



**HAL**  
open science

## Visite pré anesthésique du patient hospitalisé en France en 2018 : enquête de pratiques auprès des professionnels

Arnaud Lecadiou

### ► To cite this version:

Arnaud Lecadiou. Visite pré anesthésique du patient hospitalisé en France en 2018 : enquête de pratiques auprès des professionnels. Sciences du Vivant [q-bio]. 2022. dumas-03666234

**HAL Id: dumas-03666234**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03666234>**

Submitted on 12 May 2022

**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.

**UNIVERSITE DE LA REUNION  
UFR SANTE**

Année : 2022

N° : 2022LARE010M

**THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT  
DE DOCTEUR EN MÉDECINE**

**Visite pré anesthésique du patient hospitalisé en France en 2018 :  
enquête de pratiques auprès des professionnels**

Présentée et soutenue publiquement le 7 avril 2022 à 17 heures  
à La Réunion

**Par Arnaud LECADIEU**

**JURY**

**Président :**

**Monsieur le Professeur Christophe DADURE**

**Assesseurs :**

**Monsieur le Professeur Arnaud WINER**

**Monsieur le Docteur Corentin BONNET**

**Directeur de Thèse :**

**Madame le Docteur Sandrine LOPEZ**

# Table des matières

<b>Sommaire des tableaux et figures .....</b>	<b>3</b>
<b>Abréviations .....</b>	<b>4</b>
<b>Introduction .....</b>	<b>5</b>
<b>Matériel et méthodes .....</b>	<b>6</b>
<b>Résultats .....</b>	<b>8</b>
<b>Discussion .....</b>	<b>15</b>
<b>Conclusion .....</b>	<b>25</b>
<b>Références .....</b>	<b>26</b>
<b>Annexes .....</b>	<b>30</b>

## **Sommaire des tableaux**

Tableau 1 : répartition par statut des répondants.....	8
Tableau 2 : répartition par statut des médecins participants aux VPA dans leur service.....	10
Tableau 3 : répartition selon le type d'activité d'anesthésie pédiatrique. ....	10
Tableau 4: nombre moyen de VPA effectuées par jour et par médecin en fonction du secteur d'activité.....	11
Tableau 5 : temps moyen accordé par VPA par secteur d'activité et par statut.....	12
Tableau 6 : modifications de prise en charge et reports d'intervention après VPA.....	14

## **Sommaire des figures**

Figure 1 : répartition selon le lieu d'exercice des répondants.....	8
Figure 2 : répartition par statut des médecins participants aux VPA. ....	9
Figure 3 : nombre moyen de VPA réalisées par jour et par médecin.....	11
Figure 4 : caractéristiques des patients bénéficiant d'une VPA dite « sélective ». ....	13
Figure 5 : motifs évoqués de non réalisation de la VPA.....	14

## **Abréviations**

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé

AR : Anesthésiste-Réanimateur

CCA : Chef de Clinique

CHG : Centre Hospitalier Général

CLCC : Centre de Lutte Contre le Cancer

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CPA : Consultation Pré-Anesthésique

ESA : European Society of Anaesthesiology

HIA : Hôpital d'Instruction des Armées

IADE : Infirmier(e) Anesthésiste Diplômé(e) d'Etat

IDE : Infirmier(e) Diplômé(e) d'Etat

MCU-PH : Maître de Conférences des Universités - Praticien Hospitalier

PH : Praticien Hospitalier

PHc : Praticien Hospitalier Contractuel

PSPH : Participant au Service Public Hospitalier

PU-PH : Professeur des Universités - Praticien Hospitalier

RAAC : Réhabilitation Améliorée Après Chirurgie

SFAR : Société Française d'Anesthésie-Réanimation

VPA : Visite Pré-Anesthésique

## **Introduction**

La sécurité du patient représente un enjeu majeur, au cœur de la pratique en anesthésie, et commence dès la prise en charge préopératoire, par l'évaluation du patient.

Depuis le décret du 5 Décembre 1994, relatif à la pratique de l'anesthésie, l'évaluation préopératoire, en chirurgie réglée, comprend obligatoirement une consultation et une visite pré-anesthésiques, l'une ne pouvant se substituer à l'autre.

Cette « double évaluation » préopératoire, consultation et visite pré-anesthésiques, constitue une particularité et une exception française en matière de sécurité anesthésique, par rapport aux pays voisins européens et d'outre-Atlantique, pour lesquels ni la consultation ni la visite pré-anesthésique ne sont obligatoires, mais plutôt fonction des comorbidités du patient.

La visite pré-anesthésique (VPA), réalisée par un médecin anesthésiste-réanimateur dans les 24 heures précédant l'intervention, représente un contrôle ultime avant l'intervention, et concerne aussi bien les patients hospitalisés que les patients ambulatoires.

Cependant, depuis vingt-quatre ans, aucune étude en France n'a évalué la pratique de la VPA par les médecins anesthésistes-réanimateurs. Cette enquête a pour but d'objectiver la réalisation de la visite pré-anesthésique en France (hors patients ambulatoires) en 2018.

## **Matériels et méthodes**

Cette étude a été menée par le service d'anesthésie du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Saint-Pierre de la Réunion (CHU Sud Réunion) en collaboration avec la Société Française d'Anesthésie-Réanimation (SFAR). Nous avons élaboré un questionnaire d'évaluation des pratiques concernant la visite pré-anesthésique du patient hospitalisé en France en 2018, grâce au site de sondage SurveyMonkey®. Ce questionnaire a été validé et diffusé de Juin à Décembre 2018 sur le site internet de la SFAR.

Les anesthésistes, quel que soit leur établissement (secteur public ou privé) et leur expérience (seniors ou juniors), avaient la possibilité de participer.

Les participants ont tous répondu au même questionnaire (annexe 1), comportant 23 questions à choix unique ou multiple, concernant les modalités de réalisation, l'intérêt ressenti et l'impact de la VPA.

Les anesthésistes ayant déclaré en début de questionnaire ne pas faire de VPA n'ont pas eu à répondre aux questions subsidiaires.

Nous avons recensé et analysé les questionnaires validés par le site de sondage durant la période concernée.

Les résultats descriptifs sont exprimés en effectif (n) et pourcentage (%).

Un test du Chi<sup>2</sup> de Pearson a été utilisé pour effectuer la comparaison entre deux variables qualitatives à partir du tableau de contingence croisant ces deux variables.

Pour ce test, le seuil de significativité retenu était :  $P \leq 0,05$ .

Les analyses statistiques ont été effectuées à l'aide du logiciel SAS (version 9.4 SAS Institute Inc., Cary, NC, USA) par un statisticien du centre d'investigation clinique de la Réunion (Inserm / CHU).



## Résultats

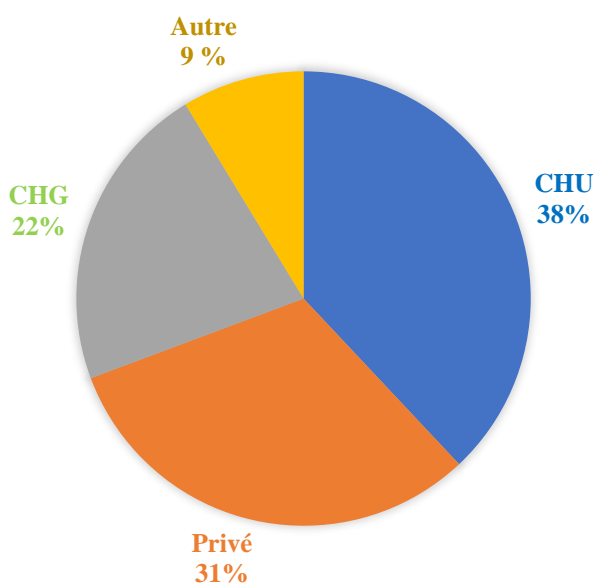
Sur 1411 questionnaires recensés, nous avons analysé uniquement les questionnaires complets, soit 1341 (95%).

### Données démographiques :

Près de la moitié des répondants étaient des praticiens hospitaliers, contractuels ou non, ou des praticiens cliniciens, et un peu plus d'un tiers étaient des Anesthésistes-Réanimateurs libéraux (tableau 1). Le lieu d'exercice majoritaire était le CHU et un tiers des répondants exerçait dans le secteur privé (figure 1).

