intéressés contre 36 (12,5 %) peu ou pas intéressés.



Sur le plan de l'adaptation du traitement personnel du patient en péri-opératoire ; 243 (85,5 %) MG se disaient intéressés ou fortement intéressés contre 35 (12,5 %) peu ou pas intéressés.



Sur le plan des risques encourus par le patient ; 264 (93 %) MG se disaient intéressés ou fortement intéressés contre 14 (5 %) peu ou pas intéressés.



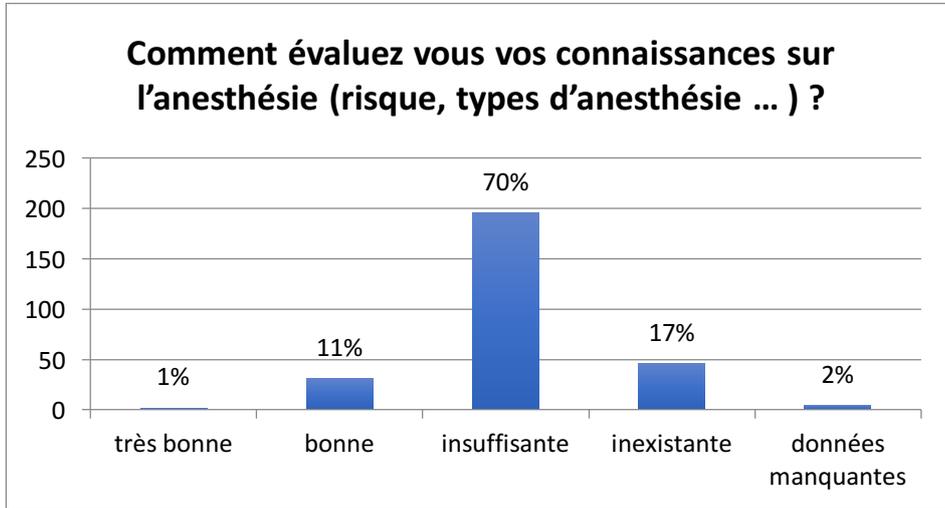
Classement par ordre de préférence des rubriques attendues par les MT dans un compte-rendu de CPA :

1	Les risques encourus par le patients	93 %
2	Les traitements post-opératoires envisagés	91,5 %
3	Les résultats des examens para-cliniques et avis spécialisés	90,5 %
4	L'adaptation des traitements personnels en péri-opératoire	85,5 %
5	Le rappel des allergies et résultats des tests allergologiques si réalisés.	85,5 %
6	L'orientation prévue en post-opératoire	85,5 %
7	La technique d'anesthésie choisie	81 %
8	Le score ASA	73,5 %
9	Les antécédents médico-chirurgicaux	64,5 %
10	L'examen clinique	60 %

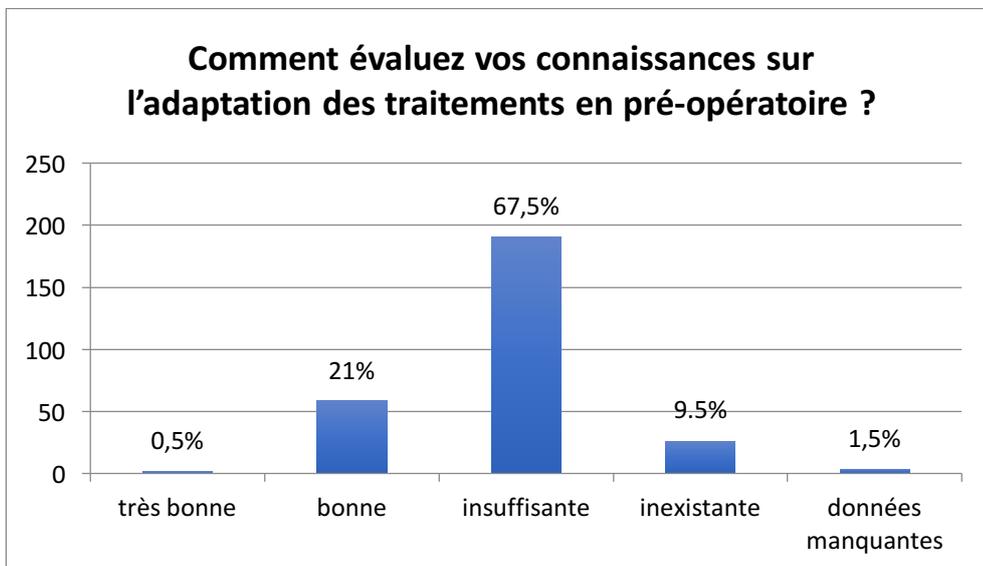
NB : les pourcentages exprimés représentent le taux de réponse « fortement intéressés » cumulé à celui des « intéressés ».

E) Etat des lieux des connaissances des MG sur l'anesthésie

243 (87%) des MT évaluent comme insuffisantes ou inexistantes leurs connaissances sur l'anesthésie (types, risques etc.) contre 35 (12%) les jugeant comme bonnes ou très bonnes.

