

Le demi siècle qui fit l'anesthésie réanimation en France

Jean Marie DESMONTS

GH Bichat Claude Bernard

Université PARIS 7

« Les hommes sont importants par ce qu'ils font et non par ce qu'ils disent »

A.CAMUS

La situation de l'anesthésie en France dans les années 50

Le constat d'un chirurgien

« Il n'y avait pas d'anesthésiste dans les hôpitaux, pas de réanimation. L'anesthésie était le plus souvent donnée tant par une infirmière ignorante que par un externe en médecine aussi peu qualifié et d'ailleurs peu volontaire. Dans mon service, les anesthésies étaient données d'une façon très archaïque par rapport aux méthodes anglo-saxonnes. J'ai souhaité les introduire dans mon hôpital ».

R.Merle d'Aubigné. Mémoires

La préhistoire

1. Création de la « Société d'Études sur l'anesthésie et l'analgésie » par des chirurgiens en 1934 (4 anesthésistes sur 100 membres).
2. Création d'un CES d'Anesthésiologie en 1948.
3. La 1ère Chaire d'Anesthésiologie créée à Paris en 1958 était attribuée à un chirurgien (Jean BAUMANN).
4. Le nombre des médecins anesthésistes réanimateurs inscrits à l'Ordre, en France, en 1958, était de **141**. Ils étaient associés à des chirurgiens travaillant essentiellement dans le secteur libéral sous leur autorité.

La déclaration d'indépendance

1. L'ordonnance de 1958 sur la création des Centres Hospitaliers et Universitaires en France
2. Création des premiers emplois hospitalo-universitaires en anesthésie-réanimation en 1965 (112 PU-PH en 2006)
3. Création des premiers services hospitaliers d'anesthésie-réanimation à partir de 1965
4. La Chaire d'Anesthésiologie à PARIS est attribuée à un anesthésiste-réanimateur en 1966 (G.VOURCH).
5. Responsabilité civile de l'anesthésiste indépendante de celle du chirurgien (aff. SARRAZIN 1967– aff. FARCAT 1970)

La priorité de la discipline : **diminuer la morbidité et la mortalité liées à l'anesthésie**

Par :

- La médicalisation de la pratique de l'anesthésie sur l'ensemble du territoire
- La gestion du risque
- La professionnalisation et la structuration de la discipline dans les établissements de soins