*Tableau 1 : répartition par statut des répondants*

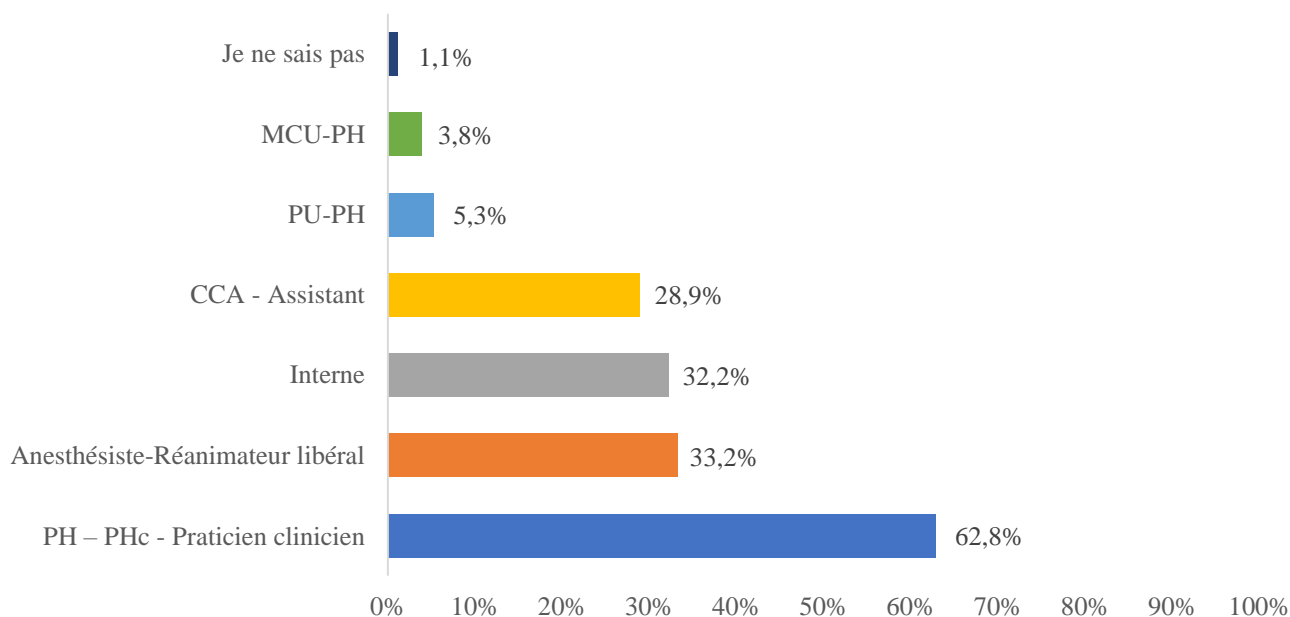
Statut	n= 1341 (%)
Interne	138 (10,3)
CCA - Assistant	71 (5,3)
PH – PHc - Praticien clinicien	653 (48,7)
MCU-PH	6 (0,4)
PU-PH	37 (2,8)
Anesthésiste-Réanimateur libéral	436 (32,5)



*Figure 1 : répartition selon le lieu d'exercice des répondants*

Ils étaient 90,7% à participer à la réalisation des VPA dans leur service.

Selon les répondants, les médecins participants aux VPA étaient pour 62,8% des praticiens hospitaliers, contractuels ou non, ou des praticiens cliniciens et 32,2% étaient des internes. 1,1% des interrogés ont avoué ne pas savoir qui effectuait les VPA dans leur service (figure 2).



*Figure 2 : répartition par statut des médecins participants aux VPA.*

La suite du questionnaire concernait uniquement les personnes participant à la réalisation des VPA, soit 1217 répondants, dont la répartition par statut et lieu d'exercice était globalement similaire, 61,2% d'entre eux n'ayant aucune activité d'anesthésie pédiatrique (tableau 2 et 3).

Tableau 2 : répartition par statut des médecins participants aux VPA dans leur service.

<b>Statut</b>	<b>n = 1217 (%)</b>
<b>Interne</b>	124 (10,2)
<b>CCA - Assistant</b>	69 (5,7)
<b>PH – PHc - Praticien clinicien</b>	590 (48,5)
<b>MCU-PH</b>	6 (0,5)
<b>PU-PH</b>	27 (2,2)
<b>Anesthésiste-Réanimateur libéral</b>	401 (32,9)

Tableau 3 : répartition selon le type d'activité d'anesthésie pédiatrique.

<b>Anesthésie pédiatrique</b>	<b>n = 1217 (%)</b>
<b>Exclusive</b>	95 (7,8)
<b>Non exclusive</b>	366 (30,1)
<b>Aucune</b>	756 (62,1)

Modalités de réalisation de la VPA :

La majorité des médecins interrogés, soit 84,1 %, effectuait les visites pré-anesthésiques la veille de l'intervention et 15,9 % le jour de l'intervention, au bloc ou en chambre, à raison de moins de 10 VPA par jour pour 64 % d'entre eux, avec une différence significative entre le secteur public et le secteur privé (figure 3 et tableau 4).

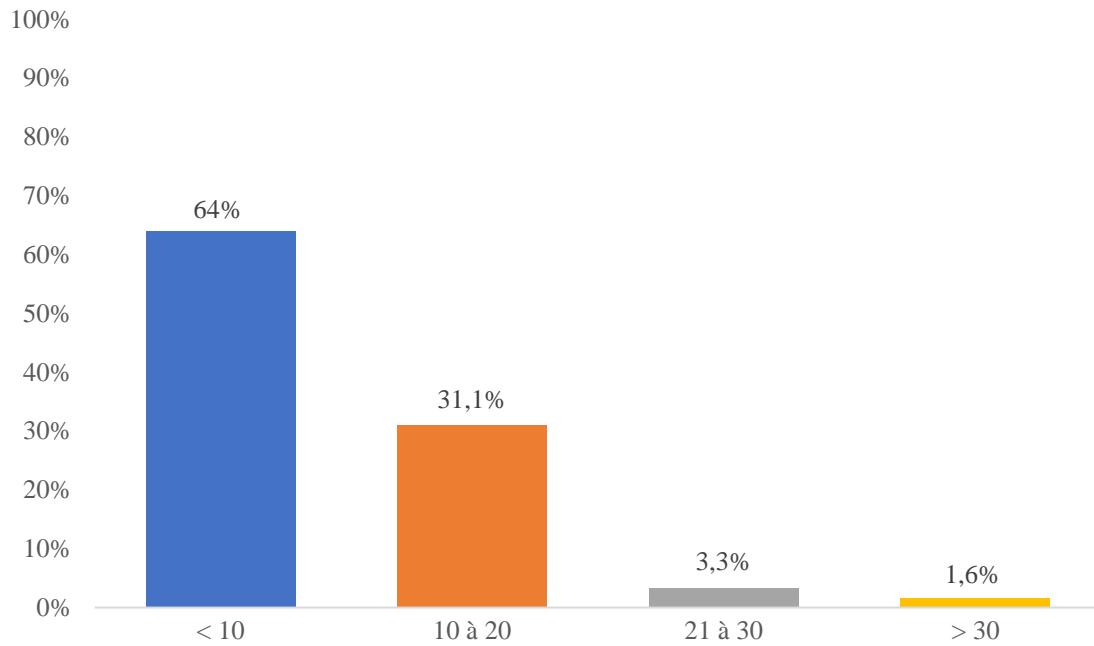


Figure 3 : nombre moyen de VPA réalisées par jour et par médecin.

Tableau 4: nombre moyen de VPA effectuées par jour et par médecin en fonction du secteur d'activité.

Nombre moyen de VPA, n	Secteur privé n = 388	Secteur public n = 829	p
< 10	218 (56,2%)	561 (67,7%)	< 0,0001
10 à 20	137 (35,3%)	241 (29,1%)	-
21 à 30	20 (5,2%)	20 (2,4%)	-
> 30	13 (3,4%)	7 (0,8%)	-

Pour 57,3 % des participants, le temps moyen accordé à la réalisation d'une VPA était inférieur à 5 minutes, contre 42,7 % pour plus de 5 minutes. Dans l'analyse en sous-groupes, cette différence de temps était significative entre les internes et les médecins séniors, et entre les médecins du secteur public et les médecins du secteur privé (tableau 5).

90,2 % des participants affirmaient prendre en considération à la fois les dossiers et les patients lors des VPA, 8,0 % seulement les dossiers, et 1,8 % uniquement les patients.

Tableau 5 : temps moyen accordé par VPA par secteur d'activité et par statut n (%).

<b>Établissement</b>			
<b>Durée</b>	<b>Public, n = 829</b>	<b>Privé, n = 388</b>	<b>p</b>
<b>&lt; 5 min</b>	414 (49,9%)	283 (72,9%)	<b>&lt; 0,0001</b>
<b>&gt; 5 min</b>	415 (50,1%)	105 (27,1%)	-

<b>Statut</b>			
<b>Durée</b>	<b>Internes, n = 124</b>	<b>Médecins séniors, n = 1093</b>	<b>p</b>
<b>&lt; 5 min</b>	48 (38,7%)	649 (59,4%)	<b>&lt; 0,0001</b>
<b>&gt; 5 min</b>	76 (61,3%)	444 (40,6%)	-

Lorsque le médecin qui réalisait la VPA n'était pas celui qui était responsable de l'induction du patient, comme c'était le cas pour 83,9 % d'entre eux, celui-ci déclarait à 77,2 % vérifier « *tout le temps* » les conclusions de la VPA avant l'induction anesthésique.

Toujours dans ce contexte, malgré la traçabilité écrite de la VPA et des conclusions, 34,8 % des répondants revérifiaient  *systématiquement*  le dossier avant induction.

#### Intérêt ressenti de la VPA :

Si 83,2 % des sondés affirmaient que les VPA des patients hospitalisés étaient faites pour tous les patients au sein de leur service, sans sélection, 56,9 % pensaient qu'elles avaient un intérêt « *uniquement pour certains patients* ».

Lorsque l'on cherche à savoir quels critères justifieraient une VPA « sélective », la classe ASA 3 ou 4 était choisie par 94,1 % des praticiens, devant les autres critères (« patient mineur », « patient soumis à un staff anesthésique ou chirurgical », « Consultation Pré Anesthésique (CPA) délocalisée », « anesthésies itératives sans consultation »).