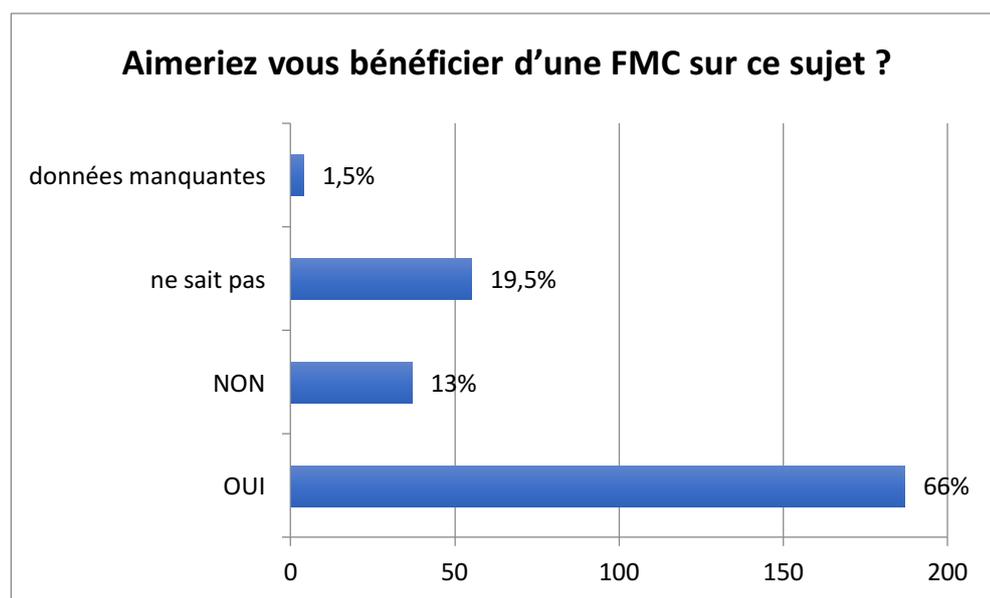


218 (77%) des MT ont évalué comme insuffisantes ou inexistantes leurs connaissances sur l'adaptation des traitements en période pré-opératoire contre 61 (21,5%) les jugeant comme bonnes ou très bonnes.



F) Attentes des MT au sujet de l'organisation de FMC sur le thème de l'anesthésie

187 (66%) des MG interrogés se sont dit intéressés par une FMC sur le thème de l'anesthésie contre 55 (19,5%) n'y voyant pas d'intérêt et 37 (13%) ne se prononçant pas.



DISCUSSION

Le taux de participation de 27 % à notre étude peut être considéré comme dans la moyenne comparée à d'autres thèses de médecine générale.

Sachant que ce taux a été sous-estimé du fait de l'existence probable de doublons car certains MT ont pu recevoir le questionnaire par mail et voie postale.

Le nombre plus important de réponses via courrier postal s'explique par une réponse pouvant se faire dès sa réception ou à distance (23 réponses reçus hors-délai), contrairement au support mail imposant une réponse dans l'immédiat car vite occulté par la réception de nouveaux mails (100% des réponses reçus dans les 72h après l'envoi).

Nous retrouvons, 73% des MT qui se sont prononcés en faveur de la réception d'un compte-rendu systématique de la CPA, taux reflétant bien les difficultés d'accès aux informations auxquelles les MT peuvent être confrontés.

Ce résultat est sous-estimé car 9 médecins généralistes sur les 46 ayant répondu : « ne sait pas » à la question portant sur leur souhait de recevoir un compte-rendu de CPA, ont nuancé cette réponse en exprimant le désir de le recevoir uniquement si une anomalie à l'examen clinique ou paraclinique était décelée.

Sur la question portant sur le contenu du compte-rendu de CPA, les MT ont priorisé comme items :

- les risques encourus par leur patient, le MT est ainsi à même d'éclairer le patient inquiet et d'aller dans le même sens que le MAR afin d'éviter toute confusion ou fausse réassurance.

- l'adaptation des traitements en pré-opératoire et ceux envisagés en post-opératoire, afin d'assurer la continuité et la sécurité des soins en concordance avec les recommandations du MAR. Par exemple, la gestion des anticoagulants, dont les recommandations changent sans cesse exposant le MT à des situations où il serait parfois tenté de faire un relais héparine alors non indiqué.

- les résultats des examens para-cliniques et avis spécialisés demandés, permettant d'agrémenter le dossier médical du patient et d'éviter la redondance de prescription d'examens qui auront déjà été réalisés.

27 médecins généralistes ont été interpellés par la question portant sur le « rappel des antécédents médico-chirurgicaux du patient » en exprimant le fait que c'est à eux de les faire connaître à l'anesthésiste et non l'inverse. Cet élément s'est ressenti dans les résultats car sur les 10 items proposés pour figurer sur le compte-rendu, les antécédents médico-chirurgicaux figurent en avant dernier.

