Document de la SFAR pris sur le site de la société savante

L'ANESTHÉSIE EN FRANCE EN 1996

Résultats d'une enquête de la Société Française d'Anesthésie et de Réanimation

Cet article a été publié dans " La lettre de la SFAR n° 20 " Supplément aux Ann Fr Anesth Réanim, 1997, 16 et fait l'objet d'une mise à jour dans la revue " Chirurgie ". Des données plus complètes figurent dans le n° 11 des Ann Fr Anesth Réanim, 1998, 17

Parmi les activités des anesthésistes-réanimateurs : consultations, anesthésie, soins post-opératoires, réanimation, lutte contre la douleur, urgences et SAMU-SMUR, l'anesthésie est historiquement la principale, commune aux différentes modalités d'exercice professionnel, public ou privé. La SFAR a souhaité connaître avec précision la pratique anesthésique en France, alors qu'il n'existe pas de données complètes sur ce point, officielles ou professionnelles. Lors de la mise en place du Décret sur la sécurité anesthésique (paru au JO du 8 décembre 1994), une telle évaluation quantitative est apparue un préalable indispensable à toute étude sur la morbidité / mortalité en rapport avec l'anesthésie.

Grâce à la collaboration active de tous les anesthésistes-réanimateurs, le soutien des syndicats professionnels des médecins et infirmiers anesthésistes et la collaboration scientifique et technique de l'INSERM (SC8-SC25), cette enquête a été réalisée par la SFAR, auprès de l'ensemble des établissements dans lesquels sont pratiquées des anesthésies.

Méthodologie

Compte tenu de l'estimation du nombre annuel d'interventions chirurgicales faite en 1993 par le SESI (Service des Statistiques, des Etudes et des Systèmes d'Information du Ministère du Travail et des Affaires Sociales), et du souhait de pouvoir disposer d'un échantillon suffisant

pour les catégories les moins nombreuses d'âge et de classe ASA, le nombre d'anesthésies nécessaire à prendre en compte dans l'enquête se situait entre 60 000 et 75 000. Il en a été déduit qu'une durée de 3 jours consécutifs d'enquête était nécessaire pour chacun des 1 583 établissements où se pratiquaient des anesthésies. Cette liste d'établissements provenait du SESI et a été actualisée par les Comités de Pilotage de la SFAR, national et régionaux.

La France (métropole et DOM-TOM) a été divisée en 30 zones géographiques. L'enquête s'étant déroulée sur une année, du 1er février 1996 au 31 janvier 1997, 2 ou 3 zones ont été enquêtées sur chacun des 12 mois. La répartition géographique a été tirée au sort, de même que le choix des jours dans le mois pour chaque établissement. Ceci était impératif pour prendre en compte tous les mois de l'année et tous les jours de la semaine, week-end inclus, mais interdit toute comparaison d'une région à l'autre ou d'un établissement à l'autre. Après accord de la CNIL, un comité de pilotage a été créé dans chacune des 30 régions pendant l'année précédant le début de l'enquête afin d'organiser la collecte des données. Une information a également été faite auprès des présidents de CME, des directeurs de chaque établissement, du Conseil National de l'Ordre des Médecins et des autorités de tutelle.

Dans chaque établissement, le médecin anesthésiste référent devait collecter l'ensemble des fiches d'anesthésie, correspondant chacune à l'anesthésie d'un patient. Ces fiches devaient être collectées et envoyées dans une enveloppe pré-payée à l'INSERM, après détachement du nom du patient afin de préserver l'anonymat de cette enquête.

Dans chaque région, 5% des établissements, tirés au sort, ont été audités, afin de vérifier la validité des fiches envoyées, ces contrôles étant effectués à partir des données des cahiers des blocs opératoires, salles de réveil et salles d'accouchement.

L'objectif de l'enquête était d'identifier trois types d'information, comme le montre le questionnaire joint en annexe :

- les caractéristiques principales des patients anesthésiés : âge, sexe, et classe ASA;
- l'anesthésie réalisée : urgente ou programmée, heure de début et de fin, techniques d'anesthésie, générale ou loco-régionale, technique de contrôle des voies aériennes, agents anesthésiques utilisés;
- acte réalisé: type de chirurgie, endoscopie, travail obstétrical, césarienne, laparoscopie, investigation radiologique ou cardiologique.

