

**Nos pratiques anesthésiques : quels bénéfices pour les patients ?**

## **LA STRATÉGIE D'ÉVALUATION PRÉOPÉRATOIRE**

CLAUDE ERIC KLOPFENSTEIN, HUG, GENÈVE

Le but essentiel de l'évaluation pré-opératoire du patient est de réduire la morbidité / mortalité opératoire. Lors de cette évaluation, qui a lieu traditionnellement peu avant l'opération, l'anesthésiste se concentre sur 4 éléments principaux, repris par Roizen (1) :

- l'information du patient au sujet de l'anesthésie et de son déroulement péri-opératoire, du suivi post-opératoire, entre autre du traitement de la douleur, dans le but de diminuer l'anxiété et d'améliorer la récupération post-opératoire
- la connaissance du dossier de santé du patient et de l'état actuel du patient afin de stratifier le risque anesthésique encouru par le patient
- la mise en route d'examens complémentaires et de consultations jugés nécessaires par l'état du patient, le type de chirurgie et le degré d'urgence de l'intervention, et finalement le choix de la stratégie anesthésique péri-opératoire
- l'obtention du consentement du patient

Plusieurs études ont montré qu'une évaluation pré-opératoire insuffisante pouvait être la cause de complications sévères per- ou post-opératoire (1-4)

### **Qu'est-ce qui a fait évoluer la stratégie de l'évaluation pré-opératoire au cours du temps ?**

Au cours des dernières années, nous assistons à de profonds changements dans le monde de la santé, et l'anesthésie n'y échappe pas. Toutes ces mutations vont également avoir des effets sur la stratégie de l'évaluation pré-opératoire aussi bien au niveau de la **forme** qu'au niveau du **fond**.

- Sur la forme, deux changements majeurs sont à noter:

- **la consultation d'anesthésie**, rendue obligatoire en France par le décret ministériel du 4 décembre 1994, est en plein développement dans la majeure partie des pays européens, et en partie également sur le continent nord américain. Ses avantages pour le patient ont été bien précisés dans plusieurs études : préparation pré-opératoire optimale (5-7), diminution de la morbidité/mortalité peri-opératoire (8), établissement d'un vrai consentement libre et éclairé (9). A cela, s'ajoute une diminution des coûts (diminution des examens paracliniques, diminution des reports et des retards opératoires, une meilleure gestion du bloc opératoire et des lits d'hospitalisation).

- **la médecine péri-opératoire** : depuis quelques années déjà, la notion d'un système « péri-opératoire » a été introduit en Australie (10) dans le but d'une meilleure approche du patient, d'une meilleure gestion de l'opération et de l'hospitalisation et d'un meilleur contrôle de l' »outcome ». Cette

thématique a par la suite également été reprise par l'ASA (11), certains départements d'anesthésie ont pris le nom de « Médecine Péri-Opératoire » et très récemment le sujet a fait l'objet d'un éditorial du journal scandinave d'anesthésie (12).

● Sur le fond, plusieurs éléments vont donner davantage d'importance à la stratégie de l'évaluation pré-opératoire :

- le type de patients : de plus en plus âgés et fragilisés (13)
- le recul des limites de la chirurgie
- le type d'activité anesthésique : un grand nombre d'actes anesthésiques sont pratiqués pour des prestations non chirurgicales, telle l'obstétrique, l'endoscopie (12, 14) et souvent en dehors d'un bloc opératoire

- la pression politique pour une chirurgie ambulatoire, voir « office-based »
- la montée de l'aspect procédurier du patient; une grande part des plaintes à l'encontre d'une médecine dite « invasive », et à laquelle nous appartenons, est liée à un manque d'information donnée au patient avant l'opération et l'anesthésie, d'où l'importance d'un consentement libre et éclairé, établi dans un contexte adéquat (9).

- l'explosion des coûts de la santé impose aux différents acteurs une démarche aboutissant à une réduction des coûts ; la stratégie de l'évaluation pré-opératoire est une pierre angulaire pour mieux gérer la phase péri-opératoire et améliorer les résultats («outcome») chez le patient (5, 7, 10).

### **Comment mesurer les bénéfices de la stratégie de l'évaluation pré-opératoire ? Quels marqueurs ?**

- **la mortalité** : la mortalité liée à l'anesthésie a fait l'objet d'un grand nombre d'études ces dernières années ; bien qu'il s'agisse d'une complication catastrophique, sa fréquence devenue heureusement relativement faible, moins de 1/10'000 selon des études récentes (15, 16), implique des études épidémiologiques incluant un grand nombre d'anesthésies si l'on veut préciser certains facteurs de risque, ce qui est difficilement réalisable.

- **la morbidité** (de quelque degré qu'elle soit) a été peu étudiée. La morbidité mineure (céphalées, lombalgies, nausées, vomissements,...) serait certainement à prendre en considération sur le plan épidémiologique, car elle est souvent responsable de désagréments pour le patient, et occasionne une augmentation des coûts : hospitalisation prolongée, traitements non justifiés par l'intervention (17).