La médicalisation de la pratique de l'anesthésie

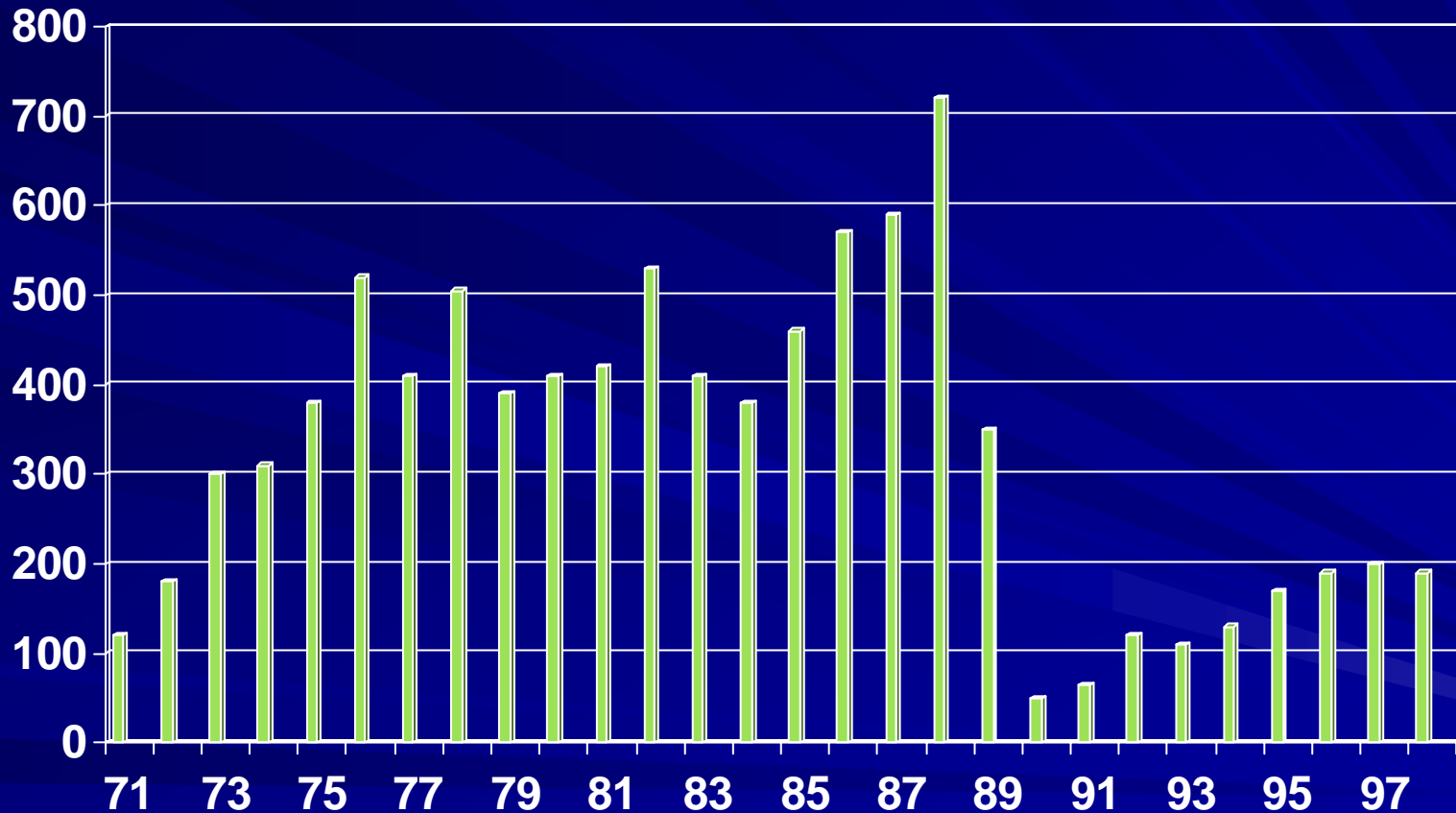
Les actions de formation

- **Médicalisation de l'anesthésie** sur l'ensemble du territoire (achevée vers 1980)
 - Formation massive de médecins AR : 600 en 1965 – 8800 en 2004
 - 1 MAR / 2.8 chirurgiens en 1999
- **Formation exclusive par l'internat** (4 ans) à partir de 1984 passé à 5 ans en 2002

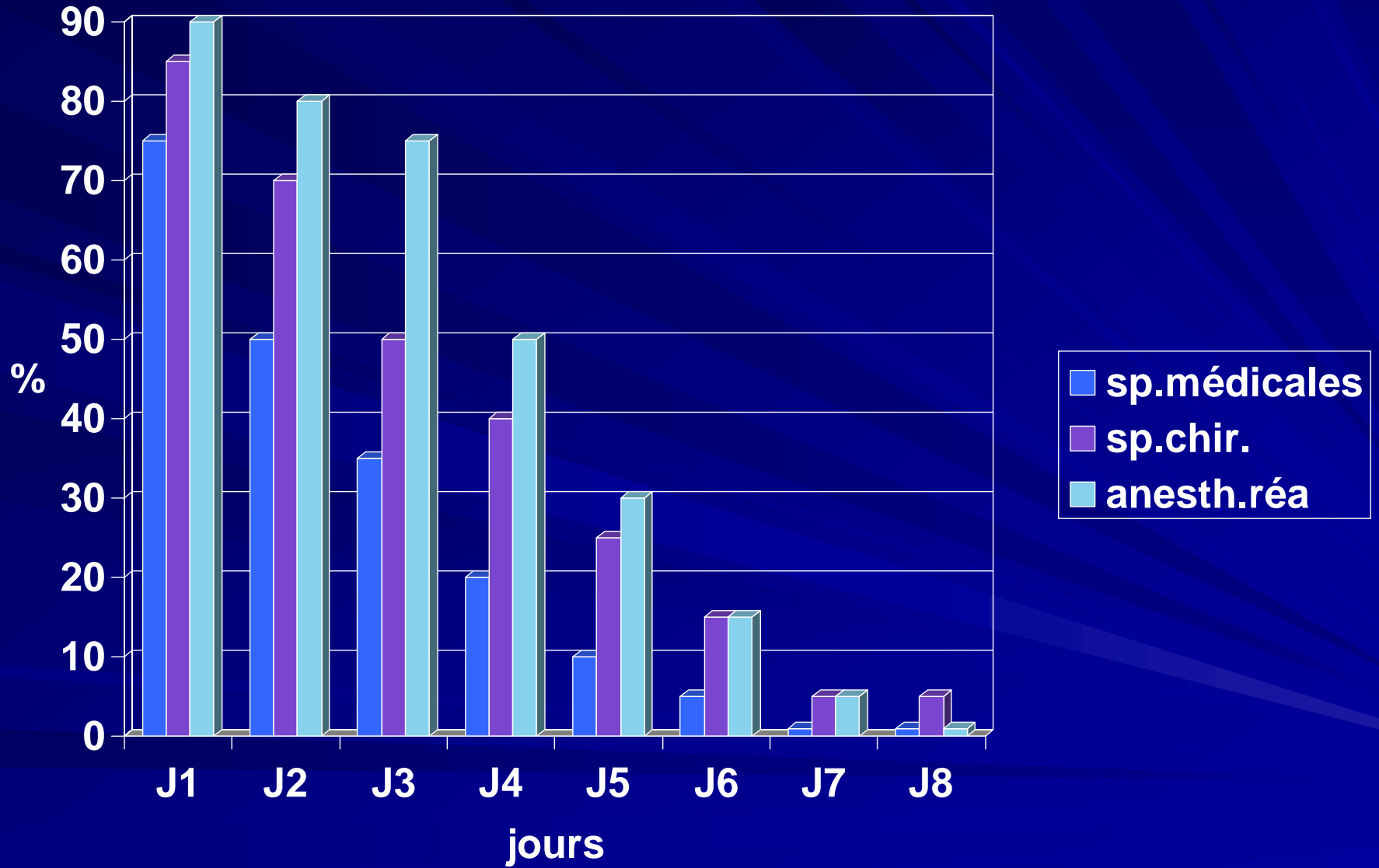
Intervenants (%) dans l'anesthésie (enquête INSERM 1983)

