
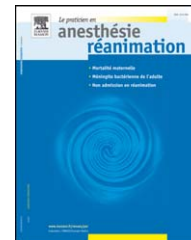




Disponible en ligne sur
 ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

www.em-consulte.com



VIE PROFESSIONNELLE

Les accompagnants sont-ils concernés par l'information délivrée au patient en consultation préanesthésique ?

What is the role of relatives when providing information to patients during preoperative anesthesiology visit?



**Cécile Manaouil^{a,*}, Hélène Fallet-Benoit^c,
Dominique Montpellier^c, Maxime Gignon^{a,b},
Norair Airapetian^c, Olivier Jardé^{a,b}, Hervé Dupont^{b,c}**

^a Service de médecine légale et sociale, CHU d'Amiens-Picardie, place Victor-Pauchet, 80054 Amiens cedex 1, France

^b Faculté de médecine, université de Picardie-Jules-Verne, 3, rue des Louvels, 80000 Amiens, France

^c Pôle d'anesthésie réanimation, CHU d'Amiens-Picardie, place Victor-Pauchet, 80054 Amiens cedex 1, France

Disponible sur Internet le 4 mai 2011

MOTS CLÉS

Consultation préanesthésique ;
Personne accompagnante ;
Information du patient ;
Dossier du patient ;
Relation médecin–patient

Résumé Nous avons construit une étude prospective, descriptive et observationnelle afin d'évaluer avec quelle fréquence les patients venant en consultation d'anesthésie se présentaient avec un accompagnant et pour déterminer son implication à propos de l'information délivrée aux patients. Au cours d'entretiens semi-dirigés réalisés à l'aide d'une grille de recueil auprès de 180 patients hospitalisés et opérés dans un centre hospitalier universitaire, 52 % des patients étaient assistés d'une tierce personne qui était le conjoint (51 %), le concubin ou Pacsé (18 %), un parent (ascendants, descendants et collatéraux) (25 %), ou un ami (6 %). De retour à domicile, 40 % des patients ont déclaré avoir discuté avec un proche de leur consultation préanesthésique. La feuille d'information de la Société française d'anesthésie réanimation (Sfar) a été lue par 69 % des patients. Elle a été consultée par un proche dans 43 % des cas, majoritairement par le conjoint du patient, surtout quand il était présent. Les patients venus

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : manaouil.cecile@chu-amiens.fr (C. Manaouil).

seuls en consultation ne rapportent donc pas forcément les explications fournies lors de l'entretien médical, laissant ainsi les proches dans l'ignorance des risques encourus. Nous proposons que la présence de l'accompagnant en consultation préanesthésique soit tracée dans le dossier anesthésique.

© 2011 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

KEYWORDS

Preoperative
anesthesiology visit;
Accompanying
person;
Patient information;
Physician–patient
relationship

Summary We designed a prospective, descriptive, observational study to assess the frequency of accompanying persons during the preoperative anesthesiology visit and to know how they shared the information delivered to patients. Semi-structured interviews were conducted with 180 patients scheduled for surgery at a university hospital: 52% of the patients were assisted by another person—a spouse (51%), a relative (ascendant, descendant and collateral) (25%), a life partner (18%) or a friend (6%); 40% of the patients shared the information received during the visit with a relative when they were back home. The information form published by the French Society of Anesthesiologists (SFAR) was read by 69% of the patients. A relative, most commonly a spouse, read it in 43% of the cases, less frequently when they did not participate to the visit. Patients do not necessarily relate explanations given during the preoperative anesthesiology visit to their relatives, leaving them unaware of the procedural risk. We suggest that the presence of an accompanying person should be systematically reported in the patient anesthesia file.