Lorsque les VPA étaient effectivement réalisées « uniquement pour certains patients », comme c'est le cas pour 8,9 % des médecins participants, la classe ASA 3 ou 4 restait le critère de choix (figure 4).

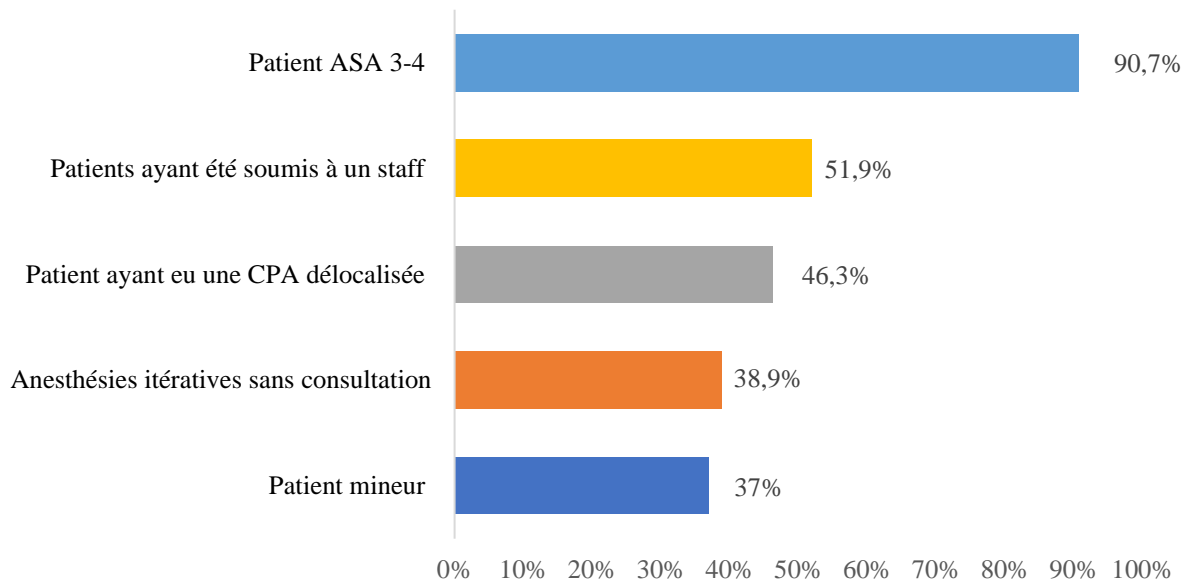


Figure 4 : caractéristiques des patients bénéficiant d'une VPA dite « sélective ».

Selon les réponses obtenues sur l'intérêt de la visite pré-anesthésique, 68,7 % des sondés estimaient qu'elle avait un double intérêt, médical et légal et 2,6 % pensaient qu'elle n'avait aucun intérêt.

#### Impact de la VPA :

Concernant la répercussion sur la prise en charge anesthésique, 47,1 % des médecins constataient que les VPA n'entraînaient « jamais » ou « rarement » des modifications de prise

en charge anesthésique. Les reports d'intervention le jour du bloc pour causes médicales étaient « rarement » constatés selon 63,6 % des participants (tableau 6).

Tableau 6 : modifications de prise en charge et reports d'intervention après VPA.

	Modifications de prise en charge, n = 1217 (%)	Reports d'intervention, n = 1217 (%)
<b>Jamais</b>	33 (2,7)	37 (3,0)
<b>Rarement</b>	541 (44,4)	774 (63,6)
<b>Parfois</b>	600 (49,3)	389 (32,0)
<b>Souvent</b>	41 (3,4)	17 (1,4)
<b>Tout le temps</b>	2 (0,2)	0

Lorsqu'il arrivait aux médecins de ne pas faire les visites pré-anesthésiques, comme c'était le cas pour 42,9 % d'entre eux, le manque de temps était la raison principalement évoquée (figure 5).

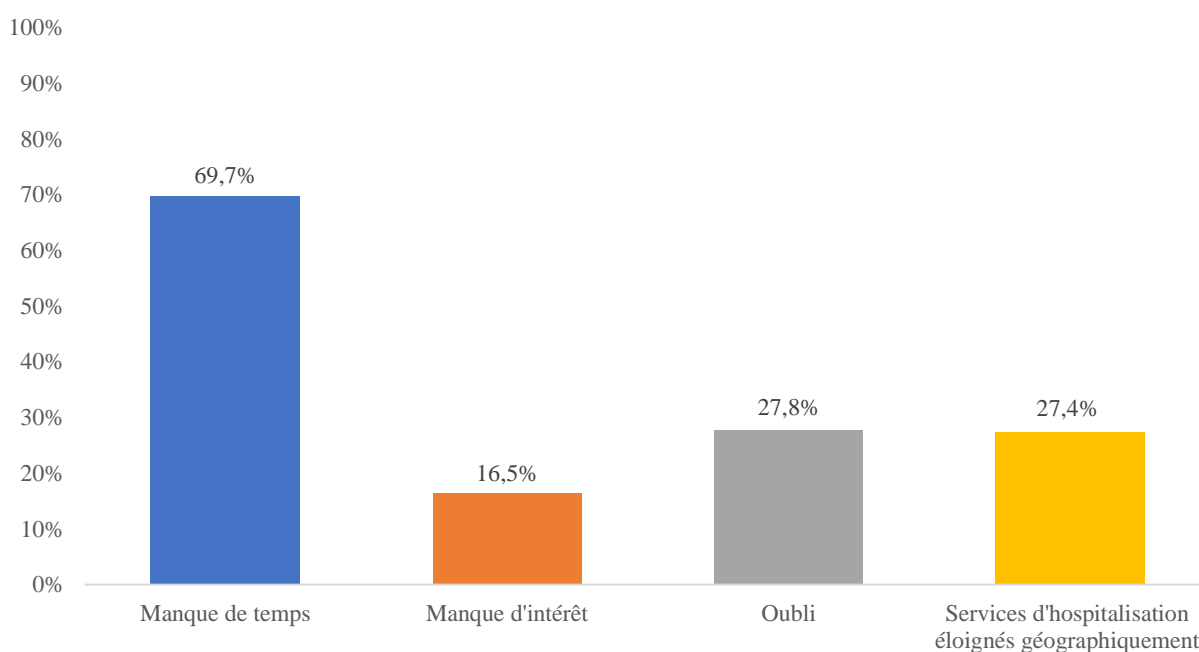


Figure 5 : motifs évoqués de non réalisation de la VPA.

## Discussion

Au cours des dernières années, l'anesthésie a connu de nombreux changements sur le plan médical et légal, notamment en ce qui concerne la période péri-opératoire et l'évaluation du patient. En France, la consultation et la visite pré anesthésique sont des témoins clefs de ces changements, de par leur instauration et leur évolution respective.

Elles ont pour objectifs communs la sécurité, l'information du patient, et la maîtrise des dépenses de santé.

Le décret du 5 Décembre 1994, définit les conditions de réalisation de la consultation d'anesthésie et de la visite pré-anesthésique (1), et vient compléter les circulaires de 1974 et 1982, relatives à la sécurité des malades anesthésiés (2).

Ce décret renforce le cadre légal de la consultation anesthésique en la rendant obligatoire, et distingue la consultation anesthésique de la visite pré-anesthésique : « *la consultation pré-anesthésique ne se substitue pas à la visite pré-anesthésique qui doit être effectuée par un médecin anesthésiste-réanimateur dans les heures précédant le moment prévu pour l'intervention* » (1).

Cette double évaluation préopératoire, définie en 1994 comme une obligation légale, soulève aujourd'hui des interrogations.

Le premier questionnement est celui de la place de la visite pré-anesthésique en tant qu'entité à part entière, et en tant que valeur ajoutée par rapport à la consultation pré anesthésique.

En effet, l'évaluation pré opératoire bipartite française fait figure d'exception. En termes de « pre assessment », les recommandations émises par les sociétés savantes des pays voisins européens, outre-Manche et des pays outre-Atlantique, énoncent qu'une évaluation soit réalisée



en fonction des comorbidités du patient et de la chirurgie (3–7), sans distinguer consultation et visite pré-anesthésique, et sans notion de délai.

Ainsi, en Belgique, il est recommandé de réaliser une évaluation pré opératoire, qui peut se faire en pré opératoire immédiat, ou dans les jours qui précèdent si nécessaire, selon le patient (4).

Au Canada, les indications d'évaluation anesthésique pré opératoire sont fonction de l'existence de comorbidités, ou de problèmes médicaux significatifs, de la nature de la procédure diagnostique ou thérapeutique, d'une éventuelle demande du patient, sans notion de délai également. Tous les patients n'ont donc pas accès à une évaluation « à distance » de l'opération. Cependant, l'anesthésiste en charge du patient le jour opératoire est responsable de la réalisation d'une évaluation pré anesthésique finale, dans la période pré opératoire immédiate (3).

Ceci paraît d'autant plus étonnant que le contexte médico-légal est plus présent dans les pays anglo-saxons qu'en France (8,9).

Malgré des pratiques différentes, les taux de mortalité liés à l'anesthésie en France et dans certains pays semblent comparables, allant de 0,5 à 0,82 pour 100 000 procédures (10,11).