Médecin	60.1
Junior	9.3
IADE	20.9
Plusieurs	9.7

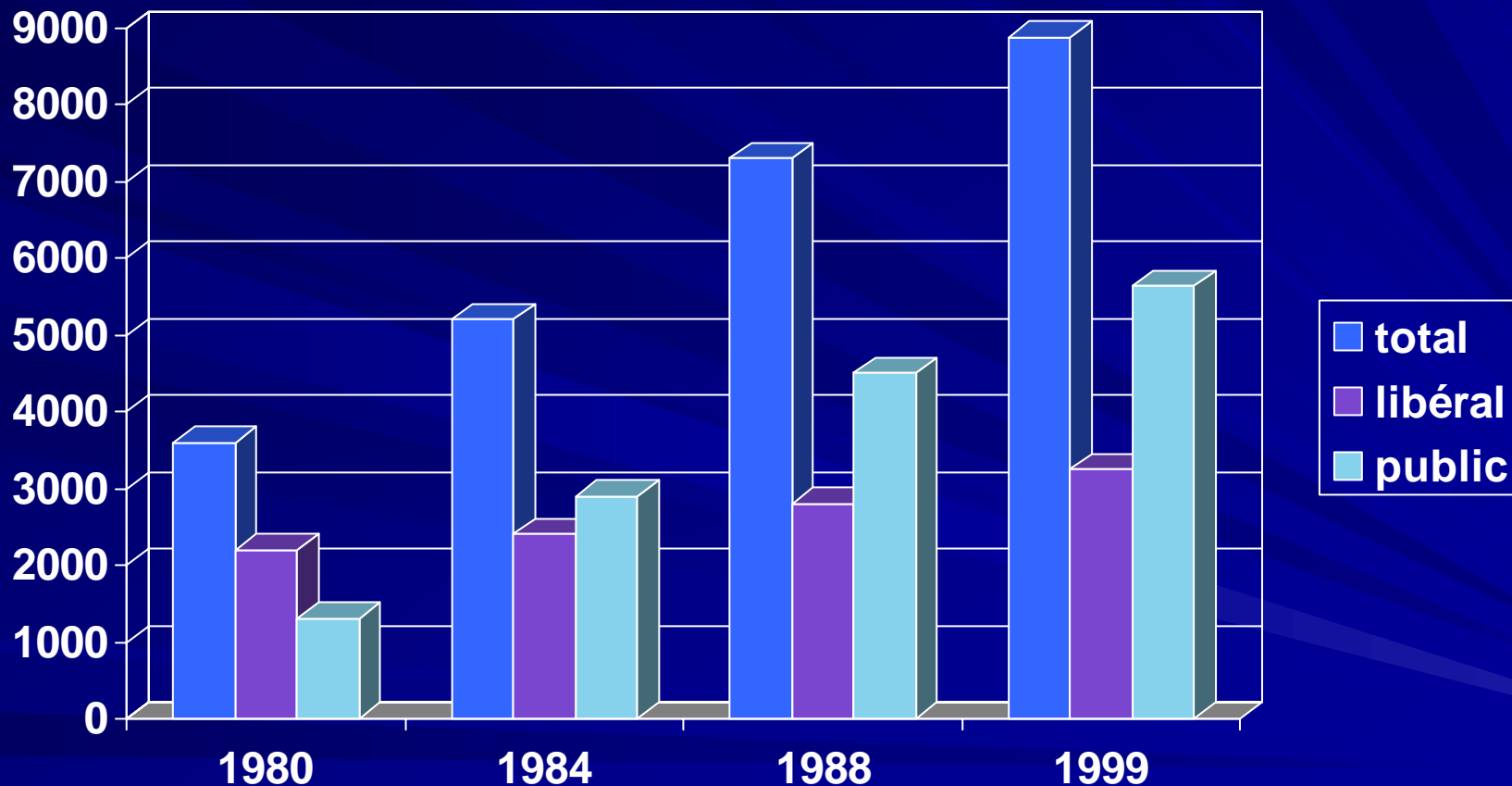
Nombre d'anesthésistes-réanimateurs formés / an en France de 1971 à 1998 (S.Pontone et al 2002)