© 2011 Elsevier Masson SAS. Elsevier Masson SAS

Introduction

L'information éclairée du patient est un élément important de son adhésion au processus anesthésique. La relation entre le médecin anesthésiste et le patient est particulière, du fait de sa brièveté et de la perte de conscience du patient durant l'anesthésie [1]. La consultation préanesthésique est le premier contact de l'anesthésiste avec le patient. Cette rencontre n'est pas anodine et exige une habileté à communiquer, d'autant que les attentes du médecin et du patient sont différentes. Le médecin s'intéresse aux antécédents, au mode d'anesthésie et aux examens éventuels à prescrire. Les demandes du patient ont le plus souvent un aspect pratique sur le plan de l'organisation quotidienne personnelle [2]. La consultation préanesthésique a pour but d'élaborer mutuellement une stratégie anesthésique « agréable » et d'obtenir le consentement éclairé du patient [3].

La loi du 04 mars 2002 a créé la personne de confiance [4]. Nous supposons que la personne « accompagnant » le patient dans le cadre d'une consultation préanesthésique, est souvent la même que la personne de confiance. En effet, si le patient désire que cet accompagnant soit présent au sein du cabinet, c'est pour lui faire partager sa démarche et l'aider dans ses prises de décision. Le rôle de cet accompagnant pourrait être élargi et rapporté dans le dossier d'anesthésie ce qui pourrait s'avérer utile notamment en cas de survenue d'une complication. L'« accompagnant » est par ailleurs souvent présent en cas d'expertise médicojudiciaire pour soutenir le patient dans sa démarche.

Nous avons souhaité étudier la place de la personne accompagnant le patient en consultation préanesthésique. L'objectif principal était d'évaluer la fréquence de cette situation et sa traçabilité dans le dossier anesthésique. L'objectif secondaire était de déterminer si le patient discutait des informations délivrées lors de sa consultation avec un proche, présent ou non lors de cette consultation.

Déroulement de l'étude

Patients et conduite des entretiens

Nous avons conduit une étude prospective, descriptive et observationnelle qui s'est déroulée sur une période de trois mois, de septembre à novembre 2009. Ont été inclus, des patients majeurs hospitalisés pour une chirurgie programmée, dans les services de neurochirurgie, urologie, orthopédie, chirurgie cardiovasculaire, et de gynécologie-obstétrique du centre hospitalier universitaire (CHU) d'Amiens. Les patients mineurs, les majeurs protégés, les patients présentant des troubles cognitifs et les patients opérés en urgence ne participaient pas à cette étude. Les données ont été recueillies après information et consentement de chaque patient. Les entretiens ont été conduits durant la période postopératoire moins anxiogène que la période préopératoire. Les patients ont été interrogés dans de bonnes conditions de confidentialité et sans la présence d'une personne accompagnante, le jour de leur sortie. Trente patients consécutifs ont été inclus dans chaque service de chirurgie. La grille d'entretien comprenait des données démographiques (âge, sexe, profession, situation maritale, service de chirurgie) et des questions portant sur la présence d'un tiers en consultation préanesthésique.

Analyse des données

L'analyse statistique des données a été réalisée avec le logiciel Stat View 5.0. Après une première analyse descriptive, une analyse comparative a été réalisée entre les groupes de patients accompagnés et non accompagnés en consultation préanesthésique. Les données quantitatives sont exprimées sous forme de moyenne \pm déviation standard pour les valeurs à distribution normale, et les données qualitatives sous forme de proportion. Les tests utilisés pour la comparaison des valeurs ont été les tests *t* de Student ou

Tableau 1 Caractéristiques démographiques de la population étudiée.