Depuis 1994, en France, visite pré-anesthésique et consultation pré-anesthésique sont donc indissociables. Cependant, depuis, la consultation pré-anesthésique a évolué, par le biais du cadre légal, dans ses aspects préventif, informatif et économique. Elle permet une prise en charge sécuritaire, à travers une évaluation clinique du patient et du terrain, une préparation du patient pour l'intervention et une planification de l'intervention. Elle peut ainsi donner lieu à une adaptation des traitements, à la prescription d'examen complémentaires ou de consultations spécialisées, permettant de définir une stratégie de prise en charge chirurgicale et anesthésique, et une optimisation péri opératoire du patient.

Comme le souligne Compère *et al*, en 2009, « *la consultation d'anesthésie, plus de 15 ans après l'application du décret sur la sécurité anesthésique du 5 Décembre 1994 est désormais un élément structurant et incontournable de la prise en charge opératoire* » (12).

L'auteur insiste également sur l'importance du rôle de la qualité de la consultation pré anesthésique dans la gestion du risque : « *Quelle que soit la chirurgie et son mode de pratique, ambulatoire ou intra-hospitalière, ou le geste diagnostique nécessitant une anesthésie, (...) l'évaluation pré-anesthésique requiert une attention particulière de l'état de santé du patient afin de minimiser au maximum le risque que pourrait encourir ce dernier.* »

Plusieurs études démontrent le lien entre consultation d'anesthésie et diminution de la morbi-mortalité anesthésique. En effet, Blitz *et al*. retrouvaient une réduction de près de 50% de mortalité en chirurgie programmée chez les patients ayant bénéficié d'une évaluation anesthésique pré opératoire (13,14).

Outre l'aspect sécuritaire, la consultation d'anesthésie a également évolué du point de vue informatif. Ainsi, depuis la loi du 4 mars 2002, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, l'information délivrée au patient n'est plus seulement une nécessité éthique ou déontologique mais également une obligation légale (15). Elle doit porter aussi bien sur des éléments généraux que sur des éléments spécifiques définis par l'ANAES (16). La consultation d'anesthésie constitue donc un moment privilégié pour délivrer une information claire, loyale et adaptée au patient, recueillir son consentement libre et éclairé, et effectuer une traçabilité de l'information donnée, essentielle à l'harmonisation et à la continuité des soins.

La consultation d'anesthésie a également un rôle économique important, à travers une juste prescription des examens complémentaires et des consultations spécialisées, participant ainsi à une meilleure maîtrise des dépenses de santé (17,18). Elle permet une diminution des

coûts liés aux annulations ou reports d'interventions et ainsi permettre une meilleure gestion de l'activité du bloc opératoire. En l'absence de consultation d'anesthésie, certaines études rapportent des taux d'annulation ou de report pouvant atteindre 30 à 47% (19,20). Selon notre enquête, 63,6% des anesthésistes interrogés estimaient que les reports d'intervention pour causes médicales étaient rares.

Si le rôle de la visite pré-anesthésique face à une consultation d'anesthésie de plus en plus exhaustive peut paraître mineur, et s'il est difficile d'évaluer la relation entre visite pré-anesthésique et morbi-mortalité anesthésique, son intérêt est indiscutable dans certaines situations.

Ceci s'applique tout particulièrement aux consultations d'anesthésies délocalisées ou à la télé-médecine.

La consultation d'anesthésie présentielle délocalisée se fait après accord des deux équipes d'anesthésie des établissements de santé concernés, et après consentement du patient. La consultation d'anesthésie dématérialisée est une consultation à distance entre l'anesthésiste et le patient, par le biais d'outils de vidéocommunication.

Leur mise en œuvre répond à un défi démographique, où l'éloignement géographique des patients représente parfois un frein à leur prise en charge, mais également à une demande anesthésique croissante, liée au vieillissement de la population et à l'augmentation des recours aux soins (21), aux enjeux économiques, et plus récemment au contexte de pandémie (22,23).

La consultation d'anesthésie délocalisée tout comme la consultation d'anesthésie dématérialisée sont des alternatives reconnues par la loi, disposant d'un cadre juridique (24), s'appuyant sur des propositions de la SFAR quant à leurs modalités de réalisations et ne dérogeant donc pas aux exigences de sécurité (25).

Ces pratiques offrent l'avantage de l'accessibilité, sans engendrer de surcoût (26), ni d'augmentation des reports de chirurgie (27,28).

Dans ce contexte, la VPA apparaît essentielle, en veillant à la validation des critères d'évaluation physiques relevés lors de la téléconsultation, du dossier de consultation, et des informations reçues. Elle permet également de créer un lien entre le médecin anesthésiste et le patient, au travers d'un premier contact physique, qui reste un élément majeur dans la relation médecin-malade. En effet, si dans les études nord-américaines (29,30), l'adhésion des patients à la télémédecine est bonne, dans une étude menée par le CHRU de Nancy sur l'acceptabilité de la téléconsultation d'anesthésie à domicile, près de la moitié des patients seulement étaient favorables à une téléconsultation, et l'opposition à celle-ci était principalement due à une préférence pour une rencontre physique (31).

Il en est de même pour les patients ayant des anesthésies itératives pour des interventions identiques et rapprochées, ou dans le cadre d'un parcours de soins coordonnés, un aménagement de la consultation d'anesthésie peut être réalisé, après accord du patient : une première consultation présentielle peut être effectuée, suivie de consultations téléphoniques ou en télémédecine pour les actes suivants. La visite pré anesthésique paraît alors indispensable afin de vérifier l'absence de modification clinique ou thérapeutique depuis la dernière consultation, pouvant entraîner une modification de prise en charge anesthésique, un report ou une annulation de l'intervention.

La visite pré anesthésique étant obligatoirement réalisée par un anesthésiste-réanimateur, la problématique du temps médical consacré se pose, du fait d'une inadéquation entre les effectifs d'anesthésistes-réanimateurs et les besoins de la population française.

D'un côté, la population générale française s'accroît et vieillit, nécessitant un recours aux soins plus important. De l'autre, le nombre d'actes d'anesthésie en France évolue, de 8 millions en 1996 à 11,5 millions en 2010 (32,33).

Parallèlement, l'instauration du numerus clausus en 1971 et les différentes réformes des études médicales, ont conduit à une baisse brutale, et inégale selon les spécialités, du nombre de médecins (34). Ces différentes politiques de santé ont entraîné un manque et une disparité selon les régions, de spécialistes dont les anesthésistes-réanimateurs.

En 2011, le sénateur M. Raymond Couderc attirait déjà l'attention du ministre de la santé sur l'avenir de la profession d'anesthésiste-réanimateur, et notamment sur la démographie médicale de ce corps à l'horizon 2020. La diminution de l'attractivité liée aux horaires de travail, aux contraintes en termes d'assurance et responsabilité civile professionnelle, entraînait une baisse d'entrée dans la profession. Il soulignait le risque d'inadéquation des effectifs aux besoins médicaux des Français, face à un corps de métier vieillissant, dont la moyenne d'âge était passée de 42,8 ans en 1989, à 51 ans en 2009. En dépit du temps de travail important, et ceci même en dehors des périodes des crises sanitaires (35), l'Anesthésie-Réanimation reste l'une des spécialités les plus prisées par les nouveaux internes (36).

Cependant, malgré l'augmentation du numerus clausus et du nombre de postes offerts à l'issue des épreuves classantes nationales en anesthésie-réanimation, en 2018 on dénombrait 11 497 Anesthésistes-Réanimateurs (AR) exerçant en France, représentant une densité moyenne de 17,2 Médecins Anesthésistes-Réanimateurs (MAR) pour 100 000 habitants (37). En comparaison, en 2016, la densité en Anesthésistes pour 100 000 habitants était de 20,8 aux États-Unis, 12,4 au Canada, 19,6 en Belgique et 17,8 au Royaume Uni (38).

Bien que les mesures entreprises afin de remédier au sous-effectif médical permettent une augmentation des effectifs de 3% par an, l'inadéquation du nombre d'anesthésistes-réanimateurs aux besoins de la population, ne sera pas corrigée avant plusieurs années (39,40).

Selon notre enquête, plus d'un tiers des médecins réalisaient entre 10 et 20 VPA par jour, et 42,7 % estimaient à plus de 5 mn le temps consacré à une VPA

Pour 42,9 % d'entre eux, il arrivait parfois de ne pas pouvoir faire les visites pré-anesthésiques, principalement par manque de temps.

On peut dès lors se poser la question de la réalisation de la visite pré anesthésique par le personnel paramédical, sachant que la problématique du temps médical consacré est corrélée à la problématique du coût. L'évaluation pré opératoire du patient par le personnel paramédical n'est pas une question récente, elle a déjà été évoquée à maintes reprises, et fait toujours débat. En 1992, Severn et Morris soulèvent la question de l'importance de la visite pré opératoire, pour qui et par qui, avec en toile de fond la problématique managériale. Pour les auteurs, la visite pré opératoire est un devoir essentiel, garantissant une pratique sécuritaire, devant être réalisée par les anesthésistes et ne pouvant être déléguée aux infirmières de bloc, le contexte médico-légal et le droit à l'information du patient étant les arguments en faveur de cette prise de position (41).

En 2011, l'European Society of Anaesthesiology (ESA), s'appuyant sur des études démontrant une équivalence entre infirmières entraînées et anesthésistes concernant l'évaluation pré opératoire des patients, suggère qu'une évaluation par des infirmières qualifiées (recommandations de grade C) ou des internes d'anesthésie (recommandations de grade D), peut être réalisée mais doit être complétée par un anesthésiste senior (42).