anesthésie réanimation et ENC

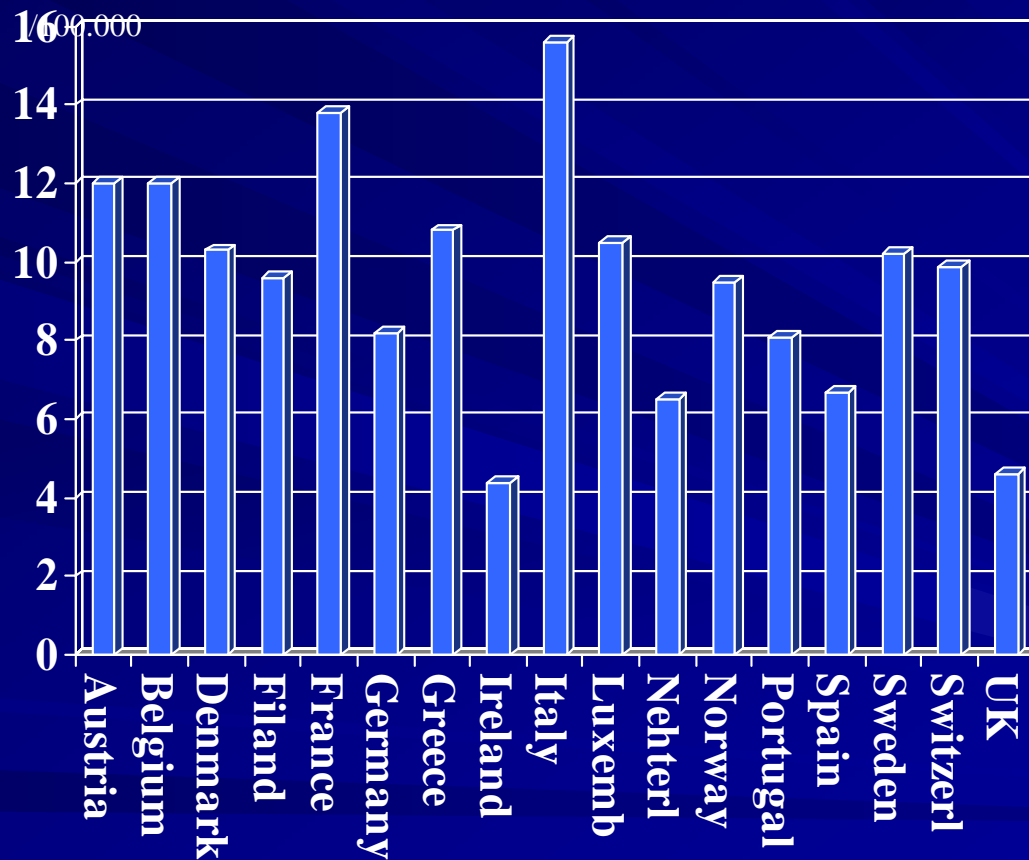


Évolution des effectifs des anesthésistes réanimateurs en France de 1980 à 1999



ANAESTHESIOLOGISTS IN THE EUROPEAN COUNTRIES

Anaesthesiologists/Population 1994



L'extension des champs de missions des MAR

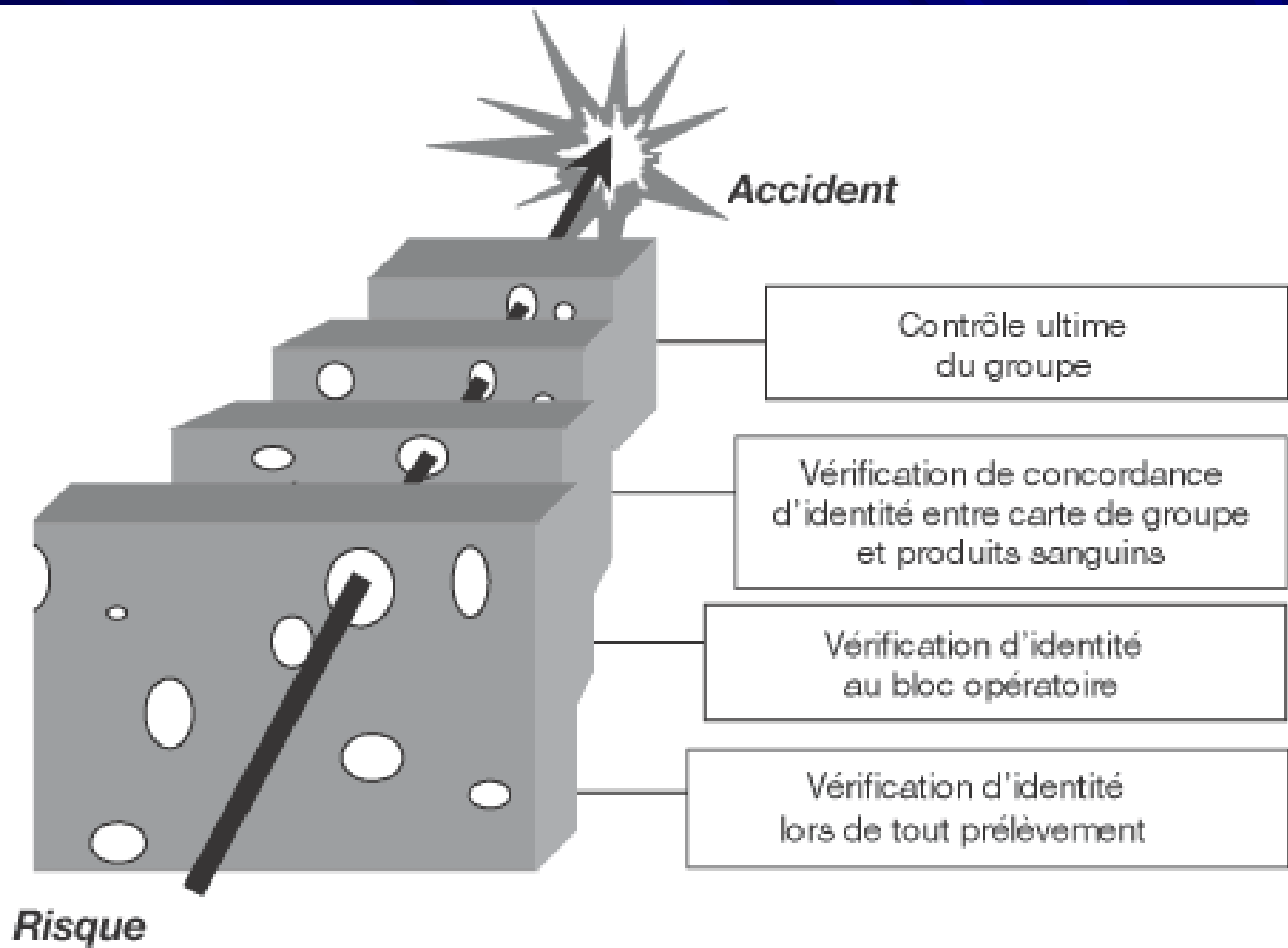
- Formation à la prise en charge des urgences pré hospitalières :
 - 1955 : équipes mobiles de réanimation
 - 1965 : SMUR
 - 1968 : SAMU
- Prise en charge des unités de réanimation chirurgicale dans les CHU et médico-chirurgicale dans les CHG
- Création de Centres de Traitement des Douleurs Chroniques