- **la satisfaction du patient** : il s'agit d'un paramètre important dans l'évaluation du bon fonctionnement de l'anesthésie, mais représente aussi un indice prédictif d'une satisfaction globale de prise en charge, telle la chirurgie ambulatoire (18) ou les effets bénéfiques d'une consultation d'anesthésie (19).

- **les résultats** (« outcome »): de plus en plus, et sous la pression d'une réduction des coûts, il est devenu important de mesurer les résultats et de les mettre en balance avec le risque apprécié lors de l'évaluation pré-opératoire et les coûts engendrés par telle ou telle procédure (20, 21).

## **Comment nos stratégies de l'évaluation pré-opératoire devront elles évoluer, tenant compte de l'attente des patients, en particulier, et du monde de la santé, en général ?**

Très longtemps dans l'histoire de la médecine, les préoccupations du patient ont eu peu de poids dans les décisions prises à leur égard, confirmant par là tout l'aspect paternaliste de la médecine et de ses acteurs. Actuellement, la communication avec le patient et l'information donnée au patient jouent un rôle prépondérant dans la relation médecin-patient. Il en va de même pour l'anesthésie, et de cette évolution va également dépendre la stratégie dans l'évaluation pré-opératoire. C'est également le message de deux publications récentes (22, 23).

Un autre élément qu'il va falloir prendre sérieusement en compte, est celui de l'objectivation des bénéfices escomptés d'une bonne évaluation pré-opératoire. Du savoir et du savoir faire, il s'agira de développer le « savoir mesurer » et le « savoir comparer », afin que nos pratiques répondent à l'attente du patient et de la société.

## **RÉFÉRENCES**

1. Roizen MF. Preoperative evaluation. In R.D. Miller. Anesthesia. 4th edition, 1994, p. 827-9
2. Holland R. Anaesthetic mortality in New South Wales. Br J Anaesth 1987 ; 59 : 834-8
3. Buck N. Report on the confidential enquiry into peri-operative deaths. Nuffields Provincial Hospital Trust, The Kings Fund Publishing House, London, 1987
4. Tiret L. Complication associated with anaesthesia - a prospective survey in France. Can J Anaesth 1986 ; 33 : 336-9
5. Conway JB. Preadmission anaesthesia consultation clinic. Can J Anaesth 1992 ; 39 : 1051-7
6. Prause G. 15 Jahre präoperative Ambulanz in Graz. Anaesthesist 1994 ; 43 : 223-8
7. Fischer SP. Development and effectiveness of an anesthesia preoperative evaluation clinic in a teaching hospital. Anesthesiology 1996 ; 85 : 196-206
8. Prause G. Operations on patients deemed « unfit for operation and anaesthesia » : what are the consequences ? Acta Anaesth Scand 1998 ; 42 : 316-22
9. Blanc Jouvan M. Intérêt de la consultation d'anesthésie par rapport à la seule visite préanesthésique. Ann Fr Anest Réanim 1999 ; 18 : 843-7
10. Kerridge R. The perioperative system : a new approach to managing elective surgery. Anaesth Intens Care 1995 ; 23 : 591-6
11. Lawson NW. The preoperative clinic and perioperative medicine. ASA-Newsletter, 1996 ;60 : 14-6
12. Lindahl SGE. Future anesthesiologists will be as much outside as inside operating theaters. Acta Anaesth Scand 2000 , 44 : 906-9
13. Klopfenstein CE. The influence of an aging surgical population on the anesthesia workload A ten-year survey. Anesth Analg 1998,86 :1165-70
14. Clergue F. French survey of anesthesia in 1996. Anesthesiology, 1999 ; 91 : 1509-20
15. Tikkanen J. Deaths associated with anesthesiological and surgical procedures in finnish hospitals in 1986. Turku, Finland, Turku University Library, 1992
16. Harrison GG. Death due to anaesthesia at Groote Schuur Hospital, Cape Town. South Afr Med J 1990, 77 : 412-5
17. Cohen MM. A survey of 122'000 anaesthetics at one teaching hospital. Can J Anaesth 1986 ; 33 : 22-31
18. Tong D. Predictive factors in global and anesthesia satisfaction in ambulatory surgical patients. Anesthesiology 1997 ; 87 :856-64
19. Védrinne. Consultation d'anesthésie de chirurgie cardio-vasculaire et thoracique. Enquête de satisfaction des patients et de médecins. Ann Fr Anesth Réanim 1999, 18 :834-42
20. Lee A. Measuring anaesthetic outcome. Anaesth Intens Care 1996 ; 24 : 685-93
21. Macario A. Which clinical anesthesia outcome are both commom and important to avoid ? Anest Analg 1999 ; 88 : 1085-91
22. Smith AF. Communication skills for anesthesiologists. Can J Anesth 1999 ; 46 : 1082-8
23. Kopp VJ. Anesthesiologists and perioperative communication. Anesthesiology, 2000 ; 93 : 548-55