Par ailleurs, la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 introduit le principe de la pratique avancée des professionnels paramédicaux (43), permettant théoriquement aux Infirmiers Anesthésistes Diplômés d'Etat (IADE) d'être responsables de l'ensemble d'une stratégie péri-opératoire.

La même année, Michel Sfez, président du Comité Vie Professionnelle de la SFAR, rappelle :  
*« tant en termes de compétence que de responsabilité, la consultation et la visite pré*

*anesthésiques sont des actes médicaux, engageant la responsabilité des médecins anesthésistes-réanimateurs. [...] Cette responsabilité ne se délègue pas.* » (44).

Une des solutions à cette problématique du temps médical serait la réalisation de la VPA selon le terrain ou le contexte. En effet, plus de la moitié des répondants à notre enquête pensent que la VPA a un intérêt uniquement chez certains patients.

Ainsi, par exemple, le délai séparant la CPA de l'intervention et donc de la VPA ne faisant pas l'objet d'un consensus, l'intérêt d'une VPA réalisée dans un intervalle court par rapport à une CPA peut paraître limité, selon le terrain du patient.

Un autre critère envisageable de sélection serait le score ASA (45) (annexe 2). Selon 94,1% des participants, les critères justifiant une VPA sélective étaient les patients à risque, ASA 3 et 4.

En effet, l'âge et le score ASA sont des facteurs de risque reconnus en anesthésie, nécessitant d'autant plus de vigilance, le taux de décès lié à l'anesthésie chez ces patients restant important (13,46). Or, du fait du vieillissement de la population, le nombre de patients poly-pathologiques et comorbides augmente (47). Réaliser une vérification ultime chez ces patients fragiles et à risque apparaît dès lors totalement justifié, afin de finaliser au mieux la stratégie anesthésique (48–50).

De même, pour les patients mineurs, la VPA permet de vérifier la présence du consentement écrit des parents, d'évaluer la nécessité d'une prémédication (51), et d'éliminer une éventuelle infection des voies aériennes supérieures, fréquente chez l'enfant, et principale cause d'événements indésirables per-anesthésiques (52–54).

En dehors d'un contexte de pandémie, durant laquelle la recherche de signes cliniques ou biologiques d'infection est obligatoire et réalisée lors de la VPA, on pourrait se poser la question de l'intérêt de la VPA, d'un point de vue médical pour les patients ASA 1 et 2,

considérés à faible risque de morbidité et de mortalité péri-opératoire, d'autant que les progrès en anesthésie ont diminué le risque anesthésique.

Selon notre enquête, les médecins qui ont répondu que la VPA n'avait « aucun intérêt » ont justifié leur réponse en pointant le caractère redondant voire futile de la VPA pour certains patients, particulièrement les patients ASA 1 ou 2, pour lesquels aucun examen complémentaire n'est attendu, et pour qui une hospitalisation la veille est programmée pour des raisons organisationnelles.

En effet, malgré une augmentation constante du nombre d'anesthésie en France (33), le nombre de décès imputables à l'anesthésie a été divisé par cinq en 10 ans, représentant un taux de décès de 0,7 pour 100 000 procédures au début des années 2000. Cette réduction apparaît quelle que soit la classe ASA, avec des taux de décès allant de 0,4 à 5,50 pour 100 000 procédures, pour les classes ASA 1 et 4 respectivement (13).

Par ailleurs, l'évolution de l'anesthésie ambulatoire et de la Réhabilitation Améliorée Après Chirurgie (RAAC), conduisant à une hospitalisation le matin même de l'intervention, amène à reconsidérer les modalités de réalisation de la visite pré anesthésique. En effet, grâce à une véritable volonté politique et économique, l'anesthésie et la chirurgie ambulatoire ont connu une progression constante au cours des dernières années, passant de 44,4% en 2010 à 57,6% en 2018 (55,56).

Dans une conférence d'actualisation de la SFAR en 2018, le Pr Ecoffey soulignait à travers la progression de l'ambulatoire et de la RAAC les enjeux pour la VPA : « *La visite pré-anesthésique, la veille au soir, doit être simplifiée, ce d'autant que demain, 80 % des patients viendront le jour de leur intervention. Le décret de 1994 va être modifié pour permettre la visite pré-anesthésique le jour de l'induction.* » (57).



Effectivement, en 2018, des modifications sont apportées au décret de 1994, précisant que la VPA doit être réalisée « *dans les vingt-quatre heures précédant l'acte nécessitant une anesthésie.* » (58). Ces précisions permettent de tenir compte du mode d'hospitalisation, qu'il soit conventionnel ou ambulatoire.

Le Pr Ecoffey propose alors une check-list à l'arrivée en ambulatoire ou en service, le jour de l'intervention, qui permettrait à l'anesthésiste-réanimateur de faire la VPA immédiatement avant l'anesthésie, au bloc opératoire (57) (annexe 3).

Cette proposition, en dehors du contexte de RAAC et d'ambulatoire, a pour intérêt de diminuer le nombre d'intervenants auxquels le patient à affaire : notre enquête révèle que selon 83,9% des participants, le médecin qui réalisait la VPA n'était pas celui qui prenait en charge le patient au bloc opératoire.

Cette multiplicité d'intervenants, souvent liée à des raisons organisationnelles au sein des structures, amène à se poser la question de la délégation de la responsabilité, ainsi que du partage des informations données au patient.

La réalisation de la check-list « anesthésique » peut cependant paraître redondante avec la check-list « sécurité du patient au bloc opératoire », élaborée par l'HAS et les sociétés savantes (59) (annexe 4). Cette dernière, commune aux différents acteurs du bloc, a été définie comme pratique exigible prioritaire en 2010, à travers la procédure de certification des établissements de santé.

Cette check-list commune vise à améliorer le partage des informations entre les équipes soignantes, et à réaliser une vérification croisée de critères essentiels avant, pendant, et après la chirurgie. Son efficacité sur la morbi-mortalité opératoire a été démontrée par de nombreux travaux (60–62). Bien que certaines vérifications soient communes (existence éventuelle d'un

risque allergique, d'inhalation, de saignement, etc.), les objectifs de cette check-list sont différents de celle de la check-list d'anesthésie, excluant de fait la fusion ou le remplacement de la VPA par celle-ci, d'autant que le coordonnateur de la check-list est rarement l'anesthésiste-réanimateur.

Nous proposons une organisation de la VPA dès la CPA (annexe 5), selon le score ASA du patient et du délai avant la chirurgie.

La VPA est réalisée en chambre par un anesthésiste si le patient est ASA III ou IV, ou si la CPA a eu lieu depuis plus d'un mois. En revanche, elle est réalisée directement au bloc opératoire, si le patient est ASA I ou II et que le délai depuis la CPA est court, après validation de la check-list anesthésie (annexe 3) par l'Infirmière diplômée d'Etat (IDE) du service de chirurgie. Cette gestion plus efficiente, respectueuse des obligations légales, permet d'individualiser la période pré opératoire tout en préservant la sécurité de chaque patient.

## **Conclusion**

Depuis 1994, aucune étude n'avait évalué la réalisation de la VPA par les Médecins Anesthésistes-Réanimateurs.

Cette enquête des pratiques, nous apporte plusieurs informations, tant sur l'intérêt de la VPA ressenti par les professionnels, que son impact sur la prise en charge péri-opératoire des patients. Cette seconde évaluation pré opératoire, complémentaire de la CPA, et instaurée dans un objectif de sécurité du patient, fait face à une véritable remise en question, du fait des avancées médico-chirurgicales et de l'évolution sociétale (contexte économique, cadre juridique, progrès technologiques). Encadrée par les Sociétés Savantes, l'évaluation anesthésique pré opératoire se doit ainsi d'être en constante évolution, adaptée à ces changements et à son temps.

Un travail complémentaire concernant la VPA du point de vue du patient permettrait également d'avoir une évaluation plus exhaustive sur le sujet.