Seul 29 % des MT interrogés ont déjà reçu un compte-rendu de CPA, ce taux est anormalement bas lorsque l'on sait que la CPAM prévoit pour tout patient classé ASA3 (ou plus), l'obligation pour le MAR de réaliser un compte rendu adressé au MT. A moins que notre échantillon ait une patientèle uniquement ASA1 ou ASA2, ce qui paraît peu probable.

La forte proportion de médecins installés (83%) ayant participé à l'enquête ainsi que la moyenne d'âge de 47 ans sont des points forts du fait que l'expérience du médecin prévaut dans cette étude. En effet, un jeune médecin remplaçant aura été statistiquement moins exposé à des problématiques concernant la période pré-opératoire de patient par rapport à un médecin installé depuis une quinzaine d'années.

En 2000, les Dr Radji et Lhotellier alors anesthésistes-réanimateurs au CHU d'Amiens réalisaient une enquête sur la relation entre les MAR et les MT de la Somme.

Celle-ci mettait en évidence un défaut, un besoin et une demande de formation en anesthésie de la part des MT. [13] En 2003, cette même enquête était de nouveau réalisée et se concluait par les mêmes résultats. [16] Depuis, quatorze années se sont écoulées, et peu de choses ont changées.

Actuellement, un médecin sur trois déclare avoir déjà contacté un anesthésiste afin d'obtenir des informations sur la CPA de son patient. Démarche que l'on peut imaginer chronophage lors d'une consultation mais également complexe car difficile de retrouver l'anesthésiste qui aura effectué la CPA ce jour-là.

Effectivement des études ont démontré que plus de la moitié des patients sortant de leur CPA oublie le nom du MAR qui l'a réalisée. [10]

Par ailleurs, plus d'un tiers des médecins généralistes interrogés ont été confrontés à des questionnements de leur patient à la sortie de leur CPA sans pouvoir y répondre.

Chiffre important qui reflète une fois de plus un manque de connaissance théorique sur le sujet exprimé par le MT, et souligne aussi un défaut de communication entre le patient et le MAR.

En effet, de par son rôle de médecin de famille, le MT reste un interlocuteur privilégié. Il est celui vers qui le patient se tourne en priorité pour faire part de ses états d'âmes, ses doutes et angoisses. Un patient se confiera plus difficilement à un MAR qui lui est parfaitement inconnu et qui souvent n'est pas celui qui l'anesthésiera le jour J alors que selon les MT, les patients craignent plus l'anesthésie que l'acte chirurgical en lui-même (66,4% contre 18,1%). [16].

Ce défaut de communication peut s'expliquer par le fait que le MAR souffre d'un manque d'image voire de médiatisation et de reconnaissance de la part de leur patient [12]. Car une bonne anesthésie est une anesthésie sans histoire où la fonction primerait sur l'individu. L'absence d'image de cette spécialité réside dans le fait que c'est une spécialité encore jeune qui se construit progressivement une place dans le monde médical. Mais cette construction ne pourra se faire qu'en renforçant les liens avec les divers acteurs du système de santé dont le MT est un élément central.

Sur le plan de la formation, cette étude fait ressortir de manière significative une meilleure formation théorique à l'anesthésie des plus jeunes médecin, résultat qui souligne la reconnaissance récente de l'anesthésie comme une spécialité à part entière.

Pour ce qui est de la formation pratique sous la forme d'un stage d'anesthésie-réanimation durant leur cursus, aucune tendance n'en est ressortie. Cela pourrait s'expliquer par un manque de recul secondaire à une ouverture trop récente des stages d'anesthésie-réanimation aux externes alors non appréciable statistiquement. A noter que sur l'année 2016-2017, 72 externes de 5ème et 6ème année passeront en stage d'anesthésie-réanimation au CHU d'Amiens, soit 17 % de l'effectif total.

Pourcentage certes identique mais non comparable à ceux de l'enquête de 2003 compte tenu des effectifs de promotion qui ont augmenté de manière non proportionnelle au nombre de médecins en mesure de les encadrer. [16]

Il existe un biais de sélection dans notre étude, car les médecins répondant sont les plus intéressés et investis, donc non représentatifs de la population de médecin généraliste. De plus la représentativité de notre échantillon est à discuter car sa répartition n'est pas normalienne sur l'âge et l'année d'expérience.

Néanmoins, quelques freins à la réalisation de ce compte-rendu de CPA devront être surmontés, tels que :

- le développement de la chirurgie ambulatoire générant un nombre croissant de CPA donc une charge de travail croissante pour les MAR, qui compte-tenu de leur effectif actuellement insuffisant, ne seront pas en mesure de consacrer du temps à sa réalisation.

- économique pour l'hôpital, tant au niveau des frais postaux, que de la charge de travail supplémentaire pour les secrétaires (25 849 CPA ont été réalisées au CHU d'Amiens en 2016...).

Ce deuxième frein pouvant être en partie levé avec un envoi par mail ou son apparition dans le Dossier Médical Partagé quand il sera concrètement mis en place.