La gestion du risque et l'amélioration de la qualité des soins

Identification du risque

Enquête prospective INSERM nationale sur la morbidité et la mortalité anesthésique 1978-82 (AFAR 1983)

- Échantillon de 200.000 anesthésies concernant tous les types d'établissements en France
- Mortalité totalement liée à l'anesthésie :
1 pour 13.000 anesthésies
- La dépression respiratoire post-anesthésique : 1ère cause de mort chez les sujets à risque faible
- Facteur identifié : absence des salles de réveil (70% des malades anesthésiés ne bénéficiaient pas de ces structures).
- L'accident résulte le + souvent de la sommation de plusieurs dysfonctionnements (principe de Reason)



Les actions découlant de ce constat

Sur la sécurité anesthésique : un long combat de 20 ans

1. Circulaires ministérielles (1974, 82, 85)
2. Recommandations sur la sécurité anesthésique publiées par la SFAR en 1989
3. Rapport sur la sécurité anesthésique publié par le Haut Comité de Santé Publique en 1993
4. **Décret** n°94-1050 du 5 décembre 1994 sur la sécurité anesthésique

Sur les pratiques professionnelles

1. 14 livrets de recommandations (1989 à 2005)
2. 10 conférences de consensus (1993 à 2005)
3. 20 conférences d'experts (1994 à 2005)
4. 14 recommandations de pratique cliniques