## Références :

1. Décret no 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). 94-1050 déc 5, 1994.
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. Dobson et al. - 2020 - Guidelines to the Practice of Anesthesia – J Can Anesth (2020) 67:64–99.
4. Belgian standards for patient safety in anesthesia. Acta Anaesth. Belg., 2020, 71, 5-14.
5. Pre-operative assessment and patient preparation. The Association of Anaesthetists of Great Britain and Ireland. 2010.
6. Basic Standards for PreAnesthesia Care. ASA House of Delegates on October 14, 1987, and last affirmed on October 28, 2015.
7. Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (DGAI), Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM), Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (DGCH), Zwissler B. Präoperative Evaluation erwachsener Patienten vor elektiven, nicht Herz-Thorax-chirurgischen Eingriffen. Anaesthesist. juin 2017;66(6):442-58.
8. Jena AB, Chandra A. Malpractice Risk According to Physician Specialty. The New England Journal of Medicine. 2011;8.
9. Wallace E, Lowry J, Smith SM, Fahey T. The epidemiology of malpractice claims in primary care: a systematic review. BMJ Open. juin 2013;3(7):e002929.
10. Li G, Warner M, Lang BH, Huang L, Sun LS. Epidemiology of Anesthesia-related Mortality in the United States,. 2010;14.
11. Gibbs NM. National Anaesthesia Mortality Reporting in Australia from 1985–2008. Anaesthesia and Intensive Care. mai 2013;41(3):294-301.
12. Compère V, Dureuil B. Consultation d'anesthésie. 51e Congrès national d'anesthésie et de réanimation. Médecins. Les essentiels.:12.
13. Lienhart A, Warszawski J. Survey of Anesthesia-related Mortality in France. 2006;105(6):11.
14. Blitz JD, Kim JT. Preoperative Evaluation Clinic Visit Is Associated with Decreased Risk of In-hospital Postoperative Mortality. Perioperative Medicine. :15.
15. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.
16. ANAES. Information des patients. Recommandations destinées aux Médecins. Mars 2000.
17. Finegan BA, Rashid S, McAlister FA, O'Connor P. Selective ordering of preoperative investigations by anesthesiologists reduces the number and cost of tests. Can J Anesth/J Can Anesth. juin 2005;52(6):575-80.
18. Kaplan EB, Sheiner LB, Boeckmann AJ, Roizen MF, Beal SL, Cohen SN, Nicoll CD. MF. The usefulness of preoperative laboratory screening. JAMA. 1985 Jun 28;253(24):3576-81. PMID: 3999339. :6.
19. Ferschl MB, Glick DB. Preoperative Clinic Visits Reduce Operating Room Cancellations and Delays. 2005;103(4):5.
20. van Klei WA, Moons KGM, Rutten CLG, Schuurhuis A, Knape JTA, Kalkman CJ, et al. The Effect of Outpatient Preoperative Evaluation of Hospital Inpatients on Cancellation of Surgery and Length of Hospital Stay. ANESTH ANALG. :6.
21. Bouaziz H. Téléconsultation en anesthésie, la consultation de demain ? MAPAR. 2012;6.
22. Greenhalgh T, Wherton J, Shaw S, Morrison C. Video consultations for covid-19. BMJ. 12 mars 2020;m998.

23. Smith AC, Thomas E, Snoswell CL, Haydon H, Mehrotra A, Clemensen J, et al. Telehealth for global emergencies: Implications for coronavirus disease 2019 (COVID-19). *J Telemed Telecare*. juin 2020;26(5):309-13.
24. Décret n° 2010-1229 du 19 octobre 2010 relatif à la télémédecine. 2010-1229 oct 19, 2010.
25. SFAR. Consultations d'anesthésies délocalisées, itératives ou en télémédecine : Propositions du comité analyse et maîtrise du risque. Juin 2017 [Internet]. [cité 25 juill 2020]. Disponible sur: <https://sfar.org/download/consultations-danesthesies-delocalisees-iteratives-ou-en-telemedecine-propositions-du-comite-analyse-et-maitrise-du-risque/?wpdmdl=26078&refresh=5f1bc60eb71ff1595655694>
26. de la Torre-Díez I, López-Coronado M, Vaca C, Aguado JS, de Castro C. Cost-Utility and Cost-Effectiveness Studies of Telemedicine, Electronic, and Mobile Health Systems in the Literature: A Systematic Review. *Telemedicine and e-Health*. févr 2015;21(2):81-5.
27. Applegate RL, Gildea B, Patchin R, Rook JL, Wolford B, Nyirady J, et al. Telemedicine Pre-anesthesia Evaluation: A Randomized Pilot Trial. *Telemedicine and e-Health*. mars 2013;19(3):211-6.
28. Mullen-Fortino M, Rising KL, Duckworth J, Gwynn V, Sites FD, Hollander JE. Presurgical Assessment Using Telemedicine Technology: Impact on Efficiency, Effectiveness, and Patient Experience of Care. *Telemedicine and e-Health*. févr 2019;25(2):137-42.
29. Boedeker BH, Murray WB, Berg BW. Patient perceptions of preoperative anaesthesia assessment at a distance. *J Telemed Telecare*. déc 2007;13(3\_suppl):22-4.
30. Wong et al. - Preadmission anesthesia consultation using telemedicine technology: a pilot study. *Anesthesiology* 2004; 100:1605–7.
31. Anaïs Roche Interne 4e année du DES d'anesthésie-réanimation, Thilly N, Boileau S, Bouaziz H. Téléconsultation d'anesthésie au domicile : une enquête d'acceptabilité. *Can J Anesth/J Can Anesth*. mai 2018;65(5):597-9.
32. Clergue F, Auroy Y, Péquignot F, Jouglu E, Lienhart A, Laxenaire MC. French Survey of Anesthesia in 1996. *Anesthesiology*. 1999;91:12.
33. Dadure C, Marie A, Seguret F, Capdevila X. One year of anaesthesia in France: A comprehensive survey based on the national medical information (PMSI) database. Part 1: In-hospital patients. *Anaesthesia Critical Care & Pain Medicine*. août 2015;34(4):191-7.
34. Ecoffey C, Pontone S. Démographie médicale en anesthésie-réanimation : causes et conséquences ? SFAR Le Congrès. 2017;Conférence d'Actualisation.
35. ISNI. Enquête - Temps de travail des internes [Internet]. 2020 [cité 28 janv 2022]. Disponible sur: <https://isni.fr/enquete-temps-de-travail-des-internes/>
36. DREES - Etudes & Résultats - Mars 2017 - numéro 1006 [Internet]. [cité 27 janv 2022]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er1006-2.pdf>
37. Institut national de la statistique et des études économiques, éditeur. Tableaux de l'économie française. Edition 2019. Paris: Insee; 2019.
38. Kempthorne P, Morriss WW, Mellin-Olsen J, Gore-Booth J. The WFSA Global Anesthesia Workforce Survey: Anesthesia & Analgesia. sept 2017;125(3):981-90.
39. Pontone S, Brouard N. La démographie médicale des anesthésistes réanimateurs est-elle encore compromise en France à l'horizon 2020 ? *Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation*. déc 2010;29(12):862-7.
40. Pontone S, Brouard N. La démographie des anesthésistes réanimateurs. *JARCA*. 2012;17.
41. Severn AM, Morris P. Anaesthetists, nurses, and pre-operative visiting. *Anaesthesia*. 1992;47(8):645-645.

42. De Hert S, Imberger G, Carlisle J, Diemunsch P, Fritsch G, Moppett I, et al. Preoperative evaluation of the adult patient undergoing non-cardiac surgery: guidelines from the European Society of Anaesthesiology. *European Journal of Anaesthesiology*. oct 2011;28(10):684-722.
43. LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (1). 2016-41 janv 26, 2016.
44. SFAR - Comité Vie Professionnelle. La consultation d'anesthésie est un acte médical. Textes réglementaires 2016. [www.sfar.org](http://www.sfar.org).
45. Ae et al. ASA Physical Status Classification System. :4. Guidelines, statements, clinical resources. [www.asahq.org](http://www.asahq.org).
46. Min AD. Mortality associated with anaesthesia: a qualitative analysis to identify risk factors. 2001;13.
47. INSEE. Tableaux de l'économie française Édition 2018. <https://www.insee.fr/>.
48. Jewell ER, Persson AV. Preoperative Evaluation of the High-Risk Patient. *Surgical Clinics of North America*. févr 1985;65(1):3-19.
49. Gomersall CD, Ramsay SJ, Leung P. Hospital and 28-Day Mortality Amongst 'High Risk' Surgical Patients. A Retrospective Cohort Study. *Anaesthesia and Intensive Care*. janv 2008;36(1):20-4.
50. Chow WB, Rosenthal RA, Merkow RP, Ko CY, Esnaola NF. Optimal Preoperative Assessment of the Geriatric Surgical Patient: A Best Practices Guideline from the American College of Surgeons National Surgical Quality Improvement Program and the American Geriatrics Society. *Journal of the American College of Surgeons*. oct 2012;215(4):453-66.
51. Short JA, Gordon JK. Preoperative assessment and preparation for anaesthesia in children. *Anaesthesia & Intensive Care Medicine*. août 2015;16(8):381-8.
52. Habre W, Disma N, Virag K, Becke K, Hansen TG, Jöhr M, et al. Incidence of severe critical events in paediatric anaesthesia (APRICOT): a prospective multicentre observational study in 261 hospitals in Europe. *The Lancet Respiratory Medicine*. mai 2017;5(5):412-25.
53. Tait AR, Malviya S. Anesthesia for the Child with an Upper Respiratory Tract Infection: Still a Dilemma?: *Anesthesia & Analgesia*. janv 2005;100(1):59-65.
54. von Ungern-Sternberg BS, Boda K, Chambers NA, Rebmann C, Johnson C, Sly PD, et al. Risk assessment for respiratory complications in paediatric anaesthesia: a prospective cohort study. *The Lancet*. sept 2010;376(9743):773-83.
55. Marie A, Dadure C, Seguret F, Capdevila X. One year of anaesthesia in France: A comprehensive survey based on the national medical information (PMSI) database. Part 2: Out-hospital patients. *Anaesthesia Critical Care & Pain Medicine*. août 2015;34(4):199-204.
56. ACFA - Taux de chirurgie ambulatoire de 2018. Newsletter [Internet]. [cité 25 juill 2020]. Disponible sur: [https://www.chirurgie-ambulatoire.org/uploads/6/4/6/4/64646507/newsletter\\_taux\\_ca\\_2018\\_v2.pdf](https://www.chirurgie-ambulatoire.org/uploads/6/4/6/4/64646507/newsletter_taux_ca_2018_v2.pdf)
57. Ecoffey C. Consultation d'anesthésie et télé-médecine: mode d'emploi. SFAR Le Congrès. 2018;Conférence d'Actualisation:8.
58. Décret n° 2018-934 du 29 octobre 2018 relatif à la surveillance post-interventionnelle et à la visite pré-anesthésique. 2018-934 oct 29, 2018.
59. HAS. Check-list Sécurité du patient au bloc opératoire et son mode d'emploi - version 2018.
60. Haynes AB, Weiser TG, Berry WR, Lipsitz SR, Breizat A-HS, Dellinger EP, et al. A Surgical Safety Checklist to Reduce Morbidity and Mortality in a Global Population. *N Engl J Med*. 29 janv 2009;360(5):491-9.
61. Saxena S, Krombach JW, Nahrwold DA, Pirracchio R. Anaesthesia-specific checklists: A systematic review of impact. *Anaesthesia Critical Care & Pain Medicine*. févr 2020;39(1):65-73.

