

Consultations d'anesthésies délocalisées, itératives ou en télé-médecine : *Propositions du comité analyse et maîtrise du risque*

Date : 27 juin 2017

Texte validé par le comité d'administration de la SFAR le 29 juin 2017.

Comité Analyse et Maitrise du Risque

Guillaume de Saint Maurice, Pierre Trouiller, Vincent Piriou, Frédéric Aubrun, Alexandre Theissen, Ségolène Arzalier-Daret, Didier Fressard, Benjamin Gafsou, Jean Lemarié, Antonia Blanié, Julien Picard, Gilles Boccara, Marie-Paule Chariot.

Société française d'anesthésie réanimation,
Paris.

I. Éléments de contexte

A. Position réglementaire française

Pour tout acte programmé, une consultation pré-anesthésique doit avoir lieu plusieurs jours avant l'acte chirurgical ou technique [art. D.6124-92 CSP, décret du 5 décembre 1994]. Cette consultation est indissociable de l'intervention pour laquelle elle est spécifiquement demandée et réalisée. Il s'agit d'un acte médical accompli par un médecin anesthésiste réanimateur qui engage sa responsabilité.

Les objectifs de la consultation d'anesthésie sont :

- *d'évaluer* l'état clinique du patient et de son terrain,
- de *préparer* le patient pour l'intervention,
- *d'informer* le patient sur les modalités d'anesthésie, d'analgésie et l'ensemble de la période péri-opératoire, en étroite collaboration avec le chirurgien ou médecin opérateur,
- de *recueillir* le consentement libre et éclairé du patient à l'acte envisagé,
- et de *planifier* l'intervention.

Le partage des informations médicales et la collaboration étroite entre l'opérateur et le médecin anesthésiste réanimateur sont incontournables et ont été rappelés par la Haute Autorité en Santé (HAS) en Novembre 2015 [HAS. Coopération entre anesthésistes-réanimateurs et chirurgiens : mieux travailler en équipe. Novembre 2015¹].

La consultation est tracée dans le dossier d'anesthésie du patient, qui est un élément constitutif du dossier médical. Cette consultation répond à une exigence de qualité, évaluée par un indicateur spécifique (IPAQSS DAN). La consultation pré anesthésique ne se substitue pas à la visite pré-anesthésique (VPA).

B. Position du problème

1. Se déplacer pour une consultation pré anesthésique

Le vieillissement de la population, l'augmentation du recours aux soins, les modifications des structures de santé dans les territoires avec les groupements hospitaliers de territoires, l'évolution des techniques médicales, tout concourt à augmenter le besoin d'actes d'anesthésie, et donc de consultations pré anesthésiques. Pour limiter les déplacements des patients, parfois âgés ou pouvant difficilement se déplacer, le recours à des consultations pré anesthésiques délocalisées peut apparaître comme une solution, pour autant qu'elle respecte les exigences citées plus haut. Dans certains cas (intervention dans un centre expert), l'établissement de santé se trouve à une grande distance.

¹ https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2587220/fr/cooperation-entre-anesthesistes-reanimateurs-et-chirurgiens-mieux-travailler-en-equipe

2. Spécificité des actes interventionnels itératifs

Par ailleurs, la prise en charge des patients peut parfois impliquer des actes opératoires itératifs rapprochés de même nature, dont le corollaire est le recours à des consultations pré anesthésiques répétées, sans véritable avantage pour la prise en charge du patient. L'utilisation de nouveaux moyens pour réaliser des consultations pré anesthésiques itératives doit être étudiée et proposée. Des moyens de télémédecine sont apparus et sont utilisés par d'autres spécialités : téléphone, visioconférences... Des expériences ponctuelles de consultations pré anesthésiques délocalisées sont déjà mise en place dans certains établissements (Pr Bouaziz, Nancy – Moselle, Pr Albaladejo, Grenoble – Isère).

3. Réponse actuelle de la SFAR

La SFAR a régulièrement envisagé la possibilité de délocaliser la consultation pré anesthésique [Recommandations SFAR 1991, actualisées en 1994 puis avis du Comité Vie Professionnelle SFAR 2001] en promouvant une exigence de qualité comparable à la consultation pré anesthésique standard. Ainsi, le CVP de la SFAR a proposé que la délocalisation d'une consultation pré anesthésique soit possible en respectant certaines règles de bonne pratique, mais reste exceptionnelle en dehors d'un réseau de soins formalisé.