	Population globale (n=180)	Accompagnés (n=93)	Non accompagnés (n=87)	p
Âge (ans) ± DS	55±19	57±18	52±19	0,07
Sexe/hommes n (%)	78(93)	43(46)	35(40)	0,41
Catégories socioprofessionnelles, n (%)				0,12
Artisans, commerçants, chef d'entreprise	8(4)	4(4)	4(5)	NS
Cadre, professions intellectuelles supérieures	7(4)	3(3)	4(5)	NS
Profession intermédiaire	19(11)	6(6)	13(15)	NS
Employé	17(9)	9(10)	8(9)	NS
Ouvrier	20(11)	8(9)	12(14)	NS
Agriculteur	3(2)	1(1)	2(2)	NS
Retraité	76(42)	45(48)	31(36)	NS
Sans profession	26(14)	17(18)	9(10)	NS
Étudiant	4(2)	0(0)	4(5)	NS
Situation maritale, n (%)				0,07
Marié	103(57)	58(52)	45(52)	0,2
Célibataire	14(8)	5(5)	9(10)	0,45
Concubinage	37(21)	22(24)	15(17)	0,38
Veuf	16(9)	6(6)	10(11)	0,5
Divorcé	10(6)	2(2)	8(9)	0,08

Les valeurs quantitatives sont exprimées en moyenne±DS ; Les valeurs qualitatives sont exprimées en valeur absolue et en pourcentages ; NS : non significatif ; n : nombre de patients ; DS : déviation standard.

du Chi². Une valeur de p inférieure à 0,05 était considérée significative.

Résultats

Cent quatre-vingt patients ont été inclus. L'âge moyen était de 55 ± 19 ans. L'échantillon était composé de 57 % de femmes et de 43 % d'hommes. Les patients étaient mariés dans 57 % des cas, 21 % vivaient en concubinage ou étaient pacsés, 8 % étaient célibataires et 15 % étaient veufs ou divorcés.

Plus de la moitié (52 %) des patients étaient accompagnés en consultation préanesthésique. Les accompagnants étaient le conjoint (51 %), le concubin ou le partenaire du pacte civil de solidarité (Pacs) (18 %), un membre de la famille (ascendant, descendant, collatéral) (25 %) ou, un ami (6 %). Les caractéristiques démographiques et socioprofessionnelles des patients étaient comparables selon qu'ils étaient accompagnés ou non (Tableau 1).

Le document de la Société française d'anesthésie réanimation (Sfar) concernant l'information sur l'anesthésie et ses risques qui était donné lors de la consultation préanesthésique avait été lu dans 69 % des cas sans différence entre les deux groupes (accompagné/non accompagné). Selon le patient, le document avait été lu par un proche dans 43 % des cas : par les conjoints (66 %), bien plus que par les concubins et Pacsés (24 %) ou les amis et collatéraux (5 %). Le document d'information de la Sfar était moins souvent consulté par un proche quand celui-ci n'était pas présent à la consultation (69 % contre 31 %) (p < 0,0001). De retour chez eux, 40 % des patients déclaraient rediscuter avec un proche,

conjoint (46 %) ou parent (29 %), de leur consultation préanesthésique et des risques anesthésiques. Les concubins, Pacsés et les amis étaient moins souvent sollicités, respectivement dans 14 % et 11 % des cas. Pour le partage oral de l'information avec un proche à domicile, il n'existait pas de différence entre les patients accompagnés (55 %) ou non en consultation préanesthésique (44 %).

La délivrance de l'information au patient a été notée dans le dossier d'anesthésie dans 31 % des cas, mais dans 69 % rien n'est indiqué sur ce sujet dans le dossier. La présence d'un accompagnant était spécifiée dans seulement 22 % des cas sur le dossier d'anesthésie.

Discussion

Notre étude montre que la moitié des patients sont assistés d'une tierce personne en consultation préanesthésique, les conjoints sont les principaux accompagnants. La présence d'un accompagnant montre donc l'importance de l'enjeu pour au moins la moitié des patients. Les patients sont demandeurs d'informations, de la part de l'anesthésiste [5,6]. L'information sur le risque anesthésique proprement dit est souvent difficile à expliquer. Ce risque peut être qualifié en termes tels que « rare » ou « habituel », mais peut aussi être évoqué en s'appuyant sur des valeurs numériques. Une étude, réalisée en 2004, montrait que l'utilisation d'adjectifs ou d'expressions satisfaisait moins les patients que l'utilisation des chiffres. Les expressions verbales nuisaient même à la prise de décisions des patients [7].