Participation

Le taux de participation à l'enquête a été excellent : 98 % des établissements ont répondu. La participation a été de 100 % pour les CHU (Centres Hospitalo-Universitaires), les PSPH (établissements privés Participant au Secteur Public Hospitalier) et les HIA-CHA (Hôpitaux d'Instruction et Centres Hospitaliers des Armées), de 99 % pour les CHG (Centres Hospitaliers Généraux) et de 97 % pour les cliniques privées.

Un échantillon d'établissements tirés au sort (5 %) a fait l'objet d'une vérification systématique par un expert désigné par le Comité de Pilotage de la SFAR. Cette procédure de validation a montré que le pourcentage de questionnaires manquants n'était que de 2 % et que les variables relevées étaient correctes.

Le taux de réponses et la qualité de celles-ci témoignent d'une forte adhésion du milieu professionnel à cette enquête indépendante, et donnent tout leur poids aux résultats obtenus.

Traitement des données et résultat global

Le traitement informatique des données (constitution du fichier, vérification, exploitation des données...) a été effectué par le SC25 de l'INSERM.

L'échantillon ainsi recueilli a été de 62 415 questionnaires. Après correction en fonction du taux de réponses et de la procédure de validation, le nombre d'anesthésies a été estimé à 65 058. Pour estimer le nombre total annuel d'anesthésies, ce nombre a été multiplié par le rapport 366/3 (1996 était une année bissextile). On aboutit ainsi à un total estimé de 7 937 000 anesthésies en France en 1996, avec un intervalle de confiance à 95 % de ± 387 000. L'augmentation est de 120 % par rapport à la précédente enquête de l'INSERM, effectuée en 19801,2,3, où l'estimation était de 3 600 000 ± 240 000. Rapportée à la population française, la valeur de 1996 indique un taux d'anesthésies de 13,5 pour 100 habitants.

Caractéristiques des patients

La répartition selon le sexe montre une prédominance féminine (55 %). Celle-ci est surtout marquée entre 25 et 34 ans : dans cette tranche d'âge le taux d'anesthésies atteint un cinquième de la population féminine, ce qui s'explique notamment par l'activité obstétricale. Au delà de 74 ans, les femmes sont également plus nombreuses à être anesthésiées (figure 1), en raison de leur plus grande longévité. Mais, proportionnellement à leur nombre, les hommes âgés de plus de 74 ans ont un taux annuel d'anesthésies plus élevé, dépassant 31 % ; ainsi, dans cette tranche d'âge, le taux d'anesthésies atteint près du tiers de la population masculine.

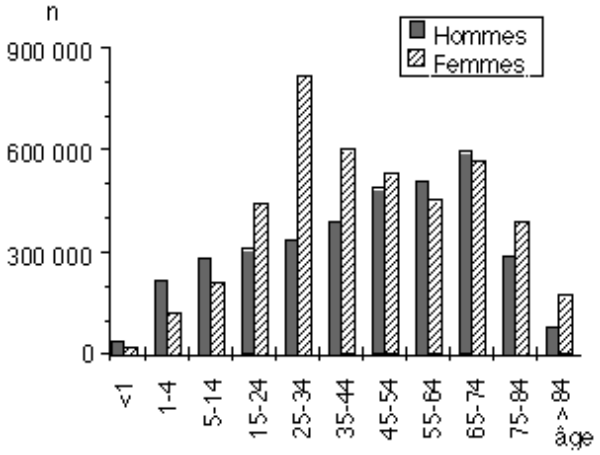

Fig. 1 : nombre d'anesthésies en 1996 par tranches d'âge en fonction du sexe

La répartition en fonction de l'âge a évolué depuis 1980 : les sujets de plus de 54 ans représentent 39 % des anesthésies en 1996, contre 26 % à l'époque. C'est dans les catégories des patients les plus âgés que l'augmentation d'activité a été la plus forte (figure 2).

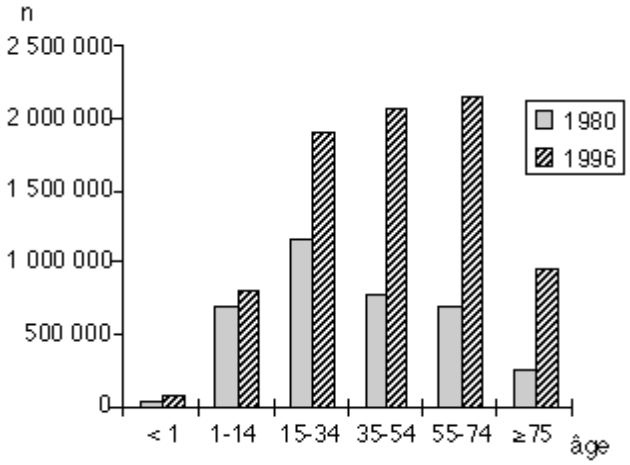

Fig. 2 : évolution du nombre d'anesthésies par tranches d'âge

Il en est de même de la sévérité des patients, appréciée par la classe ASA. En 1980, 79 % des sujets étaient de classe 1 ; ils ne sont plus désormais que 59 %. Seuls 6 % des sujets étaient alors de classe 3, 4 ou 5 ; cette proportion a doublé en 1996.