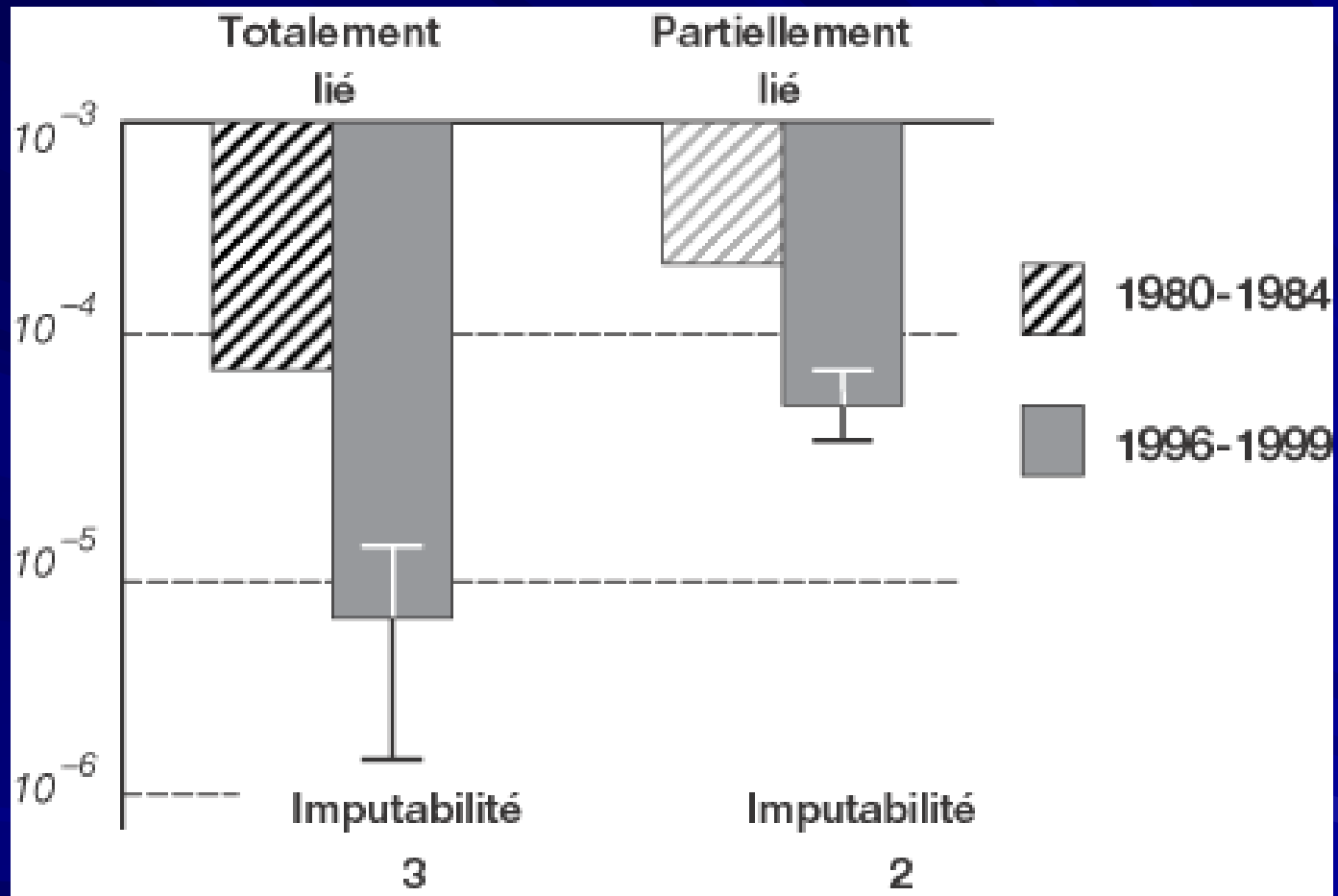
Les autres actions structurantes

Sur les urgences , la douleur et la réanimation

1. Décret n° 95-647 sur l'organisation des urgences (9 mai 1995)
2. Loi n° 95-116 sur la prise en charge de la douleur dans les établissements de soins (4 février 1995)
3. Décrets n° 2002-465 et 466 sur l'organisation de la réanimation dans les établissements de soins (5 avril 2002).

Le suivi de nos actions

1. Enquête sur la pratique de l'anesthésie, en France, en 1996 (SFAR + INSERM): échantillon représentatif de 65.000 anesthésies
2. Enquête sur la mortalité totalement liée à l'anesthésie, en France, en 1999 (INSERM +SFAR) : **1 p.145.000** anesthésies



La professionnalisation et la structuration de la discipline dans les établissements de soins

Organisation des activités de soins (1)

Activités de soins (1)

Application du décret du 5/12/94

- Consultation pré-anesthésique.
- Sécurité de l'anesthésie (monitorage, personnel, matériel - vigilance).
- L'analgésie (obstétricale, post-opératoire)
- Les salles de surveillance post-interventionnelle obligatoires dans tous les établissements de soins.
- Place des MAR dans la médecine péri-opératoire.

L'activité anesthésique

■ Nombre d'anesthésies

- 3.6 millions / an en 1980

* **7 %** d'anesthésies locorégionales

- 8 millions en 1996

* 1.2 en urgence (15%)

* 2.0 en ambulatoire (27%)

* 1.2 pour endoscopie digestive

* **20 %** d'anesthésies locorégionales

Anesthésie et obstétrique

■ **Analgésie Péridurale** et accouchements (%)

- 5 % en 1980
- 48 % en 1996
- 58% en 1998
- 63 % en 2003

Enquête Périnatalité 2003

80 % dans certaines maternités

■ **Raisons pour l'absence d'APD:**

- non souhaitée : 38.7 %
- contre-indication : 4.8 %
- travail trop rapide :48 %
- anesth.indisponible:2.9%
- autres : 5.6 %

Activités de soins(2)

1. Réanimation chirurgicale (et médicale dans un grand nombre d'établissements) structuration des unités dans le cadre du décret du 5/4/2002
2. Traitement des douleurs chroniques (loi du 4/2/96)
3. Gestion des SAMU/SMUR
4. Prise en charge des urgences (décret du 9/5/95)

Activité en réanimation

- 56 % des MAR ont une activité en réanimation (S.Pontone 2002)
- 12% consacrent plus de 50 % de leur temps à la réanimation
- 72 % des structures de réanimation en France sont gérées par des MAR (enquête SFAR 2001)
- 5 % des MAR prennent des gardes dans les SAMU/SMUR (S.Pontone 2002)

Les activités d'enseignement

- **Formation médicale** : 2^{ème} et 3^{ème} cycle

DESAR passé à 5 ans en 2002

(flux d'environ 250 internes/an)

Capacité et DESC de Médecine
d'Urgence, DU divers

FMC

- **Formation paramédicale** :

IADE, IDE (douleur, arrêt
cardiaque etc..)