CONCLUSION

Notre étude montre que les médecins généralistes picards sont exposés à des défauts d'informations au décours de la CPA de leurs patients. Une grande majorité d'entre eux sont dans l'attente d'un envoi systématique de ce compte-rendu, qui pallierait ainsi à une communication qu'ils qualifient comme inexistante avec les MAR.

Selon eux, ce compte-rendu devra contenir en priorité les risques encourus par le patient, l'adaptation des traitements en préopératoire et ceux envisagés en post-opératoire ainsi que les résultats des examens paracliniques et avis réalisés pendant cette CPA.

Les MT sont majoritairement en attente de formation post-universitaire sur le sujet car ils jugent comme insuffisantes leurs connaissances sur l'anesthésie et l'adaptation des traitements en périopératoire, même s'il ressort que les jeunes médecins bénéficient d'une meilleure formation théorique sur l'anesthésie durant leur cursus, comparée à celle de leurs aînés.

La relation MT et MAR est un des maillons du système de soin, pourtant notre enquête montre qu'elle est quasi-inexistante en pratique.

Or le MT ne peut pas tenir une position centrale dans cette organisation sans qu'on lui donne les moyens en termes de formation et d'information pour assurer une prise en charge de qualité.

L'intérêt manifeste par les MT pour une correspondance systématique au décours de la CPA de leur patient ne peut rester sans réponse. Pourrait-on formuler le souhait d'un travail collaboratif en vue de la rédaction d'une lettre-type, sorte de résumé synthétique pratique des attentes des deux disciplines pour optimiser la prise en charge de nos opérés.

BIBLIOGRAPHIE

1. Lienhart A, Auroy Y, Pecquignot F, et al. Survey of anesthesia-related mortality in France. *Anesthesiology* 2006 ; 105 : 1087-97
2. Ruhayem ME, Alshehri AA, et al. Fear of going under general anesthesia : a cross-sectional study. *Saudi Journal of Anaesth.* 2016 ; 10 (3) :317-321
3. Mitchell M. General anesthesia and day case patient anxiety. *Journal of advanced nursing* 2010 ; 66 (5) : 1059-1071
4. Auroy Y, Laxenaire MC, Clergue F, Pequignot F, Jouglu E, Lienhart A. Les anesthésies selon le profil des patients, le type d'établissements et la nature de la procédure associée. *Ann Fr Anesth reanim* 1998 ; 17 : 1311-6
5. 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). *JORF* 1994 ;284
6. Arbous MS, Meursing AE, Van kleef JW, et al. Impact of anesthesia management characteristics on severe morbidity and mortality. *Anesthesiology* 2005 ;102 :257-68
7. Ausset S, Benhamou D. Votre patient va avoir une consultation d'anesthésie. *MAPAR* 2000 ; 779-788
8. Décret n°92-329 du 30 mars 1992 relatif au dossier médical et à l'information des personnes accueillies dans les établissements de santé publics et privés et modifiant le code de la santé publique.
9. Avenant n°6. Texte 9. Article 1. *JORF* 7 août 2005
Disponible sur : www.cпам21.fr/Flashes2007/Communs/SC456_flash_Anesth-Etab_17-10-2005.pdf
10. Védrette C, Laroux MC, Blanc P, Durand PG, George M, Lehot JJ. Consultation d'anesthésie de chirurgie cardio-vasculaire et thoracique. Enquête de satisfaction des patients et des médecins. *Ann. Fr. Anesth. Réanim.* 1999 ; 18 : 834-42
11. Baillard C, Lamberto JF, Martinez C, Le Tourmelin P, Fournier JL, Cupa M, Samama CM. Patient's perspectives with regard to anesthesia services. *Can J Anaesth* 2001;48:526-8
12. Lamberto, Lamignat P, Baillard C. Je ne me souviens plus du nom de mon anesthésiste !
In *MAPAR* 2003. Le Kremlin Bicêtre : édition du MAPAR, 2003 : 323-327
13. Radji M, Lhotellier F, Tchaousof J. L'anesthésie vue par le médecin généraliste. Enquête du CHU d'Amiens. In *MAPAR* 2000. Le Kremlin Bicêtre : édition du MAPAR, 2000 : 775-778

14. HAS- Haute Autorité de santé [en ligne] Paris : Haute Autorité de santé [consulté le 5 Mars 2017].
Mis à jour le 1 Juin 2017-06-07
Disponible sur : www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2608453/fr/ue-5-handicap- vieillissement- dependance-douleur-soins-palliatifs-accompagnement-q115-141
15. Vatin JB. Point de vue medical sur l'anesthésie par les spécialistes concernés dans leur activité. (Thèse). Université de Picardie Jules Verne, faculté de médecine d'Amiens : 2002
16. Pennec P. Relation médecin généraliste-médecin anesthésiste : analyse d'une enquête auprès des médecins généralistes de la Somme (thèse). Université de Picardie Jules Verne, faculté de médecine d'Amiens : 2003
17. Article 64 (article R.4127-64 du code de la santé publique).
18. Landrieux I, Blond MH, Mercier C. Relation des médecins anesthésistes-réanimateurs avec les médecins généralistes et les pédiatres. Résultats d'une enquête transversale auprès de 2281 médecins libéraux. Ann Fr Anesth Réanim 1997 ; 16 : 244-9

ANNEXES

Annexe n°1 :

Marc Verdier
302 rue de Cagny
80090 AMIENS
0647591384
marcverdier03@gmail.com

Chère consœur, cher confrère,

Actuellement remplaçant en médecine générale je me permets de vous solliciter afin d'obtenir votre participation à un recueil de données pour ma **thèse de médecine générale** sous la direction du Dr Amandine Dubreucq-Zaatar (chef de clinique d'anesthésie) dont le titre est :

Intérêt d'un compte-rendu de la consultation pré-anesthésique adressé aux médecins généralistes.