Types d'établissement

Les anesthésies sont réalisées pour 16 % dans les CHU, 20 % dans les CHG, 6 % dans les PSPH, 58 % dans les cliniques privées. Les hôpitaux militaires ont été regroupés, avec les CHU pour les HIA, avec les CHG pour les CHA.

Par rapport à 1980, tous les types d'établissements ont augmenté leur activité, mais cette progression est plus forte dans le secteur privé qui, à l'époque, réalisait 50 % du nombre d'actes.

La répartition entre établissements varie en fonction du type de patients et d'interventions. La proportion des enfants de moins d'un an est plus élevée dans les CHU (2,2 % contre 0,9 % pour l'ensemble). Les classes d'âge 25-64 ans sont représentées dans la même proportion selon le type d'établissement. Pour les sujets âgés, la proportion des 65-84 ans est plus élevée dans les PSPH (28 % contre 23 % pour l'ensemble) et les cliniques privées (25 %). Au delà de 85 ans, la proportion devient plus importante pour les CHG (4,3 % contre 3,2 % pour l'ensemble) et reste élevée dans les PSPH (3,8 %).

Les patients de classe ASA supérieure à 2 sont plus représentés dans les CHU (19 %) que dans les cliniques privées (10 %).

La durée d'intervention est deux fois plus longue dans les CHU (médiane : 80 min) que dans les cliniques privées (médiane : 40 min).

La répartition entre les types d'établissements varie en fonction de l'heure dans la journée : pour les anesthésies débutées après minuit, la part des CHU est de 28 %, celle des CHG de 39 %, celle des PSPH de 5 %, des cliniques privées de 28 %.

Types d'anesthésie

Des anesthésies générales (AG) sont pratiquées dans 77 % des cas. L'anesthésie loco-régionale (ALR) représente 16 %, soit quatre fois plus qu'en 1980. Cette proportion est particulièrement élevée après 84 ans, où elle représente 29 % des anesthésies dans cette tranche d'âge. La part de l'ALR associée à une sédation est de 5 %. L'association d'une AG et d'une ALR représente 2 % du total des anesthésies.

La proportion d'anesthésies générales est semblable dans les cliniques privées, les PSPH et les CHU (78 %). Dans les CHG, la proportion d'AG est moins élevée (73 %), au profit de l'ALR seule (22 %). La proportion de sédations associées à une ALR est un peu plus élevée dans les cliniques privées (6 %).

L'activité anesthésique en chirurgie

L'enquête situe à 5 614 000 le nombre d'actes chirurgicaux sous anesthésie en 1996 (chirurgie obstétricale exclue). Cette activité est en nette augmentation par rapport à l'enquête de 1980, où elle était de 3 190 000 actes. Cependant, l'activité d'anesthésie a proportionnellement plus augmenté en dehors de la chirurgie. La chirurgie (hors obstétrique) ne représente désormais que 71 % des actes justifiant une anesthésie, contre 89 % à l'époque.

Globalement, les caractéristiques des patients précédemment avancées se retrouvent : par rapport à 1980, les sujets anesthésiés en 1996 pour un acte chirurgical sont plus âgés et plus sévèrement atteints.

Le type de chirurgie

La chirurgie orthopédique est le principal motif d'anesthésie en chirurgie, représentant 1/4 des anesthésies en chirurgie. En 1980, l'orthopédie représentait 19,3 % de l'ensemble des actes chirurgicaux.

L'activité en ophtalmologie est celle qui a le plus augmenté, quadruplée depuis 1980, et atteignant 450 000 actes par an. Le nombre d'anesthésies réalisées par un anesthésiste pour intervention sur cataracte, qui était alors de 46 700, est actuellement de 339 200, soit une augmentation de 626 %.

L'activité en chirurgie digestive est restée à un niveau stable, mais avec une répartition différente du type d'actes. Ainsi, le nombre annuel d'appendicectomies, qui était de 306 500 en 1980, est actuellement de 159 900, 27 % d'entre elles étant réalisées sous laparoscopie. Le nombre de cholécystectomies était alors de 64 700 ; il est actuellement de 95 300, 78 % d'entre elles étant réalisées par laparoscopie.