4. Réflexion du CAMR

La télémédecine est reconnue par la loi [Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009, portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires dite Hôpital, Patients, Santé et Territoire, Article L6316-1 du code de la santé publique] comme étant «une forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication. Elle met en rapport, entre eux ou avec un patient, un ou plusieurs professionnels de santé ». Ses conditions de mise en œuvre [Décret télémédecine n° 2010-129 du 19 octobre 2010] sont très strictes et la rémunération des praticiens par la CCAM de ces actes n'est pas prévue. Le Conseil National de l'Ordre des médecins s'est récemment positionné en faveur du développement des moyens modernes de télémédecine, en souhaitant une simplification de sa réglementation et son intégration concrète dans les parcours de soins des patients et les pratiques quotidiennes des médecins [Conseil National de l'Ordre des Médecins. Télémédecine et autres prestations médicales électroniques. Février 2016.].

Ainsi, la télémédecine offre la possibilité de réaliser des prestations à distance dans des zones isolées géographiquement et/ou déficientes en offre de soins.

Selon la nature de la prestation, la loi distingue la téléconsultation, la télé expertise, la télésurveillance et enfin la téléassistance. La téléconsultation permet à un professionnel de santé de donner une consultation à distance, en étant éventuellement assisté par un professionnel de santé présent auprès du patient. Les moyens techniques utilisés pour une activité de télémédecine doivent être adaptés à la pré-

servation du secret médical.

Dans les cas où une téléconsultation serait bénéfique pour le patient, et où il accepte cette modalité, le CAMR recommande cette évolution attendue de la pratique des médecins anesthésistes réanimateurs en France, tout en maintenant l'exigence de qualité rappelée en tête de ce document.

II. Définir les modalités de consultation pré anesthésique

Plusieurs cas sont à distinguer en fonction du type de consultations et de parcours patients.

On peut définir deux modalités différentes de consultation pré anesthésique :

- la consultation en présence physique du médecin anesthésiste réanimateur (présentielle)
 - o soit conventionnelle dans l'hôpital où va se dérouler l'acte chirurgical (sans objet ici) ;
 - o soit **délocalisée** dans un autre établissement (en présence physique d'un médecin anesthésiste réanimateur) ;
- la consultation en présence virtuelle d'un médecin anesthésiste réanimateur, via un dispositif de télémédecine (dématérialisée).

De la même manière, on peut envisager deux types de parcours patients :

- cas **standard**, un acte interventionnel unique est programmé générant une consultation pré anesthésique unique (sans objet ici);
- cas **itératif** :
 - o **plusieurs actes interventionnels identiques** sont programmés dans un délai court, générant plusieurs consultations pré anesthésiques;
 - o **parcours de soins coordonné** : la prise en charge d'une pathologie implique deux actes interventionnels rapprochés (par exemple prise en charge du cancer du colon : coloscopie puis colectomie),

Ces différentes situations doivent faire l'objet de protocoles au sein de chaque équipe.

Ces propositions du CAMR vont aborder successivement les cas suivants :

1. Consultation d'anesthésie présentielle délocalisée
2. Consultations d'anesthésie itératives pour interventions répétées ou parcours coordonné
3. Consultation d'anesthésie dématérialisée par télémédecine.

1. Consultations d'anesthésie présentielles délocalisées

Définition : une consultation pré anesthésique délocalisée est une consultation réalisée par un médecin anesthésiste réanimateur en vue d'un acte opératoire, plusieurs jours avant, dans un établissement de santé différent de celui où va se dérouler l'acte.

