

Rapport sur la **sécurité anesthésique**

À la suite de la saisine du ministre de la Santé et de l'Action humanitaire concernant les conditions de la sécurité anesthésique en France (avril 1992), le Haut Comité de la santé publique a constitué un groupe de travail d'anesthésistes-réanimateurs des hôpitaux publics et privés qui s'est régulièrement réuni sous la présidence du professeur André Lienhart. Le rapport de ce groupe de travail, après avoir été examiné en séance plénière du Haut Comité, a été remis, le 26 novembre 1993, à madame Veil et à monsieur Douste-Blazy.

Les données concernant le nombre annuel d'anesthésies en France, le type, le niveau de gravité et la fréquence des accidents de l'anesthésie, émanent d'une enquête Inserm réalisée en 1978-1982 : il y avait de l'ordre de 3,5 millions d'anesthésies par an en France, la mortalité péri-opératoire précoce (pendant l'anesthésie et dans les 24 heures la suivant) était de 0,19 %, l'anesthésie était directement responsable de 4 % de cette dernière soit 200 à 250 morts par an (auxquels s'ajoute un certain nombre de comas prolongés). Ces données n'ont pas été actualisées. Toutefois, si l'on tient compte de la progression du nombre d'anesthésies, ainsi que du développement de la radiologie interventionnelle, on peut estimer à environ 5 millions le chiffre annuel actuel d'anesthésies (nombre très important sur lequel il conviendrait de s'interroger) qui pourrait entraîner de l'ordre de 500 décès par an.

60 % des accidents d'anesthésie surviennent pendant l'intervention et sont liés principalement à l'hypoxie, 40 % sur-

venant lors de la période de réveil. Chez les sujets indemnes de toute maladie associée qui représentent 80 % de la totalité des sujets anesthésiés, la dépression respiratoire post-anesthésique constitue la principale cause de complication sérieuse liée à l'anesthésie. La mortalité des accidents du réveil est de 42 % lorsqu'ils sont découverts en salle d'hospitalisation, et de 70 % pour les accidents de dépression respiratoire, alors qu'elle est respectivement de 11 et 29 % lorsqu'ils surviennent au bloc opératoire, en salle de réveil ou de soins intensifs. Les sujets ayant des pathologies associées ne représentent que 20 % de l'ensemble des sujets anesthésiés. Chez ces derniers, les complications cardio-vasculaires constituent une menace que l'on peut prévenir par l'adaptation de la technique anesthésique.

Trois mesures sont susceptibles d'entraîner une réduction de 70 % des accidents de l'anesthésie :

- la consultation précédant l'anesthésie de plusieurs jours, organisée dans des

locaux propres avec les moyens nécessaires, vise à détecter les patients réclamant des mesures particulières (ajustement thérapeutique, choix du type d'anesthésie, modalités de surveillance post-opératoire) ;

- le passage obligatoire en salle de réveil permet la détection précoce et le traitement souvent avec succès, à la fois des accidents respiratoires post-opératoires précoces souvent de nature anesthésique et des accidents cardio-vasculaires liés à une complication de la chirurgie ou de l'état pathologique du patient. Par salle de réveil, il faut entendre un lieu avec du personnel infirmier présent en permanence et du matériel ;

- le monitoring des fonctions respiratoires et hémodynamiques par un équipement des sites d'anesthésie qui permette de détecter, de manière précoce, la majorité des hypoxies et chocs per-opératoires.

Ces mesures proposées depuis plus de 10 ans, par circulaires ministérielles, ont été insuffisamment appliquées. Ainsi en 1978-1982, l'enquête Inserm montrait que le réveil post-anesthésique se faisait pour 50 % dans la salle d'hospitalisation ; une enquête faite en 1990 révélait que cette situation s'observait dans les mêmes proportions dans les CHU (dans 40 % dans les hôpitaux de l'AP-HP) et dans les hôpitaux d'Île-de-France. En ce qui concerne la consultation pré-anesthésique, l'enquête de 1978-1982 montrait qu'il existait dans 43 % des CHU une consultation de ce type, ce pourcentage tombant à 22 % dans les autres établissements publics ou privés. Une enquête refaite en 1991 a certes montré que ce taux montait à 73 % dans les établissements hospitaliers mais 49 % des patients sont examinés la veille de l'intervention et 14 % le jour même. Nous ne disposons pas de données quantifiées sur l'équipement en appareillage de monitoring des sites d'anesthésie. Enfin l'éclatement des locaux où se pratique l'anesthésie est un facteur d'insécurité.

Ces recommandations n'ont que peu été suivies. Il n'est pas évident que ce soit les moyens qui ont le plus fait défaut, mais la volonté politique.

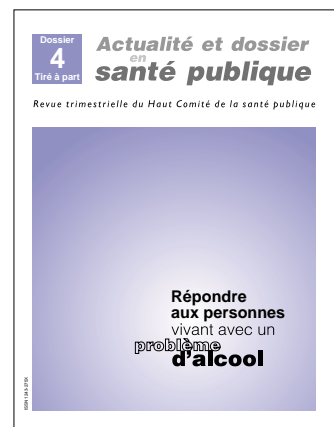
Le groupe de travail a repris ces re-

Nouveaux groupes de travail

- **Bonne pratique de la chimiothérapie anticancéreuse**
Présidé par le professeur Tubiana
- **Contrôle de qualité en anatomocytopathologie**
Présidé par le professeur Tubiana
- **Politique de prévention des suicides**
Présidé par le professeur Parquet
- **Formation en santé publique**
Présidé par le professeur Henrard et M^{me} Mengual

Nouvelles publications

- **Alcoolisme et virus hépatotropes**
Bertrand Nalpas,
prix Robert Debré 1992
- **Répondre aux personnes vivant avec un problème d'alcool**
Tiré à part du dossier n° 4 d'AdSP
- **Rapport sur la sécurité anesthésique**
Collection *avis du HCSP*



Prix d'alcoologie

Les jurys des prix Robert Debré et Michel Fontan 1993 se réuniront en mai. Les prix seront remis lors d'une manifestation officielle en juin.

commandations en les actualisant et en y ajoutant des recommandations quant à la formation du personnel, une procédure d'accréditation de sites anesthésiques et la mise en place d'un dispositif de vigilance de la sécurité anesthésique qui permettrait l'évaluation des dispositions prises. Il propose l'objectif d'une réduction de moitié du risque lié à l'anesthésie dans les cinq années à venir.

Suite à la remise de ce rapport, les ministres, après un léger temps d'hésitation, ont présenté le 30 décembre dernier un plan d'amélioration des conditions de la sécurité anesthésique, prévoyant notamment de rendre obligatoire par voie de décret l'existence d'une salle de réveil dans l'ensemble des établissements hospitaliers.

P^r Albert Hirsch