

Services cliniques de consultation pour l'anesthésie

Le nouveau nom de la société : Société canadienne des anesthésiologistes a été approuvé en juin 1998. Les nouvelles éditions de nos publications refléteront, au fur et à mesure de leur parution, les changements apportés à l'identité de la société.

- [Introduction](#)
- [Structure des cliniques](#)
- [Financement du service](#)
- [Conclusion](#)

Ce document a pour but d'examiner le rôle des cliniques de consultation avant l'admission dans le système de santé canadien et celui des anesthésistes dans leur exploitation de ces cliniques. Fondé sur l'opinion de plusieurs anesthésistes canadiens, ce document traite de plusieurs questions reliées à l'exploitation de ces cliniques. Comme ce genre de service est assez nouveau, surtout dans le contexte canadien, l'examen de la documentation disponible n'a pas été très fructueux; par conséquent, la plupart des renseignements qui ont servi à la rédaction de ce document ont été obtenus par l'entremise de contacts personnels.

L'idée de créer des services de consultation avant l'admission vient de la fréquence accrue de la chirurgie ambulatoire et de l'admission des patients pour les opérations majeures le jour même de l'opération. Bien que ces pratiques aient à l'origine été dictées par des restrictions budgétaires, il semble avantageux pour les patients de rester moins longtemps en milieu hospitalier. On reconnaît désormais que l'admission à l'hôpital le jour de l'opération est un moyen de réduire les coûts et que les patients sont plus satisfaits.

Structure des cliniques

Pour admettre les patients à l'hôpital juste avant l'opération, il est essentiel qu'autant de préparatifs préopératoires que possible soient faits en consultation externe. Ces préparatifs comprennent toutes sortes d'activités. Un anesthésiste doit évaluer le patient et discuter de la gestion de l'anesthésie. Il faudra peut-être qu'il consulte d'autres médecins. Les infirmières doivent toujours effectuer une évaluation et donner des instructions aux patients. De plus, les services d'autres professionnels, comme les physiothérapeutes, les ergothérapeutes et les inhalothérapeutes, peuvent être requis. Il faut obtenir les anciennes fiches médicales et effectuer les investigations nécessaires. Enfin, il faut également planifier le congé de l'hôpital. Dans une consultation avant l'admission, la plupart des activités ci-dessus peuvent être assumées de manière calme et consciencieuse, ce qui non seulement fournit aux patients une évaluation et des instructions complètes, mais évite les retards ou les annulations de dernière minute le jour de l'opération.

Comme un grand nombre de tâches doivent être effectuées avant l'admission, il faut que le service soit multidisciplinaire. Pour faciliter l'accès au personnel et aux installations nécessaires, la clinique est habituellement située dans l'hôpital même où l'opération aura lieu. Le personnel infirmier coordonne les services de consultation avec l'aide du personnel administratif. Les patients sont admis lorsque le personnel auxiliaire dont on a besoin pour s'occuper d'eux est présent. La direction médicale du service devrait être assurée par des anesthésistes, étant donné que tous les patients doivent faire l'objet d'une évaluation préopératoire relative à l'anesthésie, et que la plupart des questions et des problèmes que dégage l'évaluation peuvent être réglés uniquement par un anesthésiste. Il devrait y avoir un anesthésiste sur place pendant la majeure partie des heures d'ouverture de la clinique, mais il n'est pas obligé de voir tous les patients.

L'évaluation avant l'anesthésie fait partie d'un protocole qui précise quelles personnes doivent voir le patient et quelles tâches elles doivent accomplir. Le coordonnateur du service s'assure que toutes les données pertinentes, y compris les résultats de laboratoire, les résultats d'autres investigations, les anciennes fiches médicales et les questionnaires, sont disponibles. Le patient est ensuite interrogé par une infirmière ou un anesthésiste, selon ses besoins. À la fin de la visite, toutes les investigations devraient avoir été prévues ou terminées, et le patient devrait avoir une bonne compréhension de ce à quoi il peut s'attendre quant à l'opération, à l'anesthésie et à son séjour à l'hôpital. La visite devrait se dérouler peu de temps avant l'opération, tout en accordant le temps nécessaire pour régler les problèmes survenus.