1. Organisation: Le plus souvent, la consultation de chirurgie ou de médecine interventionnelle implique que le patient se rende dans l'établissement de santé où va se dérouler l'acte. Il faut fortement privilégier une consultation pré anesthésique groupée avec la consultation chirurgicale ou de médecine interventionnelle pour éviter de faire revenir le patient, surtout si son domicile est éloigné. Mais dans les cas où cette situation n'est pas possible, la réalisation d'une consultation pré anesthésique délocalisée doit se concevoir dans le cadre d'un accord entre deux équipes de deux établissements de santé différents lorsqu'il s'agit d'établissements hospitaliers. Cet accord détermine les éléments de qualité de cette collaboration, définit le partage des responsabilités et dispose de la délégation donnée par l'équipe qui va pratiquer l'anesthésie (équipe délégataire) à l'équipe distante (équipe déléguée) qui va réaliser la consultation pré anesthésique. Dans le cas où la demande de consultation délocalisée s'adresse à un médecin anesthésiste-réanimateur libéral, celle-ci doit s'accompagner d'un courrier de l'équipe délégataire précisant le type d'intervention pratiquée et le type d'anesthésie habituellement envisagée. Chaque médecin étant individuellement responsable de ses actes, le médecin effectuant la consultation est responsable de sa consultation, l'équipe délégataire de la VPA, de l'acte et du suivi. Le médecin consultant délégué donne l'information qu'il est en mesure de délivrer au patient en précisant que celle-ci sera complétée par l'équipe délégataire lors de la VPA et que le choix définitif de la technique sera décidée avec l'équipe délégataire. Les consultations pré anesthésiques délocalisées peuvent s'inscrire dans un groupement hospitalier de territoire (GHT) ou un réseau de soins. L'éloignement géographique ou des raisons de mobilité difficile du patient motivent le plus souvent le recours à une consultation pré anesthésique délocalisée. La consultation pré anesthésique doit obéir aux règles de coopération entre chirurgiens ou opérateurs et médecins anesthésistes réanimateurs.

2. Consentement : le consentement du patient à cette consultation pré anesthésique délocalisée doit être recueilli après information. En cas de refus du patient ou d'impossibilité de recueil du consentement, la consultation pré anesthésique est réalisée par l'équipe délégataire.

3. Modalités:

Deux cas de figure peuvent être envisagés lorsque la consultation pré anesthésique est délocalisée dans un autre établissement de santé :

3-1- *L'équipe d'anesthésie déléguée a une bonne connaissance de l'intervention chirurgicale réalisée* : elle réalise l'information du patient et l'examen clinique et recueille son consentement. Elle consigne le compte rendu de la consultation pré anesthésique au sein d'un dossier d'anesthésie. Elle transmet ce dossier ainsi que les consignes données au patient à l'équipe délégataire plusieurs jours avant la chirurgie, afin que l'équipe qui prendra en charge le patient puisse éventuellement convoquer ou appeler

le patient au téléphone pour faire repreciser certains points particuliers. Les moyens de transmission de ce dossier doivent être définis dans l'accord, ainsi que les modalités de programmation opératoire du patient.

3-2- *L'équipe d'anesthésie déléguée ne pratique pas le type d'intervention chirurgicale et/ou n'est pas en mesure de délivrer une information précise au patient* : en accord avec l'équipe délégataire, la consultation pré anesthésique est réalisée en apportant une information générale sur l'anesthésie et en réalisant et en consignant l'interrogatoire et l'examen clinique. Ce dossier, incomplet par manque de l'information spécifique à l'acte, est transmis à l'équipe délégataire. La consultation pré anesthésique est ensuite complétée à distance par la délivrance d'une information précise au patient par un contact téléphonique ou par visioconférence. Ceci doit permettre l'information du patient et la réponse directe aux questions concernant le parcours de soins ainsi que les modalités et risques liés à l'anesthésie. Le contenu de l'information délivrée est tracé dans le dossier d'anesthésie. Le patient dispose des coordonnées de l'équipe délégataire en cas de besoin ou de recours.

4. Circuit de l'information : Les équipes se transmettent toutes informations utiles avant la réalisation de l'acte interventionnel (nature de l'intervention, programmation, dossier avec conclusion de la consultation pré anesthésique et la bonne délivrance de l'information au patient). Les modalités de ce transfert sont décrites dans l'accord. Les documents d'information relatifs à l'intervention sont disponibles auprès de l'équipe déléguée pour être remis au patient lors de la consultation pré anesthésique.

5. Programmation opératoire : le médecin anesthésiste réanimateur de l'équipe délégataire vérifie le dossier à sa réception et organise la programmation opératoire en lien avec l'opérateur.

6. VPA : Dans le cadre d'une consultation pré anesthésique délocalisée, le rôle de la VPA est essentiel, puisqu'il s'agit du premier contact physique entre l'équipe d'anesthésie et le patient. L'information doit être à nouveau apportée au patient, et tracée. La bonne compréhension de l'information donnée au patient doit être vérifiée.