Les objectifs secondaires consisteront en l'identification des différents items que vous aimeriez y voir figurer ainsi qu'établir un état des lieux de vos relations avec les médecins anesthésistes.

Pour ce faire, j'ai mis au point un **questionnaire anonyme et confidentiel** qui ne vous prendra que **4 minutes**.

Afin de récolter un maximum de réponses, **le questionnaire vous sera envoyé par courrier et/ou courriel, veuillez répondre uniquement à la forme qui vous convient.**

Je vous remercie d'avance pour votre participation à la réalisation de ce travail.

Je vous prie d'agréer chère consœur, cher confrère, l'expression de mes salutations distinguées.

Mr VERDIER Marc

Ancien interne de médecine générale de la faculté d'Amiens

Questionnaire

- Vous êtes :
 un homme une femme
- Quel est votre âge : _____
- Depuis combien de temps exercez-vous la médecine ? _____
- Quel est votre statut d'exercice ?
 médecin installé médecin remplaçant
- Quel votre type d'exercice ?
 rural semi-rural urbain
- Avez-vous reçu au cours de vos études un enseignement théorique concernant l'anesthésie ?
 oui non
- Avez-vous participé au cours de vos études à un stage de d'anesthésie-réanimation ?
 oui non
- Comment évaluez-vous votre relation avec le médecin anesthésiste ?
 inexistante insuffisante bonne très bonne
- Avez-vous déjà reçu un courrier d'un confrère anesthésiste au décours d'une intervention chirurgicale ?
 oui non
- Avez-vous déjà reçu un courrier d'un confrère anesthésiste au décours d'une CPA (consultation pré anesthésie) ?
 oui non
- Avez-vous déjà été amené à contacter un anesthésiste afin d'obtenir des informations sur la CPA de votre patient ?
 oui non
- Avez-vous déjà été confronté aux questions d'un patient sortant de sa CPA sans pouvoir y répondre ?
 oui non
- Seriez-vous intéressé de recevoir un courrier de votre confrère anesthésiste après qu'il ait reçu votre patient en CPA ?
 oui non ne sait pas

Si vous deviez recevoir un compte rendu de CPA de votre confrère anesthésiste-réanimateur :

- Seriez-vous intéressé par le récapitulatif des antécédents médicaux et chirurgicaux ?
 pas intéressé peu intéressé intéressé fortement intéressé
- Seriez-vous intéressé par le rappel des allergies et résultats des tests allergologiques si réalisés ?
 pas intéressé peu intéressé intéressé fortement intéressé
- Seriez-vous intéressé par le rappel de l'examen clinique ?
 pas intéressé peu intéressé intéressé fortement intéressé
- Seriez-vous intéressé par le résumé des prescriptions, résultats des examens para-cliniques et avis spécialisés réalisés au cours de la CPA ?
 pas intéressé peu intéressé intéressé fortement intéressé
- Seriez-vous intéressé par la stadification du risque anesthésique (classification ASA) ?
 pas intéressé peu intéressé intéressé fortement intéressé
- Seriez-vous intéressé par la technique d'anesthésie choisie (anesthésie générale, anesthésie locorégionale) ?
 pas intéressé peu intéressé intéressé fortement intéressé
- Seriez-vous intéressé par les traitements post-opératoires envisagés ?
 pas intéressé peu intéressé intéressé fortement intéressé
- Seriez-vous intéressé par l'orientation du patient prévue en post opératoire (réanimation, unité de soins continus, services de chirurgie) ?
 pas intéressé peu intéressé intéressé fortement intéressé
- Seriez-vous intéressé par l'adaptation des traitements personnels péri-opératoires ?
 pas intéressé peu intéressé intéressé fortement intéressé
- Seriez-vous intéressé par les risques encourus par le patient ?
 pas intéressé peu intéressé intéressé fortement intéressé
- Comment évaluez-vous vos connaissances sur l'anesthésie (risque, types d'anesthésie ...) ?
 inexistante insuffisante bonne très bonne
- Comment évaluez vos connaissances sur l'adaptation des traitements en pré opératoire ?
 inexistante insuffisante bonne très bonne
- Aimerez-vous bénéficier d'une FMC sur ce sujet ?
 oui non ne sait pas

Annexe n°3 :

Classification de l'American Society of Anesthesiologists (ASA)