Dans la plupart des cas, l'anesthésie qui supervise l'évaluation avant l'anesthésie n'est pas présent le jour de l'opération. Il faut que le patient ait le temps de discuter des options quant à l'anesthésie et se rendre compte que la décision finale concernant les techniques d'anesthésie sera prise par l'anesthésiste au moment de l'opération. L'évaluation avant l'admission concernant l'anesthésie fournira à l'anesthésiste des renseignements très utiles sur l'état du patient le jour de l'opération. Quoi qu'il en soit, la décision finale d'effectuer la chirurgie ambulatoire ne peut pas être déléguée. Bien que l'un des objectifs du service soit d'éviter les longs retards à la porte de la salle d'opération, l'anesthésiste doit prendre le temps de s'assurer que le patient est dans un état qui lui permet de subir l'opération proposée et qu'il comprend et accepte la technique d'anesthésie prévue.

Financement du service

Prenant pour acquis que les consultations avant l'admission puissent améliorer la qualité des soins, sont-elles rentables ? Comment devraient-elles être financées ? Les périodes d'utilisation des salles d'opération coûtent très cher, donc si un service permet d'éviter les retards et les annulations, des économies devraient pouvoir être réalisées. Il est difficile de quantifier ces économies. Cependant, les économies réalisées en réduisant le séjour à l'hôpital de tous les patients d'une journée sont faciles à calculer. Le coût des services existants est de moins de 100 \$ par patient. Comme les soins hospitaliers quotidiens coûtent plus de 600 \$ dans les grands établissements de santé, des économies nettes de plus de 500 \$ par patient sont possibles en coupant une journée de soins. Donc, si les hôpitaux dont le volume d'opérations de patients hospitalisés est raisonnable éliminent un certain nombre de places et les installations connexes, proportionnellement à la diminution de la durée du séjour, ils pourront même réaliser des économies.

Le financement des services des médecins est un peu plus complexe. Dans la plupart des provinces, c'est le chirurgien qui est responsable de la divulgation des antécédents préopératoires, fonction couverte par les frais d'opération. Dans le même ordre d'idées, l'évaluation avant l'anesthésie est payée par une partie des frais d'anesthésie et les évaluations de routine n'entraînent habituellement pas de frais. Bien que les services de consultation préopératoires en anesthésie soient rémunérés, ils doivent répondre à des critères rigoureux, ce qui ne s'appliquerait pas à la plupart des patients qui sont vus en consultation avant l'admission. Comme l'évaluation effectuée lors d'une consultation avant l'admission constitue un nouveau service qui ne dégage pas l'anesthésiste de ses responsabilités juridiques lors de l'opération, une telle évaluation devrait être financée par des sources autres que celles qui sont réservées aux services d'anesthésie existants. Ce problème a été reconnu dans certains secteurs de compétence, où on paie les anesthésistes participants pour chaque consultation. Idéalement, ce moment devrait être ajouté à tout budget global existant pour les services médicaux, car il s'agit d'un nouveau service qui vise essentiellement à diminuer le coût général des soins médicaux.

Les hôpitaux pourraient rémunérer les anesthésistes pour ces services de consultation grâce aux économies qu'ils réalisent suivant la diminution du séjour des patients. Bien que cela soit faisable à court terme, il faut se rappeler que les hôpitaux canadiens ne reçoivent pas de financement par cas. Si les hôpitaux ont besoin de moins de places pour un certain volume de travail, leur budget sera réduit

en conséquence. En fin de compte, il n'y aura plus d'excédent pour payer les anesthésistes. Les ministères de la Santé de chaque province doivent reconnaître que ce travail clinique est un nouveau service qui permet de réduire les coûts dans l'ensemble tout en améliorant la qualité des soins. La meilleure façon pour les gouvernements de confirmer et de maintenir cette reconnaissance est de rémunérer ces services au même titre que ceux des autres médecins.

Conclusion

Les anesthésistes possèdent des compétences uniques qui leur permettent de participer aux services de consultation avant l'admission, et de nombreux anesthésistes canadiens ont déjà joué un rôle de premier plan dans la création et l'orientation de ces services. Ces services améliorent les soins anesthésiques en garantissant que le patient est mieux informé et qu'il est évalué de façon plus complète que dans les milieux hospitaliers actuels, de plus en plus mouvementés et stressants. Les problèmes de nature médicale et juridique reliés au consentement diminueront lorsque les patients auront plus d'occasions d'exprimer leurs préoccupations. Le travail en salle d'opération y gagnera par une réduction des retards et des annulations, et du stress pour tous les intervenants.

En conclusion, il existe des preuves irréfutables que la création des cliniques de consultation avant l'admission présente des avantages possibles, à la fois médicaux et financiers, pour les Canadiens. La Société canadienne des anesthésistes appuie la participation de ses membres à ces services, qui constituent une partie essentielle de l'exercice de l'anesthésie moderne.