7. Accord du médecin anesthésiste réanimateur délégué : Tout médecin anesthésiste réanimateur doit être libre de refuser une consultation pré anesthésique délocalisée si les conditions ne lui semblent pas réunies, en particulier en termes d'information du patient, de traçabilité, d'une évaluation défavorable du rapport bénéfice/risque. Le patient est alors adressé dans les délais en consultation pré anesthésique conventionnelle à l'équipe délégataire.

8. Facturation de l'acte médical : la réalisation d'une consultation pré anesthésique délocalisée présente est une consultation spécialisée.

2. Consultations itératives ou parcours de soins coordonné

Définition : ces cas concernent soit la réalisation de **plusieurs actes interventionnels identiques** programmés dans un délai court soit un **parcours de soins coordonné** tel que la prise en charge d'une pathologie impliquant deux actes interventionnels rapprochés (par exemple prise en charge du cancer du colon : coloscopie puis colectomie, panendoscopie avant intervention ORL...).

- 1- Organisation: Au cours d'une consultation d'anesthésie, la prise en charge anesthésique peut être prévue globalement pour les différents actes programmés. Pour ces patients, avec un délai raisonnable entre les deux actes évalué par l'équipe en fonction du statut fonctionnel et du type d'acte, il est possible de se passer d'une nouvelle consultation physique. Un contact par une conversation orale à distance par téléphone ou par télémédecine est possible plusieurs jours avant l'intervention.
- 2- Consentement : Le consentement du patient à cette consultation pré anesthésique itérative à distance doit être recueilli après une information. En cas de refus du patient ou d'impossibilité de recueil du consentement, la consultation pré anesthésique est réalisée par une consultation conventionnelle sur site.
- 3- Modalités: Ces consultations pré anesthésiques itératives concernent les patients à faible risque pour une chirurgie mineure ou intermédiaire (cf. classification ACC/AHA ou ESC/ESA). Cette consultation se déroule sur rendez-vous. Après appel téléphonique (ou par visioconférence), le médecin anesthésiste réanimateur qui effectue la consultation orale à distance doit s'assurer de l'absence d'évènement intercurrent ou de modification de traitement depuis la dernière intervention, consulter le dossier et interroger le patient sur d'éventuelles complications après la précédente intervention. Il est également nécessaire de redonner au patient toutes les informations sur la technique d'anesthésie et ses complications potentielles et des consignes concernant la conduite à tenir pour les traitements préopératoires, les règles de jeûne. Le cas échéant, il faudra encore rappeler les consignes propres à une prise en charge ambulatoire (accompagnant pour la sortie et/ou la première nuit, règles du jeûne préopératoire, vérification de la possession des ordonnances d'antalgiques.).

Le patient ou le médecin anesthésiste réanimateur qui effectue cette consultation à distance peut demander à réaliser une consultation traditionnelle suite à cette consultation à distance.

Dans tous les cas énumérés ci-dessus, en cas de consultation d'anesthésie itérative à distance,

la visite pré anesthésique demeure essentielle.

- 4- Circuit de l'information : Le dossier de la consultation pré anesthésique du patient doit mentionner le compte rendu de la consultation à distance et préciser l'accord du patient ainsi que l'heure, la date et le nom du médecin qui a effectué la consultation. La traçabilité doit être assurée dans le dossier d'anesthésie en précisant qu'il s'agit d'une consultation dématérialisée.
- 5- Programmation opératoire : à l'issue de la consultation pré anesthésique à distance, le médecin anesthésiste réanimateur organise la programmation opératoire en lien avec l'opérateur.
- 6- Facturation de l'acte médical : La réalisation d'une consultation dématérialisée par télé-médecine ne peut être facturée actuellement, en raison de l'absence de codification.
- 7- Les GHT ou réseaux de soins devraient permettre une organisation des filières de soins et le partage des informations.

3. Consultations d'anesthésie dématérialisées ou télé-médecine

Malgré un cadre normatif en cours de mise en place [Art. L6316-1 de la loi 2009-879 du 21 juillet 2009 ; décret 2010-1229 du 19 octobre 2010 ; CNOM, Vademecum Télé-médecine, septembre 2014² ; Déclaration commune des Ordres européens sur la télé-médecine³ ; CNOM, Livre blanc sur la télé-médecine⁴] la réalisation de consultations d'anesthésie de télé-médecine pose encore de nombreuses questions auxquelles il n'est pas aisé de répondre. Le texte ci-dessous en dresse la liste, en attendant que la réflexion de la SFAR se poursuive sur ce sujet.