Dans la tranche d'âge de moins d'un an, 80 % des interventions se répartissent, par ordre de fréquence décroissante, entre la chirurgie digestive, l'ORL, l'urologie, l'ophtalmologie et l'orthopédie. Entre 1 et 4 ans, 64 % des actes sont motivés par la chirurgie ORL. Entre 75 et 85 ans, l'anesthésie est principalement utilisée pour l'ophtalmologie (30 %), l'orthopédie (24 %), la chirurgie digestive (13 %), et l'urologie (11 %).

Le type d'anesthésie

L'anesthésie générale et la sédation représentent 79 % des anesthésies en chirurgie. Ces techniques sont associées dans 61 % des cas à une intubation trachéale, dans 12 % des cas à un masque laryngé. En 1980, l'intubation trachéale était utilisée chez 50 % des patients ayant une anesthésie générale. Un circuit avec réinhalation des gaz expirés est utilisé chez 46 % des patients dont l'anesthésie comporte un halogéné et dure plus de 60 min.

La nature des agents anesthésiques a également varié depuis 1980. L'utilisation des anesthésiques volatils a augmenté (77 % des AG en 1996, contre 49 % en 1980), ainsi que celle des morphiniques et des benzodiazépines, alors que l'utilisation des neuroleptiques s'est notablement réduite (3 % des AG en 1996, contre 17 % en 1980).

Les techniques d'ALR sont principalement la rachianesthésie, représentant 35 % de l'ensemble des ALR en chirurgie, et l'anesthésie péribulbaire, représentant 22 % des ALR. Les blocs plexiques, blocs tronculaires et l'ALR i.v. représentent 28 % de l'ensemble des ALR en

chirurgie. En revanche, l'anesthésie péridurale ne représente que moins de 5 % des ALR en chirurgie (hors obstétrique).

Le type d'établissement

Les CHU réalisent une part importante des activités chirurgicales entraînant des prises en charge "lourdes" : 64 % des actes de chirurgie cardiaque, 80 % de la chirurgie intracrânienne, 40 % de la chirurgie rachidienne, maxillo-faciale ou pulmonaire. A l'opposé, leur part dans les activités de chirurgie ORL, vasculaire, gynécologique (hors obstétrique), digestive, orthopédique, ophtalmologique ou urologique n'est que de 15 %.

Les CHG réalisent un quart environ de l'activité de chirurgie orthopédique, digestive, gynécologique et pulmonaire.

Les cliniques privées réalisent de 51 % à 69 % des actes de chirurgie orthopédique, digestive, ORL, gynécologique, ophtalmologique et urologique.

Répartition de l'activité dans le temps

L'activité de chirurgie se répartit essentiellement sur les cinq premiers jours de la semaine. Le mardi est le jour le plus actif (21 %), et le vendredi le moins chargé (17 %). Seuls 4,5 % de l'activité sont réalisés le samedi et 2 % le dimanche.

L'heure de début de l'anesthésie est située entre 7h et 18h dans 95 % des actes de chirurgie (hors obstétrique). Au delà, 90 % des anesthésies pour des actes chirurgicaux (hors obstétrique) sont débutées avant minuit. Le nombre d'anesthésies pour des actes chirurgicaux effectuées la nuit a peu varié depuis 1980.

La durée des anesthésies en chirurgie est inférieure à 1h pour 50 % des actes, et supérieure à 2h30 pour 10 % des actes.

Anesthésie et obstétrique

Les anesthésies réalisées en raison d'une grossesse représentent 8,6 % du total des anesthésies. Pour 77 % il s'agit d'actes en rapport avec l'accouchement, pour 18 % d'une IVG. Concernant l'accouchement, dans 70 % des cas, il s'agit d'une analgésie du travail (371 000 actes), dans 23 % d'une césarienne (122 000 par an), le reste étant en rapport avec des révisions utérines, des délivrances artificielles. Par rapport à 1980, le nombre d'anesthésies pour césarienne a doublé.

L'heure de début d'anesthésie lors de l'accouchement

est comprise entre 18h et 7h dans un tiers des cas ; dans ce cas, il est postérieur à minuit dans la moitié des cas. Par rapport à l'ensemble des actes nécessitant une anesthésie la nuit, l'obstétrique représente plus des 2/3 de l'activité anesthésique débutant après minuit.