62. Abbott TEF, Ahmad T, Phull MK, Fowler AJ, Hewson R, Biccand BM, et al. The surgical safety checklist and patient outcomes after surgery: a prospective observational cohort study, systematic review and meta-analysis. *British Journal of Anaesthesia*. janv 2018;120(1):146-55.

## Annexes

Annexe 1 : Questionnaire d'Évaluation des Pratiques de la Visite Pré-Anesthésique pour les patients hospitalisés.

1 - Vous êtes ?

Interne / CCA - assistant / PH – PHc - Praticien clinicien / MCU-PH / PU-PH / Anesthésiste-Réanimateur libéral

2 - Vous travaillez dans un établissement ?

CHU / CHG / Privé / Autre (PSPH / CLCC / HIA)

3 - Qui fait les VPA dans votre service ? (*Plusieurs réponses possibles*)

Interne / CCA - Assistant / PH – PHc - Praticien clinicien / MCU-PH / PU-PH / Anesthésiste-Réanimateur libéral / Je ne sais pas

4 - Faites-vous les VPA dans votre service ?

Oui / Non

*Si la réponse est non, merci de ne pas répondre aux questions suivantes et validez le questionnaire directement.*

5 - Dans votre service, y a-t-il une activité d'anesthésie pédiatrique ?

Exclusive / Non exclusive / Aucune

6 – Dans votre service, le médecin qui fait la VPA d'un patient est-t-il forcément responsable de l'induction de ce patient ?

Oui / Non

*Si la réponse est oui, merci de ne pas répondre aux questions 7 et 8 et allez directement question 9*

7 - Au bloc, avant l'induction, vérifiez-vous les conclusions de la VPA ?

Jamais / Rarement / Parfois / Souvent / Tout le temps

8 - Au bloc, avant l'induction, vérifiez-vous de nouveau les examens préopératoires malgré la traçabilité écrite de la VPA ?

Jamais / Rarement / Parfois / Souvent / Tout le temps

9 - Dans votre service, les VPA concernant les patients hospitalisés sont-elles faites pour tous les patients ?

Oui / Non / Uniquement certains patients

10 - Si "uniquement certains patients" ? (*Plusieurs réponses possibles*)

Patient mineur / Patient ASA 3-4 / Patients ayant été soumis à un staff (anesthésique ou chirurgical) / Patient ayant eu une consultation d'anesthésie délocalisée / Anesthésies itératives sans consultation

11 - Quand faites-vous les VPA pour les patients hospitalisés ?

La veille de l'intervention / Le jour de l'intervention en chambre / Le jour de l'intervention au bloc

12 – Effectuez-vous une traçabilité (écrite ou informatisée) de la VPA ?

Jamais / Rarement / Parfois / Souvent / Tout le temps

13 - Combien estimez-vous faire de VPA par jour pour les patients hospitalisés ?

< 10 / 10-20 / 21-30 / >30

14 - En moyenne, combien de temps vous prend une VPA ?

< 5 min / > 5 min

15 - Lors des VPA, voyez-vous systématiquement ?

Les dossiers (bilans et examens préopératoires) / Les patients / Les deux

16 – Lors des VPA, les bilans et examens prescrits à la CPA sont-ils disponibles ?

Jamais / Rarement / Parfois / Souvent / Tout le temps

17 - Constatez-vous que les VPA entraînent des modifications de prise en charge anesthésique des patients ?

Jamais / Rarement / Parfois / Souvent / Tout le temps

18 – Selon vous, les VPA ont un intérêt ?

Pour tous les patients / Uniquement certains patients / Aucun patient

19 - Si “uniquement certains patients “ ? (*Plusieurs réponses possibles*)

Patient mineur / Patient ASA 3-4 / Patients ayant été soumis à un staff (anesthésique/chirurgical) / Consultation d'anesthésie délocalisée / Anesthésies itératives sans consultation

20 - Selon vous, les VPA ont un intérêt ?

Médical / Légal / Les deux / Aucun intérêt

*Si la réponse est « aucun intérêt » merci de justifier en moins de 500 caractères.*

21 – Vous arrive-t-il parfois de ne pas faire les VPA ?

Oui / Non

22 – Si « oui », pourquoi ? (*Plusieurs réponses possibles*)

Manque de temps / Manque d'intérêt / Oubli / Services d'hospitalisation éloignés géographiquement

23 - Constatez-vous des reports d'interventions le jour du bloc pour causes médicales ?

Jamais / Rarement / Parfois / Souvent / Tout le temps



Annexe 2 : ASA Physical Status Classification System, selon (45).

<i>Classe ASA</i>	<i>Définition</i>
ASA I	Patient normal en bonne santé
ASA II	Patient avec anomalie systémique modérée
ASA III	Patient avec anomalie systémique sévère
ASA IV	Patient avec anomalie systémique sévère représentant une menace vitale constante
ASA V	Patient moribond dont la survie est improbable sans l'intervention
ASA VI	Patient déclaré en état de mort cérébrale dont on prélève les organes pour greffe

## VISITE PRÉ ANESTHÉSIQUE

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

Annexe 4 : Check-list Sécurité du patient au bloc opératoire et son mode d'emploi - HAS - version 2018

**CHECK-LIST « SÉCURITÉ DU PATIENT AU BLOC OPÉRATOIRE »**

Version 2018

« Vérifier ensemble pour décider »

Bloc : ..... Salle : .....  
 Date d'intervention : ..... Heure (début) : .....  
 Chirurgien « intervenant » : .....  
 Anesthésiste « intervenant » : .....  
 Coordonnateur(s) check-list : .....

Identification du patient  
 Étiquette du patient ou  
 Nom, prénom, date de naissance