Classe	Description
1	Patient en bonne santé Exemple : hernie inguinale chez un patient sans autre affection
2	Patient présentant une atteinte modérée d'une grande fonction Exemples : bronchite chronique, Hta modérée
3	Patient présentant une atteinte sévère d'une grande fonction, limitant l'activité sans entraîner d'incapacité. Exemples : Angor stable, obésité morbide
4	Patient présentant une atteinte d'une grande fonction, invalidante et mettant en jeu le pronostic vital Angor instable, insuffisance cardiaque sévère, insuffisance respiratoire
5	Patient moribond dont l'espérance de vie est inférieure à 24 heures, avec ou sans intervention. Exemple : rupture d'anévrisme de l'aorte avec grand état de choc
U	Si l'intervention est pratiquée en urgence, un u est ajouté à la classe ASA



Département d'Anesthésie-Réanimation

Pr. H. DUPONT

Questionnaire
pré-anesthésique
adulte

Madame, Mademoiselle, Monsieur,

Afin que votre intervention se déroule dans les meilleures conditions de sécurité, il est essentiel que le médecin anesthésiste connaisse au mieux votre passé médical et chirurgical. Ce questionnaire n'est destiné qu'à améliorer la qualité et la sécurité de votre anesthésie.

Merci de bien vouloir le remplir et le rapporter lors de la consultation préanesthésique.

Nous vous demandons également de nous ramener l'ensemble des résultats d'exams et radiologies datant de moins de six mois que vous avez en votre possession.

Nom : Prénom : Sexe : F M
Date de naissance : Poids : Taille :
Profession : Téléphone :
Adresse :
Code postal : Ville :
Médecin traitant : Localité :

Avez vous déjà été transfusé(e)? ne sais pas oui non
Avez-vous déjà été endormi(e) ? oui non
Pour quelle(s) opération(s) : oui non
.....
.....
Avez-vous déjà eu une anesthésie locale ? oui non
Un incident se serait-il produit au cours de ces anesthésies ? oui non
Si oui, lequel ?
Un parent aurait-il présenté un problème grave au cours d'une anesthésie ? oui non
Si oui, lequel ?
Avez-vous déjà été hospitalisé(e) pour une autre maladie ? oui non
Si oui, laquelle ?
Prenez-vous habituellement des médicaments ? oui non
Lesquels et combien ?
.....
.....
Prenez-vous de l'aspirine ou un de ses dérivés ? oui non
Prenez-vous des collyres ? oui non

Avez-vous des antécédents d'allergie ? oui non

- | | | |
|------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Aspirine | <input type="checkbox"/> Penicilline | <input type="checkbox"/> Autres médicaments : |
| <input type="checkbox"/> Iode | <input type="checkbox"/> Sparadrap | <input type="checkbox"/> Aliments |
| <input type="checkbox"/> Eczema | <input type="checkbox"/> Rhume des foins | <input type="checkbox"/> Cosmétiques |
| <input type="checkbox"/> Urticaire | <input type="checkbox"/> Autres | <input type="checkbox"/> Produits divers : |

Avez-vous des antécédents **cardiovasculaires** ? oui non

- | | | | | |
|------------------------------------|---|--|---|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Infarctus | <input type="checkbox"/> Angine de poitrine | <input type="checkbox"/> Palpitations | <input type="checkbox"/> Varices | <input type="checkbox"/> Phlébite |
| <input type="checkbox"/> Artérite | <input type="checkbox"/> Hypertension | <input type="checkbox"/> Essoufflement | <input type="checkbox"/> Embolie pulmonaire | |

Avez-vous des antécédents **pulmonaires** ? oui non

- | | | | |
|------------------------------------|--|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Asthme | <input type="checkbox"/> Bronchite chronique | <input type="checkbox"/> Pneumonie | <input type="checkbox"/> Tuberculose |
| <input type="checkbox"/> Pleurésie | <input type="checkbox"/> Pneumothorax | <input type="checkbox"/> Autres : | |

Fumez-vous ? oui non

Si oui, combien de cigarettes par jour ?.....Depuis combien de temps ?.....

Avez-vous des antécédents **digestifs** ? oui non

- | | | | |
|-----------------------------------|---------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> Gastrite | <input type="checkbox"/> Ulcère | <input type="checkbox"/> Hépatite (jaunisse) | <input type="checkbox"/> Maladie du côlon |
|-----------------------------------|---------------------------------|--|---|

Avez-vous des antécédents **neurologiques** ? oui non

- | | | |
|------------------------------------|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Epilepsie | <input type="checkbox"/> Dépression | <input type="checkbox"/> Accident vasculaire cérébral |
| <input type="checkbox"/> Migraine | <input type="checkbox"/> Tétanie | <input type="checkbox"/> Perte de connaissance |
| | <input type="checkbox"/> Spasmophilie | <input type="checkbox"/> Hernie discale |