La répartition entre types d'établissement est :

39 % pour les CHG, 39 % pour les cliniques privées, 17 % pour les CHU, 5 % pour les PSPH.

Le type d'anesthésie

est une anesthésie péridurale dans 96 % des actes pour analgésie du travail. Comparé au nombre d'accouchements en France, le taux d'analgésies péridurales au cours de l'accouchement se situe à 51 %. Pour la moitié d'entre elles, la durée est de 190 min ; dans 10 % des cas, elle est supérieure à 6 h 30. Pour les césariennes, le taux d'anesthésies loco-régionales est de 82 % lorsqu'elles sont programmées, 72 % dans le cas contraire. Au cours des césariennes, une transfusion de sang homologue est réalisée dans 0,8 % des cas. Les autres actes liés à l'accouchement sont de courte durée et réalisés dans la majorité des cas sous anesthésie générale. Celle-ci est associée à une intubation trachéale dans 8 % des cas.

Anesthésies pratiquées en urgence

Les anesthésies réalisées en urgence, quelle que soit l'heure, représentent 15,5 % du total, soit 1 230 000 actes. L'augmentation par rapport à 1980 est de l'ordre du double.

Les actes réalisés

sous anesthésie sont de la chirurgie pour 64 %, de l'obstétrique pour 27 %, des explorations ou des endoscopies pour 9 %. Les actes chirurgicaux (hors obstétrique) les plus représentés sont : l'orthopédie (43 %), la chirurgie digestive (24 %), la gynécologie (7 %). Par ailleurs, il est à noter que les anesthésies en urgence représentent 28 % des actes de chirurgie intracrânienne, 14 % de la chirurgie maxillo-faciale, 11 % de la chirurgie cardiaque.

L'heure de début de l'anesthésie

est située entre 7h et 18h dans 70 % des cas. Au delà, 75 % des actes sont débutés avant minuit.

En fonction des établissements,

l'activité anesthésique d'urgence représente 25 % de l'activité des CHG, 20 % de celle des CHU, 13 % de celle des PSPH, 11 % de celle des cliniques privées.

Le type de patients

Les tranches d'âge où la proportion d'urgences est relativement plus forte sont les enfants de moins d'1 an, la période 5-34 ans et les sujets de plus de 85 ans. Dans 15 % des cas, la classe ASA est égale ou supérieure à 3.

Le type d'anesthésie

ne se distingue pas de celles réalisées en dehors de l'urgence.

Anesthésie du patient ambulatoire

Le nombre d'anesthésies

Le nombre d'anesthésies réalisées en 1996 pour des patients ambulatoires est estimé à 2 100 000, soit douze fois plus qu'en 1980. Alors qu'à l'époque, cette activité ne représentait que 5 % de l'ensemble des anesthésies, elle en représente actuellement 27 %. Les cliniques privées en réalisent 75 %, contre 12 % aux CHG, 8 % aux CHU et 5 % aux PSPH. Pour les cliniques privées, la pratique ambulatoire représente un tiers de l'activité.

Les actes réalisés

sont, pour un peu plus de la moitié, des actes chirurgicaux (55 %). Les endoscopies digestives hautes ou/et basses représentent 37 %. Loin derrière viennent les IVG (5 %) et diverses procédures et explorations hors chirurgie.

La part du mode ambulatoire est de 21 % de l'ensemble des actes chirurgicaux, 64 % des endoscopies digestives sous anesthésie et 80 % des IVG.

En matière d'anesthésie pour chirurgie, la moitié des actes réalisés en ambulatoire correspond à l'ORL et l'orthopédie (à part égale). Les actes en ORL concernent : adénoïdectomies (70 % des cas), plus rarement amygdalectomies et pose d'aérateurs transtympaniques. Ce type de chirurgie s'adresse pour 90 % des cas à des enfants de moins de 15 ans.

Les procédures orthopédiques concernent pour 70 % le membre supérieur, dont 13 % d'arthroscopies. Les actes pratiqués en ambulatoire sur le membre inférieur sont moins nombreux et sont pour 35 % des arthroscopies. La répartition des types d'actes orthopédiques ambulatoires est identique quelle que soit la catégorie d'établissements.

Les patients

sont de classe ASA 1 (80 %) ou 2 (18 %), mais de tous âges, jusqu'à 95 ans. Cependant une fréquence plus grande est observée en dessous de 7 ans.

La répartition dans la journée

est de 75 % avant midi. La répartition dans la semaine est identique à celle relevée pour l'activité en chirurgie non ambulatoire, sauf que le vendredi est un jour un peu plus chargé.