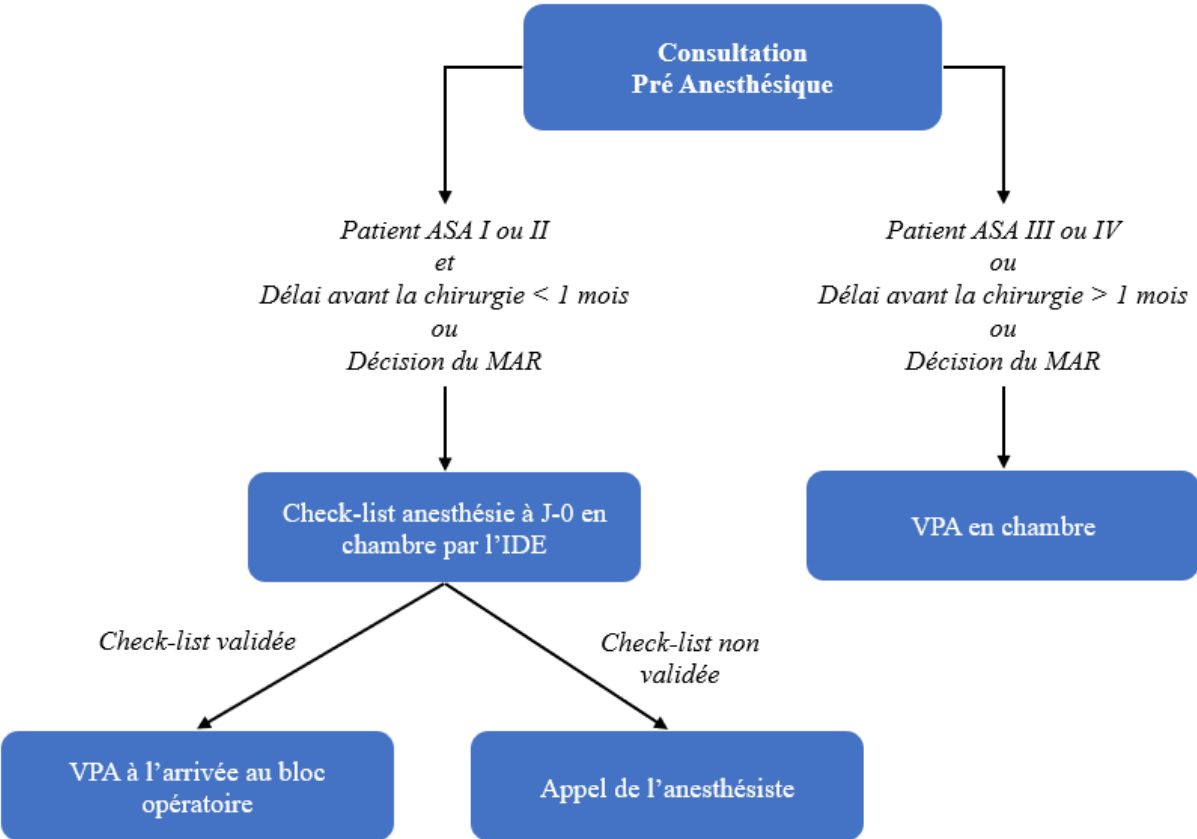
<p><b>AVANT INDUCTION ANESTHÉSIQUE</b>                  Temps de pause avant anesthésie</p>	<p>1. L'identité du patient est correcte <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non*                  L'autorisation d'opérer est signée par les parents ou le représentant légal <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non*  <input type="checkbox"/> N/A</p>	<p>2. L'intervention et le site opératoire sont confirmés :                  idéalement par le patient et, dans tous les cas, par le dossier ou protocole spécifique <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non*                  la documentation clinique et para clinique nécessaire est disponible en salle <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non*</p>	<p>3. Le mode d'installation est connu de l'équipe en salle, cohérent avec le site / l'intervention et non dangereux pour le patient <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non*</p>	<p>4. La préparation cutanée de l'opéré est documentée dans la fiche de liaison service / bloc opératoire (ou autre procédure en œuvre dans l'établissement) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non*  <input type="checkbox"/> N/A</p>	<p>5. L'équipement / le matériel nécessaires pour l'intervention sont vérifiés et adaptés au poids et à la taille du patient                  pour la partie chirurgicale <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non*                  pour la partie anesthésique <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non*                  Acte sans prise en charge anesthésique <input type="checkbox"/> N/A</p>	<p>6. Le patient présente-t-il un :                  risque allergique <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui*                  risque d'inhalation, de difficulté d'intubation ou de ventilation au masque <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui*                  risque de saignement important <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui*</p>	<p>7. Vérification « ultime » croisée au sein de l'équipe en présence des chirurgiens(s), anesthésiste(s), IADE-IBODE/IDE                  identité patient confirmée <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non*                  intervention prévue confirmée <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non*                  site opératoire confirmé <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non*                  installation correcte confirmée <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non*                  documents nécessaires disponibles (notamment imagerie) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non*  <input type="checkbox"/> N/A</p>	<p>8. Partage des informations essentielles oralement au sein de l'équipe sur les éléments à risque / étapes critiques de l'intervention (time-out)                  sur le plan chirurgical <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non*                  (temps opératoire difficile, points spécifiques de l'intervention, identification des matériels nécessaires, confirmation de leur opérationalité, etc.)                  sur le plan anesthésique <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non*                  Acte sans prise en charge anesthésique (risques potentiels liés au terrain (hypothermie, etc.) ou à des traitements éventuellement maintenus, etc.) <input type="checkbox"/> N/A</p>	<p>9. L'antibioprophylaxie a été effectuée selon les recommandations et protocoles en vigueur dans l'établissement <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non*                  La préparation du champ opératoire est réalisée selon le protocole en vigueur dans l'établissement <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non*  <input type="checkbox"/> N/A</p>	<p>→ <b>DÉCISION FINALE</b>  <input type="checkbox"/> GO = OK pour incision  <input type="checkbox"/> NO GO = Pas d'incision !                  Si No Go : conséquence sur l'intervention ? <input type="checkbox"/> Retard <input type="checkbox"/> Annulation</p>
<p><b>AVANT INTERVENTION CHIRURGICALE</b>                  Temps de pause avant incision (appelé aussi time-out)</p>	<p>10. Confirmation orale par le personnel auprès de l'équipe :                  de l'intervention enregistrée <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non*                  du compte final correct <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non*                  des compresses, aiguilles, instruments, etc. <input type="checkbox"/> N/A                  de l'étiquetage des prélèvements, pièces opératoires, etc. <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non*                  si des événements indésirables ou porteurs de risques médicaux sont survenus : ont-ils fait l'objet d'un signalement / déclaration ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> N/A                  Si aucun événement indésirable n'est survenu pendant l'intervention cochez N/A</p>	<p>11. Les prescriptions et la surveillance post-opératoires (y compris les seuils d'alerte spécifiques) sont faites conjointement par l'équipe chirurgicale et anesthésique et adaptées à l'âge, au poids et à la taille du patient <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non*</p>	<p>Décision concertée et motivée en cas de réponse dans une case marquée d'un *</p>	<p><b>ATTENTION SILENCIEUX !</b>                  Associer les parents à la vérification de l'identité, de l'intervention et du site opératoire.                  Autorisation d'opérer signée.                  Installation, matériel et prescription adaptés au poids, à l'âge et à la taille.                  Prévention de l'hypothermie.                  Seuls d'alerte en post-op définis.</p>	<p><b>SELON PROCÉDURE EN VIGUEUR DANS L'ÉTABLISSEMENT</b>                  Attestation que la check-list a été renseignée suite à un partage des informations entre les membres de l'équipe                  Chirurgien Anesthésiste / IADE Coordonnateur CL</p>					

Le rôle du coordonnateur de la check-list, aidé par les chirurgien(s) et anesthésiste(s) responsables de l'intervention, est de cocher les items de la check-list : 1. si la vérification a bien été effectuée, 2. si la vérification a été faite ensemble en présence des membres de l'équipe concernée et 3. si les réponses marquées « oui » ont fait l'objet d'une concertation en équipe et d'une décision motivée.



N/A : Non Applicable pour cette intervention ; NR : Non Recommandé pour cette intervention

Annexe 5 : proposition d'organisation de la visite pré anesthésique depuis la consultation pré anesthésique.



## **Visite pré anesthésique du patient hospitalisé en France en 2018 : enquête de pratiques auprès des professionnels**

### **Résumé**

---

Introduction : La consultation et la visite pré-anesthésiques, constituent une particularité française en matière de sécurité anesthésique. Depuis le décret de 1994, aucune étude n'a évalué la pratique de la VPA. Cette enquête a pour but d'objectiver la réalisation de celle-ci en France (hors patients ambulatoires) en 2018.

Matériels et méthodes : Le service d'Anesthésie du CHU de Saint Pierre (Réunion) a diffusé un questionnaire d'évaluation des pratiques concernant la VPA du patient hospitalisé (23 questions à choix unique ou multiple), de Juin à Décembre 2018 sur le site de la SFAR. Nous avons recensé et analysé l'ensemble des questionnaires.

Résultats : 1217 sur 1341 participants (90,8 %) disent effectuer les VPA. 84,1 % des praticiens interrogés les font la veille, 15,9 % le jour de l'intervention, à raison de moins de 10 VPA par jour pour 64 % d'entre eux. Pour 57,3 % des participants, le temps moyen de réalisation d'une VPA est inférieur à 5 minutes. Lorsqu'il arrive parfois aux médecins de ne pas faire les visites pré-anesthésiques, comme c'est le cas pour 42,9 % d'entre eux, le manque de temps est la raison principalement évoquée (69,7 %).

Pour 83,9 % des praticiens, celui qui réalise la VPA n'est pas forcément celui qui est responsable de l'induction du patient. 68,7 % des anesthésistes estiment que la VPA a un intérêt médical et légal. 56,9 % pensent qu'elle a un intérêt « uniquement pour certains patients », unanimement pour les patients ASA 3-4.

Conclusion : Depuis 1994, la prise en charge péri-opératoire du patient a beaucoup évolué. Dès lors, il est envisageable de réévaluer la pratique de la VPA.

**Discipline** : Anesthésie

---

**Mots-clés** : anesthésie, visite pré anesthésique, évaluation pré opératoire

---

## **Pre-anaesthetic visit of hospitalized patient in France in 2018: survey of practices among professionals**

### **Abstract**

---

**Background:** The pre-anaesthetic consultation and visit are a French particularity in terms of anaesthetic safety. Since the 1994 decree, no study has evaluated the practice of the pre-anaesthetic visit (PAV). The aim of this survey is to assess the performance of this procedure in France (excluding outpatients) in 2018.

**Materials and methods:** The Anesthesia Department of the University Hospital of Saint-Pierre (Reunion Island) distributed a questionnaire to evaluate practice concerning inpatient PAV (23 single- or multiple-choice questions), from June to December 2018 on the SFAR website. We identified and analyzed all questionnaires.

**Results:** 1217 out of 1341 participants (90.8%) reported performing PAVs. 84.1% of the practitioners surveyed performed them the day before the procedure, 15.9% the day of the procedure, with less than 10 PAVs per day for 64% of them. For 57.3% of participants, the average time to perform a PAV was less than 5 minutes. When physicians sometimes did not perform pre-anesthesia visits, as was the case for 42.9% of them, lack of time was the main reason given (69.7%).

For 83.9% of practitioners, the anesthetist who performs the PAV is not necessarily the one responsible for the patient's general anesthesia. 68.7% of anesthesiologists believe that PAV has a medical and legal interest. 56.9% thought that it was of interest "only for certain patients", unanimously for ASA 3-4 patients.

**Conclusion:** Since 1994, the perioperative management of the patient has evolved considerably. It is therefore possible to re-evaluate the practice of pre-anaesthetic visit.

**Discipline:** Anaesthesia

---

**Keywords:** anaesthesia, pre-anaesthetic visit, pre-operative evaluation

---