Avez-vous **d'autres antécédents** ? oui non

- | | | |
|---|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Diabète | <input type="checkbox"/> Cholestérol | <input type="checkbox"/> Thyroïde |
| <input type="checkbox"/> Insuffisance rénale | <input type="checkbox"/> Maladie de l'oeil | <input type="checkbox"/> Alcoolisme |
| <input type="checkbox"/> Arthrose | | <input type="checkbox"/> Rhumatisme |
| <input type="checkbox"/> Maladie cancéreuse : | | |
| <input type="checkbox"/> prise de médicaments pour grandir antérieure à 1989 | <input type="checkbox"/> Intervention en neurochirurgie antérieure à 1995 | |
| <input type="checkbox"/> Antécédents familiaux de maladie de Creutzfeld Jacob | <input type="checkbox"/> contraceptif oral | |
| <input type="checkbox"/> Autre : | | |

Divers :

Portez-vous des verres de contact ? oui non

Avez-vous une prothèse dentaire ? oui non

Avez-vous une dent qui bouge ? oui non

Faites-vous facilement des "bleus" ? oui non

Saignez-vous longtemps après une coupure ? oui non

Avez-vous eu une prise de sang dans les trois derniers mois ? oui non

Madame, mademoiselle : Etes-vous enceinte ? oui non

Combien avez-vous eu de grossesses antérieures ?

Pensez-vous avoir une **autre chose à signaler** ? (ou commentaires de votre médecin traitant) oui non

.....

.....

.....

Date :

Signature

Annexe n°5 :

Dossier anesthésie - CPA_FICHE	
[ZAATAR-DUBREUCQ Amandine - Médecin Anesthésiste] - 15/05/2017 13 :49 (En Cours)	
CONSULTATION PRE ANESTHESIQUE	
Date CPA	15/05/2017
Lieu	CPA Programmée
Anesthésiste	999001738 - ZAATAR-DUBREUCQ Amandine
Chirurgien :	INTERNE.
	1
ANTECEDENTS MEDICAUX	
Cardiaque :	<ul style="list-style-type: none"> • Angor >>syndrome coronarien aigu ST+ transitoire • Stent >>stent dans l'ostium de la CD en octobre 2016 • HTA
Pneumo :	Arrêt tabac >>depuis 3 mois
Autre Antécédent Respiratoire	12/09/2016 : Pneumopathie gauche grave à Légionnelle (IOT nécessaire pendant 7 jours)
Gastro :	Pas d'ATCD digestif
Neuro :	Anxieuse
Endocrine :	<ul style="list-style-type: none"> • Diabète Non Insu lino Dépendant • Cholestérol • Obésité
Rénaux :	Pas d'ATCD rénal
Hémato :	Transfusion >>plaquettes
Autre Antécédent Hémato.	Purpura thrombopénique idiopathique. Les plaquettes sont remontées à 532 000/mm3 sous corticoïdes
ALLERGIES.	
Allergies O/N	Oui
	Autres
Autre Allergie	Sparadrap
ANTECEDENTS CHIRURGICAUX	
ATCD Chirurgicaux O/N	Oui
Autres :	DDS sous AG = RAS
ATCD Chir. Interventionnelle	Fibroscopie pulmonaire

Obstétrique :	Grossesse >>G3P3
Autre ATCD Obstétriques	3 AVB sans APD
EXAMEN PHYSIQUE et CLINIQUE	
Poids (kg):	108 kg
Taille (cm):	168 cm
IMC	38,3
Droitier/gaucher	Droitier
Mallampati :	3
Dist.Thyro.mentonnière.	>65mm
Ouverture de la bouche.	>35mm
Dentition	<ul style="list-style-type: none"> • Prothèse dentaire supérieure • Très mauvais état
Difficile prévu	Non
Examens.	
ECG	Rrégulier, sinusal, dL,axe normal, QRS fins, sans trouble de la repolarisation, ni séquelle l'infarctus
Echo Cœur	Octobre 2016 : VG non dilaté, non hypertrophié, FE normale, hypokinésie minime inféro-basale et inféro-médiane, pas de valvulopathie. Aorte non dilatée, OG discrètement dilatée 21 cm ² . VD non dilaté, pas de Dysfonction VD, pas d'argument pour HTAP. Péricarde sec, VCI non dilatée.
Autres Résultats d'Examens	Coro en octobre 2016 : sténose très serrée de l'ostium de la coronaire droite
Anesthésie	
	3 - Maladie systémique invalidant les fonctions vitales
Résultat score APFEL	-1
Score d'Apfel	>2 Prophylaxie NVPO
Score de Lee	II - Un critère
Résultat score de Lee.	-1
Antibioprofylaxie	Oui
Liste antibioprofylaxie	Céfazoline
Protocole anesthésique proposé.	Anesthésie Générale
Type de PSL	Culot globulaire