La technique anesthésique

est pour 86 % des cas une anesthésie générale/sédation, nécessitant rarement un abord des voies aériennes. Il s'agit généralement d'actes courts, 50 % des anesthésies durant 20 min ou moins, 10 % seulement durant 55 min ou plus.

Une anesthésie loco-régionale, seule ou associée à une sédation, est utilisée pour 14 % de l'ensemble de ces actes. Les techniques sont surtout représentées par des blocs plexiques, tronculaires ou périphériques (37 %), l'ALR i.v. (17 %) et des anesthésies péribulbaires en ophtalmologie (18 %). Réciproquement, parmi les interventions pratiquées sous ALR i.v., la moitié est faite pour des actes ambulatoires ; parmi celles réalisées sous bloc plexique, l'ambulatoire ne représente que 20 % du total. Ainsi, apparaît une relation assez nette entre ALR i.v. et chirurgie ambulatoire du membre supérieur.

Anesthésie et endoscopies digestives

Les anesthésies pour endoscopie digestive représentent 16 % de l'activité totale, soit 1 190 000 actes, c'est-à-dire 50 fois plus environ qu'en 1980. Il s'agit pour 50 % d'endoscopies basses, pour 34 % d'endoscopies hautes et pour 16 % de l'association des deux. Parmi les endoscopies hautes, 76 % sont considérées comme des endoscopies simples, 8 % sont des cholangiographies rétrogrades, 7 % des échoendoscopies.

La répartition entre établissements

se fait pour 77 % dans les cliniques privées, 11 % dans les CHG, 8 % dans les CHU, 4 % dans les PSPH.

La technique anesthésique

est une anesthésie générale/sédation. L'intubation trachéale est utilisée dans 3 % des endoscopies hautes, 1 % des endoscopies basses. Le masque laryngé est utilisé dans 6 % des endoscopies basses. Dans 64 % des cas, le patient est ambulatoire.

Transfusion sanguine

Deux types de techniques ont été analysées ; d'une part l'autotransfusion de sang prélevé chez le patient en préopératoire (qu'il y ait ou non retransfusion durant l'anesthésie) ou récupéré en peropératoire ; d'autre part la transfusion de sang homologue durant l'anesthésie. Au total, le pourcentage des patients anesthésiés pour de la chirurgie, chez lesquels une de ces techniques a été mise en œuvre, est de 2,8 % en 1996 ; ce pourcentage est de 1,3 % pour les patients ayant eu une transfusion de sang homologue. En 1980, 11 % des patients anesthésiés avaient reçu une transfusion de sang homologue durant l'anesthésie ou durant les 24 heures suivantes.

Les techniques utilisées

ont été dans 40 % des cas une transfusion de sang homologue seul, dans 20 % des dons programmés (transfusion autologue programmée : TAP), dans 16 % une récupération peropératoire de sang, dans 9 % une hémodilution préopératoire ; dans 15 % des cas, plusieurs techniques étaient associées. Ceci représente pour l'année 1996 environ 107 000 anesthésies associées à une transfusion de sang homologue en salle d'opération, 60 400 à un programmes de TAP, 62 000 à une récupération peropératoire de sang avec autotransfusion, 31 000 à une hémodilution normovolémique préopératoire.

La part des types de chirurgie

ayant justifié une ou plusieurs techniques transfusionnelles est pour près de la moitié l'orthopédie, pour 14 % la chirurgie cardiaque, puis viennent la chirurgie digestive (9 %), vasculaire (7 %), urologique (6 %), les autres chirurgies représentant chacune moins de 3 % de la transfusion totale.

L'analyse des différentes techniques transfusionnelles

utilisées par type de chirurgie montre que la TAP est la technique préférée pour l'orthopédie alors qu'il s'agit de la récupération peropératoire en chirurgie cardiaque et rachidienne. Quant à la transfusion de sang homologue, elle est prioritairement utilisée en chirurgie digestive, vasculaire, urologique. La pratique de l'hémodilution préopératoire est retrouvée dans tous les types de chirurgie, mais toujours en faible place par rapport aux autres techniques.

La TAP a été réalisée chez des patients à partir de 7 ans et jusqu'à 95 ans, de classe ASA 1 (40 %), ASA 2 (48 %) et ASA 3 (12 %).