Définition : une consultation pré anesthésique de télé-médecine est une consultation réalisée par un médecin anesthésiste réanimateur à distance (donc sans la présence physique du patient à ses côtés) au moyen d'un dispositif spécifique en vue d'un acte opératoire.

1. Quelle organisation ?

- 1.1. *Quels patients ?* : les patients concernés seraient probablement ceux devant bénéficier d'une intervention à risque mineur ou intermédiaire (cf. classification ACC/AHA ou ESC/ESA).
- 1.2. *Quel cadre ?* : la consultation pré anesthésique de télé-médecine nécessite d'être réalisée dans un environnement adapté incluant l'authentification du praticien, l'identification du patient, une liaison sécurisée, et la capacité de réaliser à distance

² https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cn_pdf/septembre2014/master/sources/index.htm , consulté le 14 juin 2017.

³ <https://www.conseil-national.medecin.fr/node/1478> , consulté le 14 juin 2017.

⁴ <https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/telemedecine2009.pdf> , consulté le 14 juin 2017.

un examen physique (inspection, prise de constantes, éventuellement auscultation). La nature du dispositif technique spécifique reste à déterminer à l'aune des évolutions technologiques actuelles et à venir : dispositif intégré de télémédecine, dispositif personnel de « santé connectée » ?

2. Quelles modalités ?

2.1. La consultation pré anesthésique dématérialisée serait réalisée plusieurs jours avant l'acte sur la base d'un rendez-vous programmé avec un médecin anesthésiste réanimateur. Ce délai permettrait de réaliser en complément, si nécessaire, une consultation présentielle. La question de savoir si le patient doit être ou non accompagné d'un professionnel de santé (médecin ou infirmière) afin de pouvoir faciliter la consultation pré anesthésique, réaliser un examen clinique et aider à la compréhension éventuelle des informations apportées reste ouverte.

2.2. *L'examen médical* comprendrait l'anamnèse du patient et les précisions sur son suivi médical. L'examen clinique préciserait au minimum le poids, la taille, le pouls, la pression artérielle et les éléments cliniques les plus récents. Plusieurs questions demeurent : quels sont les moyens pour rechercher d'éventuels critères de ventilation et d'intubation difficile ? Est-il possible ou nécessaire d'ausculter le patient à distance ?

2.3. *Les moyens techniques* doivent dans tous les cas garantir la confidentialité des informations. Ils devront allier sécurité, disponibilité et simplicité d'usage. Plusieurs questions demeurent : comment récupérer les résultats d'examens para cliniques antérieurs, comment délivrer une ordonnance (traitement, examens complémentaires) en garantissant le secret médical ? L'information du patient serait délivrée par le même moyen.

3. Consentement : Le consentement du patient à cette consultation pré anesthésique dématérialisée (y compris sur les moyens techniques utilisés) serait recueilli après information. En cas de refus du patient ou d'impossibilité de recueil du consentement, la consultation pré anesthésique serait réalisée de façon conventionnelle.

4. Circuit de l'information : Le dossier de la consultation pré anesthésique du patient sera archivé avec le dossier médical.

5. Programmation opératoire : A l'issue de la consultation pré anesthésique, le médecin anesthésiste réanimateur déclarerait le patient apte à l'acte envisagé et à la date prévue. Il organiserait la programmation opératoire en lien avec l'opérateur. Si l'évaluation paraissait incomplète ou si le rapport bénéfice/risque semblait défavorable, le médecin anesthésiste

réanimateur déciderait de recevoir le patient dans les délais réglementaires en consultation pré anesthésique conventionnelle.

6. VPA : Dans le cadre d'une consultation pré anesthésique de télémédecine, le rôle de la VPA est essentiel, puisqu'il s'agit du premier contact physique entre l'équipe d'anesthésie et le patient. L'information sera à nouveau rapportée au patient.
7. Accord du médecin anesthésiste réanimateur: Tout médecin anesthésiste réanimateur pourrait refuser de réaliser une consultation pré anesthésique de télémédecine si les conditions ne lui semblaient pas réunies. Le patient serait alors adressé dans les délais en consultation pré anesthésique conventionnelle.
8. Quelles modalités de facturation de l'acte médical ? La réalisation d'une consultation dématérialisée par télémédecine ne peut être facturée actuellement, en raison de l'absence de codification.
9. Les GHT ou réseaux de soins pourraient permettre une organisation des filières de soin et le partage des informations.