Certains auteurs ont tenté d'évaluer la compréhension des patients, en utilisant des synonymes. L'analogie

entre les termes « saignement » et « hémorragie » n'était pas reconnue par 79% des patients. Ils étaient 74% à ne pas saisir l'équivalence entre une « attaque cardiaque » et un « infarctus du myocarde » [8]. Dans une étude prospective concernant l'information orale lors d'une chirurgie de la glande thyroïde, les auteurs mettaient en évidence la faible mémorisation des risques chirurgicaux par les patients [9]. Une étude aux Pays Bas a montré que les chirurgiens sous-estiment généralement la demande d'informations détaillées provenant de leurs patients, avant une intervention chirurgicale : 24 chirurgiens et 125 patients ont répondu à un questionnaire sur l'information sur la maladie, la période préopératoire, l'anesthésie, etc. [10]. Les résultats ont montré que les patients attendaient beaucoup plus d'informations pratiques que ne le pensaient les chirurgiens. Les patients étaient demandeurs de détails sur la période préopératoire, notamment sur la préparation à domicile, les restrictions préopératoires, les vêtements à ramener, les bijoux à retirer, le fonctionnement de l'hôpital, et la période de jeûne que n'évoquaient pas les chirurgiens. Ces résultats étaient indépendants de l'âge du patient ou de la complexité de l'opération. Les femmes ont exprimé un besoin d'information encore plus important que les hommes. Les chirurgiens pensaient eux, que leurs patients souhaitaient plus d'informations sur les causes et le pronostic de la maladie elle-même ($p < 0,001$). On peut penser que les anesthésistes sous-estiment également le besoin d'information des patients.

La demande préopératoire d'information sur l'anesthésie a été étudiée au Danemark : 201 patients ont été invités à remplir un questionnaire [11]. Les informations prioritaires concernaient la douleur, la durée de l'anesthésie, l'influence de l'anesthésie sur les activités quotidiennes comme manger, boire et la mobilisation postopératoire. Les informations sur les complications ou les méthodes alternatives d'anesthésie étaient considérées comme moins prioritaires pour les patients. Dans notre étude, 69% des patients déclaraient avoir lu la feuille d'information de la Sfar remise lors de la consultation préanesthésique. L'information orale semble donc utilement complétée par un document écrit. Une étude anglaise a porté sur l'attitude des patients face à un dépliant d'information. Cent trois patients ont été interrogés avant une intervention chirurgicale [12]. Parmi les 96% de patients qui avaient lu le livret fourni, 99% l'avaient trouvé « utile dans une certaine mesure », mais 35% l'avaient trouvé « inquiétant ». Trente-deux pour cent ont discuté de l'information avec d'autres personnes, mais seulement 3% en ont parlé directement avec l'anesthésiste. Citons enfin une étude française comprenant un questionnaire de satisfaction des patients, en postopératoire : 65% des patients ont répondu que l'information sur la technique d'anesthésie était « bien » ou « très bien » faite, le score était de seulement de 42% pour l'information sur les complications [13]. Cette enquête a montré une carence d'information en consultation d'anesthésie.

Dans notre étude, 69% des accompagnants en consultation préanesthésique étaient le partenaire (conjoints, concubins et Pacsés). Une étude précédente sur le positionnement vis-à-vis du don d'organes avait permis de déterminer que le conjoint, concubin ou Pacsé, était désigné le plus souvent (72%) comme personne de confiance [14]. La

personne accompagnant le patient à l'occasion des consultations préanesthésiques, est souvent désignée ensuite comme la personne de confiance. La même constatation est retrouvée aux admissions de l'hôpital, où la personne de confiance est souvent celle qui accompagne le patient. Le choix de cet accompagnant est avant tout un choix affectif. Cette notion va un peu à l'encontre de la loi du 04 mars 2002 qui voyait la personne de confiance comme un conseiller permanent dans la démarche de soins avec la possibilité de désigner le médecin traitant. La personne de confiance est là pour rassurer, poser les questions auxquelles le patient ne pense pas et sera celle avec qui le patient va rediscuter une fois sorti de la consultation, y compris à partir des documents qui vont lui être remis.