Activités de recherche

- **Clinique** : - plusieurs PHRC multicentriques en cours ,
gérés par la discipline
 - domaines couverts (neurosciences,
cardiorespiratoire, infectieux, hémostase, pharmacologie
etc.)
- **Fondamentale** : quelques équipes labellisées : une
unité INSERM U 408 à thématique anesthésique (1994)
- **Publications** : -1ère publication française dans
Anesthesiology en 1978
 - la France est au 4ème rang pour les
publications dans les revues indexées
de la discipline
(Acta Anaesthesiol Scand 2003)

L'ouverture vers l'Europe

1. **Europe** : - European Academy of Anesthesiology
(J.Lassner, JM Desmots) et le
Diplôme Européen (JC Otteni)
- European Society of Anesthesiologists
(P.Viars, P.Coriat)
- Fondation Européenne pour
l' Enseignement de l'Anesthésiologie
(P.Scherpereel)

Congrès Européen (PARIS 1978)

EAA Meetings : 1982 et 2000

L'ouverture vers le monde

1. L'Amérique du Nord

- connexions avec des équipes universitaires (publications communes)
- publications françaises dans les meilleures revues internationales
- recrutement d'universitaires français dans les Boards éditoriaux (Anesthesiology, Anesth Analg Br J Anaesth)

2. Le Congrès Mondial WFSA à Paris en 2004

L'ouverture vers le monde

1. **L' accueil des médecins** des pays en voie de développement : Maghreb, Afrique subsaharienne, Moyen Orient, Sud Est Asiatique, Amérique Latine..
2. Les **missions d'enseignement** et de formation clinique (Maghreb, Asie du Sud Est, Amérique Latine)
3. La **formation post-universitaire** (Fondation Européenne – P.Scherpereel)

L'émergence d'une société scientifique puissante : la SFAR

- 1934 : création de la Société d'Études sur l'Anesthésie et l'Analgésie
- 1957 : Société Française d'Anesthésie, d'Analgésie et de Réanimation (SFAAR)
- 1960 : scission et création de l'Association des Anesthésiologistes Français (AAF)
- 1976 : fédération de la SFAAR, de l'AAF et du SNARF : UFAR
- 1982 : fusion de la SFAAR et de l'AAF en SFAR

Les grands tournants (SFAR)

1. Le **Congrès National** annuel à Paris à partir de 1989 (**700** participants en 1987 – **5000** en 2005).
2. L'élaboration de **Recommandations** sur la pratique de l'anesthésie à partir de 1989
3. La politique de la formation post–universitaire: création du **Collège** Français des Anesthésistes Réanimateurs (**CFAR**) en **1994** dont le 1^{er} président a été P.Scherpereel

La reconnaissance de la discipline dans les instances hospitalo-universitaires

- Présidents d'Université (B.Nemitz, B.Eurin)
- Doyens (M.Cupa, J.L.Gérard, B.Nemitz, J.M.Desmonts)
- Président de la 48^{ème} section du CNU 2001 -03 (J.M.Desmonts)
- Présidents de CME de CHU (D.Grimaud, G.Janvier, J.J Eledjam, J.C.Granry, C.Auboyer)
- Président de la Conférence des Présidents de CME (D.Grimaud)

Conclusions

- Notre communauté peut revendiquer une légitime fierté pour son bilan de ces 50 dernières années.
- Notre discipline a été pionnière dans beaucoup de domaines (évaluation, gestion du risque, recommandations de bonnes pratiques).
- La vigilance reste cependant de mise car les réformes en cours (Hôpital 2007) pourraient remettre en cause l'unité de la discipline et le dynamisme qui lui est associé.

« To Err is Human: Building a Safer Health Care System » Institute of Medicine - 1999

« Anesthesia is an area in which very impressive improvements in safety have been made. The dramatic decrease in anesthesia mortality is related to improved monitoring techniques, the development and adoption of practice guidelines and systematic approaches to reducing errors.

Anesthesiology can be considered as a model of safety and others specialties are encouraged to engage in similar risk reduction strategies »

L'anesthésie réanimation dans l'hôpital 2007

■ Ce qu'il faut préserver :

1. La dynamique d'une discipline qui n'a pas à rougir du bilan de ses actions depuis son autonomie.
2. La polyvalence dans la formation et la pratique
3. La culture de la gestion du risque dans laquelle l'anesthésie-réanimation a été pionnière.