Pour ce qui concerne l'orthopédie, première consommatrice de transfusion, les techniques ont été appliquées pour 89 % des cas dans des situations non urgentes. Il n'est pas noté de différence importante pour les pratiques transfusionnelles entre la chirurgie prothétique de hanche (PTH) et de genou (PTG) : respectivement 57 % et 52% d'entre elles ont nécessité une ou plusieurs techniques transfusionnelles, qui est un programme de TAP dans plus de la moitié des cas. Entre les catégories d'établissements, les différences dans l'utilisation des techniques transfusionnelles sont relativement faibles pour un acte donné comme les PTH et PTG, contrairement à l'utilisation globale des techniques transfusionnelles et à la répartition entre les types de chirurgie.

Références

1- Hatton F, Tiret L, Maujol L, et coll. Enquête épidémiologique sur les accidents d'anesthésie. Premiers résultats. *Ann Fr Anesth Réanim.*,1983, 2:331-386

2- Tiret L, Hatton F, Maujol L. L'activité chirurgicale en France. Enquête prospective nationale (1978-1982). INSERM, mars 1985

3- Tiret L, Hatton F. L'anesthésie en gynécologie-obstétrique. Une étude épidémiologique nationale. *J Gynécol Obstét Biol Reprod*. 1986, 15: 1027-1034

A l'occasion de l'émotion suscitée par l'accident survenu au Val de Grâce, des informations discordantes ont été publiées dans la presse "grand public" sur certaines données concernant l'anesthésie. La SFAR a donc souhaité mettre à la disposition de tous des renseignements fiables.

La consultation préanesthésique

La consultation préanesthésique est nécessaire avant tout acte programmé sous anesthésie. Elle doit être réalisée plusieurs jours à l'avance, par un médecin anesthésiste-réanimateur (Recommandations concernant la période préanesthésique, Décret du 5 décembre 1994).

Par plusieurs jours à l'avance, il faut entendre un temps utile pour pouvoir éventuellement apporter des modifications de traitement ou de programmation, prendre connaissance d'éventuelles investigations complémentaires, et permettre au patient de réfléchir à l'information fournie (Fiche d'information médicale aux patients sur l'anesthésie, Réflexions sur l'information et le consentement du patient en anesthésie-réanimation).

Souvent, ce délai est de l'ordre d'une semaine, mais peut être plus long : il convient alors de vérifier lors de la visite préanesthésique qu'il n'est pas survenu d'événement nouveau depuis la consultation.

La visite préanesthésique

La visite préanesthésique a lieu la veille de l'acte (en cas d'hospitalisation) ou le jour même (notamment pour les patients ambulatoires) dans les heures précédant l'acte. Elle vise à vérifier l'absence d'élément nouveau depuis la consultation, à prendre connaissance d'éventuels examens complémentaires. Elle vise également à rassurer psychologiquement le patient et obtenir son consentement final pour la technique envisagée.

Les curares en anesthésie en France

L'enquête "3 jours d'anesthésie en France" de la SFAR a montré qu'il y avait environ 8 000 000 d'anesthésies en France. Plus des 3/4 sont des anesthésies générales, soit environ 6 200 000 par an. Parmi celles-ci, les curares sont utilisés dans 40% des cas, soit environ 2 500 000 par an (résultats à paraître). C'est pour l'anesthésie en chirurgie qu'ils sont le plus souvent utilisés (55 % des anesthésies générales). A titre d'exemple, au cours des cholécystectomies, l'anesthésie générale est utilisée dans pratiquement 100 % des cas et les curares dans 98 à 99 % des cas (résultats à paraître).

Les chocs allergiques en anesthésie

La fréquence des chocs allergiques vrais en anesthésie est estimée à 1 pour 6 à 10 000 anesthésies générales (Laxenaire 1993, Fisher 1993). Les chocs avec arrêt cardiaque (grade 4) correspondent à 1 choc allergique recensé sur 10, soit de l'ordre de 1 pour 100 000 anesthésies générales (résultats à paraître).

Le traitement repose toujours sur l'administration immédiate d'adrénaline, associée au remplissage vasculaire. La détection avant l'anesthésie d'une sensibilité aux curares se fait au

moyen de tests cutanés, réalisés par des spécialistes : des prick-tests sont proposés chez les sujets ayant un antécédent évocateur de réaction allergique peranesthésique. Il n'existe pas sur le marché, français ou international, de dispositif commercialisé permettant, lors de la consultation préanesthésique, un dépistage simple dans une population à risque (tels les sujets atopiques) (Laxenaire 1996).