Nous n'avons pas relevé de différences selon le type de service de chirurgie, même en chirurgie gynécologique et en obstétrique où on s'attendait à ce que les femmes aient tendance à consulter seule, de même que les hommes en urologie. Une étude complémentaire permettrait d'évaluer si les patients sont plus accompagnés en consultation de chirurgie qu'en consultation préanesthésique.

Nous pensons qu'il est utile de consigner dans le dossier que le patient était seul ou non en consultation préanesthésique. Cela amène à se demander pourquoi un patient est seul dans sa démarche de soins? Est-ce par ce qu'il considère l'anesthésie comme un acte technique accessoire ou est-ce un acte volontaire dans le cas d'un pronostic sombre avec la volonté d'épargner sa famille? Des études psychologiques seraient intéressantes pour déterminer si les patients accompagnés sont plus anxieux. Ont-ils une personnalité différente, et quelle est la personnalité de l'accompagnant (femme autoritaire, mari prévenant..)? Quel est le niveau de stress ou d'anxiété en fonction de la présence ou non d'un accompagnant? Les patients posent-ils plus de questions s'ils sont venus avec un accompagnant? Enfin, un patient accompagné a-t-il une meilleure compréhension des informations données?

Le médecin anesthésiste doit analyser ces situations et s'efforcer de créer un climat de confiance.

Informer n'est pas terroriser, mais simplement expliquer et répondre aux questions posées par le patient.

Schématiquement, on peut distinguer deux types de patients : les « *monitors* » sont avides d'une information qui leur procurera une anxiolyse, au contraire des « *avoiders* » qui évitent l'information qui les empêchera d'assumer et les rendra plus anxieux vis-à-vis d'un acte menaçant comme une anesthésie ou une chirurgie [1].

De retour chez eux, 40% des patients déclarent rediscuter avec un proche de leur consultation préanesthésique. Le médecin anesthésiste devrait intégrer cette personne accompagnante à son information puisqu'elle va servir de relais secondaire pour faire passer des messages que le patient risque de ne pas comprendre, sous l'émotion, ou qu'il accepte difficilement (arrêter sa consommation d'alcool, de tabac, perdre du poids avant l'opération, etc.).

Ce rôle est absolument conforme à celui de la personne de confiance.

Notre étude montre des disparités entre les couples mariés ou en concubinage. Lorsque les patients sont mariés, s'ils viennent seuls en consultation préanesthésique, la feuille de la Sfar est davantage lue par un proche que s'ils étaient venus accompagnés. À l'inverse, lorsque les patients vivent en concubinage, s'ils viennent seuls en consultation préanesthésique, les concubins ne lisent pas le document d'information.

Le groupe « non accompagné » en consultation préanesthésique transmet deux fois moins ce document que le groupe « accompagné ». La présence d'un tiers en consultation préanesthésique est un élément que les médecins tracent dans le dossier une fois sur cinq tandis qu'ils notent la délivrance de l'information moins d'une fois sur trois. Ce sont cependant les mêmes médecins qui précisent les deux informations. Des efforts restent à faire dans le domaine de la traçabilité de l'information qui ne doit pas se borner à un simple document signé sur le coin du bureau de la secrétaire ou une case à cocher. La traçabilité de l'information reste imparfaite sûrement du fait de la prépondérance de la tradition orale sur l'écrit. La consultation reste un dialogue pour l'ensemble des médecins malgré les règles établies par la certification, la progression des procédures judiciaires et la pression des assurances en responsabilité professionnelle pour toujours écrire le plus possible et obtenir un consentement signé.