Nombre de PSL à l'EPS	2
TRAITEMENT EN COURS...	
Le patient a un traitement en cours	Oui
Traitement en cours	<p>DIFFU-K 600 mg: 1-2-2</p> <ul style="list-style-type: none"> - BISOCE 7.5 mg : 1 le matin - BRILIQUE 90 mg : 1 le matin / <u>1</u> le soir - KARDEGIC 75 mg : 1 le midi - CORTANCYL 20 <u>mg</u>: 5^e le matin puis décroissance - AMLOR 10 mg : 1 le matin - RAMIPRIL 5 mg : 1 le matin - ATORVASTATINE 40 mg : 1 le soir - METFORMINE 500 mg : 1-1-1
Modification <u>traitement habituel</u>	<p><u>arrêt</u> brilique J-5 en accord avec cardiologue (stent actif inf a 1 an)</p> <p>poursuite K75</p>
Traitement le matin	<p>pas de ramipril ni amlor</p> <p><u>bisocé</u></p>
PRESCRIPTION	
La veille de l'intervention	<p><u>arrêt</u> H-24 <u>metformine</u></p> <p><u>atorvastatine</u></p>
INFORMATION	
Patient informé des risques	Oui
<u>Informations</u>	<p>Bien qu'il soit impossible d'établir une liste exhaustive des risques et complications (prévisibles ou imprévisibles) pouvant survenir lors d'une anesthésie, le patient a <u>été informé des risques généraux liés à la technique anesthésique</u>, du risque transfusionnel des risques spécifiques liés à son état clinique.</p>
CONCLUSIONS	
<u>Conclusions de ht CPA</u>	<p>ASA3</p> <p><u>risque coronarien</u></p> <p>AG + APD a visée analgésique</p>

INTÉRÊT DE LA RÉALISATION D'UN COMPTE RENDU DE LA CONSULTATION PRÉ-ANESTHÉSIQUE ADRESSÉ AUX MÉDECINS GÉNÉRALISTES.

Introduction : Actuellement, le Médecin Anesthésiste Réanimateur (MAR), après Consultation Pré- Anesthésique (CPA), ne réalise que très rarement de courrier pour le Médecin Traitant (MT) ce qui entraîne un défaut de communication entre eux durant la période préopératoire. L'objectif de notre étude est d'évaluer l'intérêt des MT de Picardie à recevoir un compte-rendu systématique de la CPA et d'identifier par items prédéfinis les informations qu'ils aimeraient y voir figurer.

Matériel et Méthodes : Il s'agit d'une étude observationnelle descriptive quantitative réalisée entre les mois de Janvier et Février 2017 sous la forme d'un questionnaire à réponses fermées, adressé par mail et voie postale à 1028 médecins généralistes de Picardie. Les résultats ont été traités par fichier EXCEL et l'analyse statistique par le logiciel IBM SPSS statistics.

Résultats : 283 (27%) réponses ont été inclus dans notre étude. 204 (73%) des MT étaient intéressés par l'envoi systématique d'un compte rendu de CPA et 254 (90%) des MT ont considérés comme inexistante ou insuffisante la communication avec les MAR. Pour les MT, ce compte-rendu de CPA devrait contenir en priorité les risques encourus par le patient (93%), les résultats des examens paracliniques et avis spécialisés demandés (90,5%) ainsi que l'adaptation des traitements en préopératoire (85,5%) et ceux envisagés en post-opératoires (91, 5%). Les MT considèrent par ailleurs comme insuffisantes leurs connaissances théoriques sur l'anesthésie et sont 187 (66%) en attente de formation postuniversitaire sur cette thématique.

Conclusion : Une grande majorité des MT Picards interrogés souhaitaient recevoir un compte-rendu de la CPA, élément d'échange qui permettrait d'améliorer la relation entre les deux confrères, jugée souvent inexistante par les MT.

Mots-Clefs : médecin généraliste, médecin anesthésiste, consultation pré anesthésique, communication.

INTEREST OF SENDING A REPORT ON THE PRE-ANESTHESIC CONSULTATION TO GENERAL PRACTITIONERS.

Introduction: At present, the anesthesiologist after pré anesthesia evaluation (PAE) only rarely provides written information for the general practioners (GPs), which leads to a lack of communication between them during the preoperative period. The objective of our study is to evaluate the interest of the Picardy GPs to receive a systematic account of the PAE and to identify by predefined items the information that they would like to see there.

Methods: This is a quantitative descriptive observational study conducted in January and February 2017 in the form of a closed-form questionnaire sent by mail and post to 1028 GPs in Picardy. Results were processed by EXCEL file and statistical analysis by IBM SPSS statistics software.

Results: 283 (27%) responses were included in our study. 204 (73%) of the GPs were interested in systematically sending a PAE report and 254 (90%) of the GPs considered the communication with the anesthesiologist to be nonexistent or insufficient. In the case of GPs, this PAE report should contain, as a matter of priority, the risks to the patient (93%), the results of the required paraclinical examinations and specialist opinions (90.5%) and the adaptation of preoperative treatments (85.5%) and those considered post-operative (91.5%). The GPs also consider insufficient their theoretical knowledge on anesthesia and 187 (66%) are mostly awaiting post-graduate training on this topic.

Conclusion: A large majority of the Picards interviewed wanted to receive an account of the PAE, an element of exchange that would improve the relationship between the two confreres, often considered non-existent by the GPs.

Keywords: general practitioner, anesthesiologist, pre-anesthesia evaluation, relationship