Les chocs allergiques aux curares

Les produits incriminés dans les chocs allergiques survenant durant l'anesthésie sont principalement : les curares (62 %), le latex (17 %), les antibiotiques (8 %). Parmi les curares, les produits les plus fréquemment en cause sont : le vécuronium (Norcuron® : 29 %), l'atracurium (Tracrium® : 24 %), le suxaméthonium (Célocurine® : 23 %). Chez plus de 70 % des patients allergiques à un curare, il existe une allergie croisée avec un ou plusieurs autres (Laxenaire 1997). Le nombre annuel de patients ayant reçu chaque produit est inconnu. Le risque relatif propre à chaque curare ne peut donc être déterminé avec précision.

Les accidents d'anesthésie

Les seuls chiffres fiables pour la France sont ceux de l'enquête INSERM de 1980 (Hatton 1983). Le taux de décès totalement liés à l'anesthésie était alors de 1/12 000, comparable à celui des pays de même niveau médical. Depuis cette époque, des "standards" d'anesthésie ont été adoptés dans la plupart de ces pays, du même type que ceux recommandés par la SFAR entre 1989 et 1990 (Recommandations concernant la période préanesthésique. Recommandations concernant la surveillance des patients en cours d'anesthésie. Recommandations concernant la surveillance et les soins postanesthésiques) et rendus réglementaires en 1994 (Décret du 5 décembre 1994).

Les taux actuellement publiés sont de 1 décès sur 20 000 anesthésies en Australie (Warden 1994), 3/550 000 en Grande Bretagne à partir de déclarations volontaires (Campling 1995). De fait, l'étude de taux aussi faibles nécessite de très larges enquêtes, de réalisation difficile.

Le Rapport du Haut Comité de la Santé Publique sur la Sécurité en Anesthésie, après avoir suggéré certaines mesures finalement adoptées par voie réglementaire, a proposé des mesures d'évaluation, qui sont en cours d'élaboration par la SFAR. La première étape indispensable était la détermination du nombre d'anesthésies (dénominateur) et est en cours de publication. Les projets en cours d'étude sont, d'une part l'étude des certificats de décès avec l'INSERM, d'autre part le recueil prospectif des événements indésirables et de l'activité d'un échantillon d'établissements volontaires.

Pour ce qui concerne plus spécifiquement les chocs anaphylactiques en rapport avec l'anesthésie, il existe une enquête nationale reposant également sur les déclarations volontaires (mcLaxenaire.nancy@invo.edu).

Références bibliographiques

L'anesthésie en France en 1996, résultats d'une enquête de la Société Française d'Anesthésie et de Réanimation. Premiers résultats. Le lettre de la SFAR n°20. *Ann Fr Anesth Réanim* **16** (supp6): 1-4, 1997

Recommandations concernant la période préanesthésique. Société Française d'Anesthésie et de Réanimation, septembre 1990

Recommandations concernant la surveillance des patients en cours d'anesthésie. Société Française d'Anesthésie et de Réanimation, juin 1989

Recommandations concernant la surveillance et les soins postanesthésiques. Société Française d'Anesthésie et de Réanimation, septembre 1990

Campling EA, Devlin HB, Hoile RW, LunnN JN. The report of the National Confidential Enquiry into perioperative deaths 1992/1993. (National CEPOD, London, 1995)

Fisher MM, Baldo BA. The incidence and clinical features of anaphylactic reactions during anaesthesia in Australia. *Ann Fr Anesth Réanim* **12**: 97-104, 1993

Hatton F, Tiret L, Maujol L, N'Doye N, Vourc'h G, Desmonts JM, Otteni JC, Scherpereel P. Enquête épidémiologique sur les accidents d'anesthésie. Premiers résultats. *Ann Fr Anesth Réanim* **2**: 331-86, 1983

Laxenaire MC, pour le Groupe national d'études épidémiologiques des réactions anaphylactoïdes peranesthésiques. Substances responsables des chocs anaphylactiques en cours d'anesthésie. Enquête multicentrique 1994-1996. *Ann Fr Anesth Réanim* **16** supt: R042, 1997

Laxenaire MC and the members of the Writing Committee. Drugs and other agents involved in anaphylactic shock occuring during anaesthesia. A French multicenter epidemiological inquiry. *Ann Fr Anesth Réanim* **12**: 91-96, 1993

Laxenaire MC, Moneret-Vautrin DA, Guéant JL. Réactions allergiques au cours de l'anesthésie. pp 229-247 *in* Conférences d'actualisation. 38ème congrès national d'anesthésie et de réanimation. Elsevier, Paris 1996.

Warden JC, Borton CL, Horan BF. Mortality associated with anaesthesia in New South Wales, 1984-1990. Med J Aust **161**: 585-593, 1994