Conclusion

Notre étude a mis en évidence la fréquence d'un accompagnant en consultation préanesthésique. L'idéal serait d'aller encore plus loin dans l'information que le strict minimum et qu'une simple case cochée. Si l'anesthésiste mentionne le lien de parenté entre l'accompagnant et le patient en consultation préanesthésique, le médecin expert judiciaire le considérera comme une personnalisation de la consultation. Il devrait être possible d'ajouter sur la feuille de consultation préanesthésique, les conditions dans lesquelles s'est déroulé l'entretien, de relever les problèmes particuliers, de noter les interrogations du patient. Dans la mesure où le patient octroie une place à la personne accompagnante, et partage son secret médical, le praticien se doit de l'intégrer dans son dossier médical mais aussi dans sa démarche de soins.

Consigner la présence d'un accompagnant en consultation préanesthésique peut faire partie d'un « faisceau d'indices » de l'information donnée en cas de contentieux.

Déclaration d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

Références

- [1] Kopp VJ, Shafer A. Anesthesiologists and perioperative communication. *Anesthesiology* 2000;93:548–55.
- [2] Albaladejo P, Beloeil H, Gentili M, Marty J. Relation entre le patient et le médecin anesthésiste-réanimateur. *Ann Fr Anesth Reanim* 2003;22:840–2.
- [3] Klapfta JM, Roizen MF. Current understanding of patients' attitudes toward and preparation for anesthesia: a review. *Anesth Analg* 1996;83:1314–21.
- [4] Manaouil C, Moutel G, Callies I, Duchange N, Graser M, Jardé O, et al. La personne de confiance, nouvel outil de la relation médecin patient. *Presse Med* 2004;33:1465–8.
- [5] El-Wakeel H, Taylor GJ, Tate JJ. What do patients really want to know in an informed consent procedure? A questionnaire-based survey of patients in the Bath area, UK. *J Med Ethics* 2006;32:612–6.
- [6] Thieblemont J, Garnerin P, Clergue F. La perception et la communication du risque médical. Quelles implications pour les consultations préanesthésiques? *Ann Fr Anesth Reanim* 2006;25:50–62.
- [7] Knapp P, Raynor DK, Berry DC. Comparison of two methods of presenting risk information to patients about the side effects of medicines. *Qual Saf Health Care* 2004;13:176–80.
- [8] Lerner EB, Jehle DV, Janicke DM, Moscati RM. Medical communication: do our patients understand? *Am J Emerg Med* 2000;18:764–6.
- [9] Laccourreye O, Cauchois R, Touraine P, Garay A, Bourla A. Information orale et chirurgie programmée pour pathologie tumorale bénigne de la glande thyroïde: le point de vue du chirurgien, du médecin, de l'avocat, et du magistrat. *Ann Chir* 2005;130:458–65.
- [10] Keulers BJ, Scheltinga MR, Houterman S, Van Der Wilt GJ, Spauwen PH. Surgeons underestimate their patients' desire for preoperative information. *World J Surg* 2008;32:964–70.
- [11] Bugge K, Bertelsen F, Bendtsen A. Patients' desire for information about anaesthesia: Danish attitudes. *Acta Anaesthesiol Scand* 1998;42:91–6.
- [12] Gillies MA, Baldwin FJ. Do patient information booklets increase perioperative anxiety? *Eur J Anaesthesiol* 2001;18:620–2.
- [13] Albaladejo P, Ann CM, Ribeyrolles D, Bernard I, Vivien A, Haït A, et al. La satisfaction du patient en anesthésie : Rassuré mais pas informé. *Ann Fr Anesth Reanim* 1998;17:996.
- [14] Gignon M, Manaouil C, Jarde O. La personne de confiance est-elle un témoin fiable en cas de possibilité de prélèvement d'organes sur personne décédée en vue d'un don? *Ann Fr Anesth Reanim* 2008;27:825–31.