L'anesthésie-réanimation dans l'hôpital 2007

Ce qui peut être préjudiciable

1. L'éclatement en unités distribuées dans les différents pôles ayant une unité chirurgicale car:
 - la perte de la polyvalence des praticiens et des IADE peut rendre la gestion des activités et en particulier des gardes très difficile voire impossible
 - la dilution des MAR dans des pôles d'organes préoccupés par d'autres problèmes que ceux posés par l'anesthésie peut les confiner dans des tâches de prestataires d'actes techniques
 - la difficulté de faire reconnaître les besoins en personnel et en matériel

L'anesthésie –réanimation dans l'hôpital 2007

Ce qui peut être préjudiciable

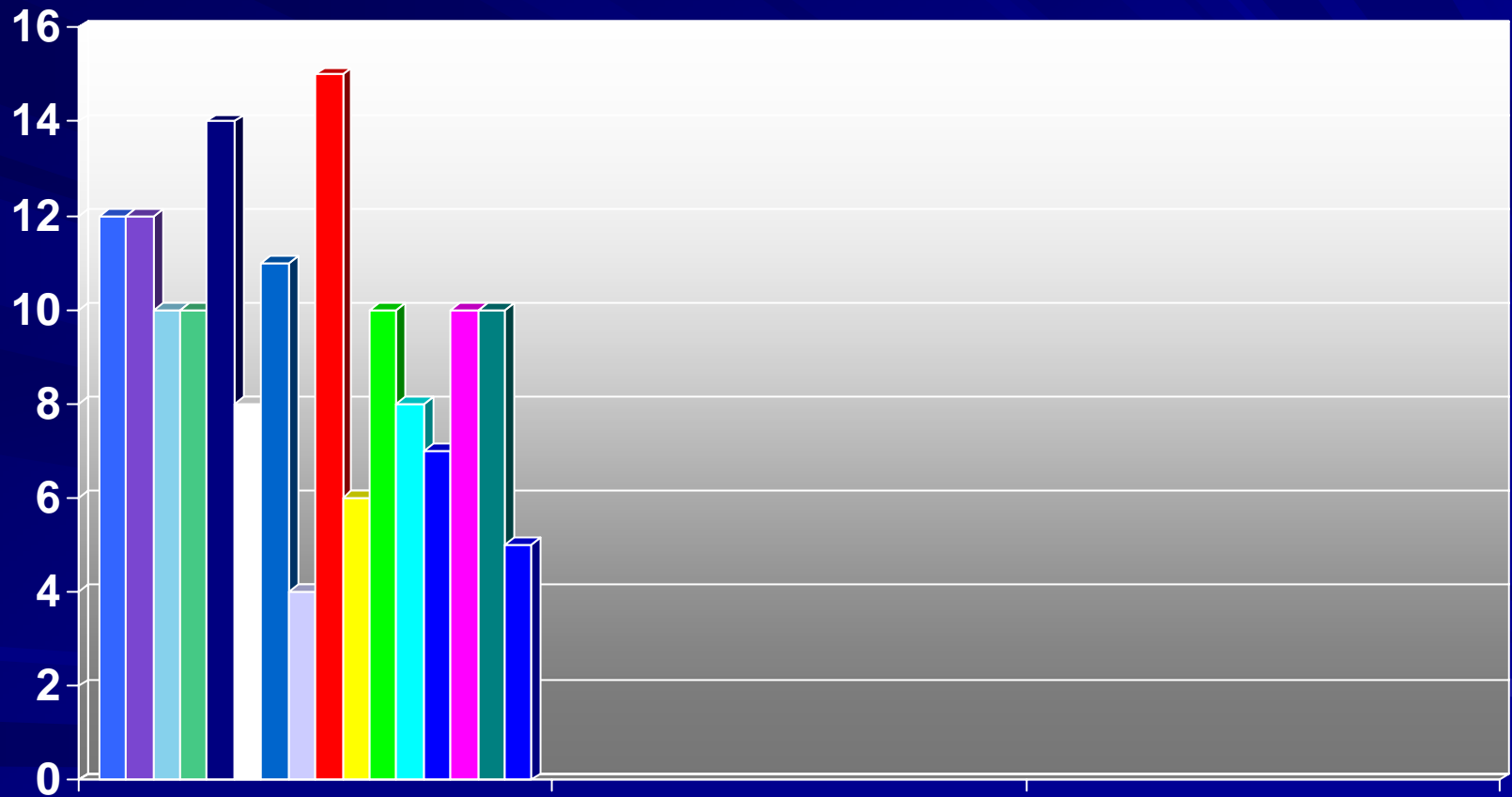
2. La séparation des activités anesthésiques et de la réanimation car :

- perte de l'attractivité de la discipline pour les internes
- la diminution de la qualité médicale de l'acte anesthésique par la suppression des échanges entre les 2 activités

L'anesthésie réanimation dans l'hôpital 2007

■ **Ce qui est souhaitable :**

1. Le maintien du **caractère transversal de la discipline**
 - qui garantit une certaine polyvalence des praticiens et entretient une dynamique de groupe
 - qui facilite la gestion des activités et le développement des procédures de qualité spécifiques
2. Le **rapprochement** avec des structures telles que les réanimations médicales , les unités de soins intensifs spécialisés , les SAU (mise en commun possible des personnels et de certains équipements)

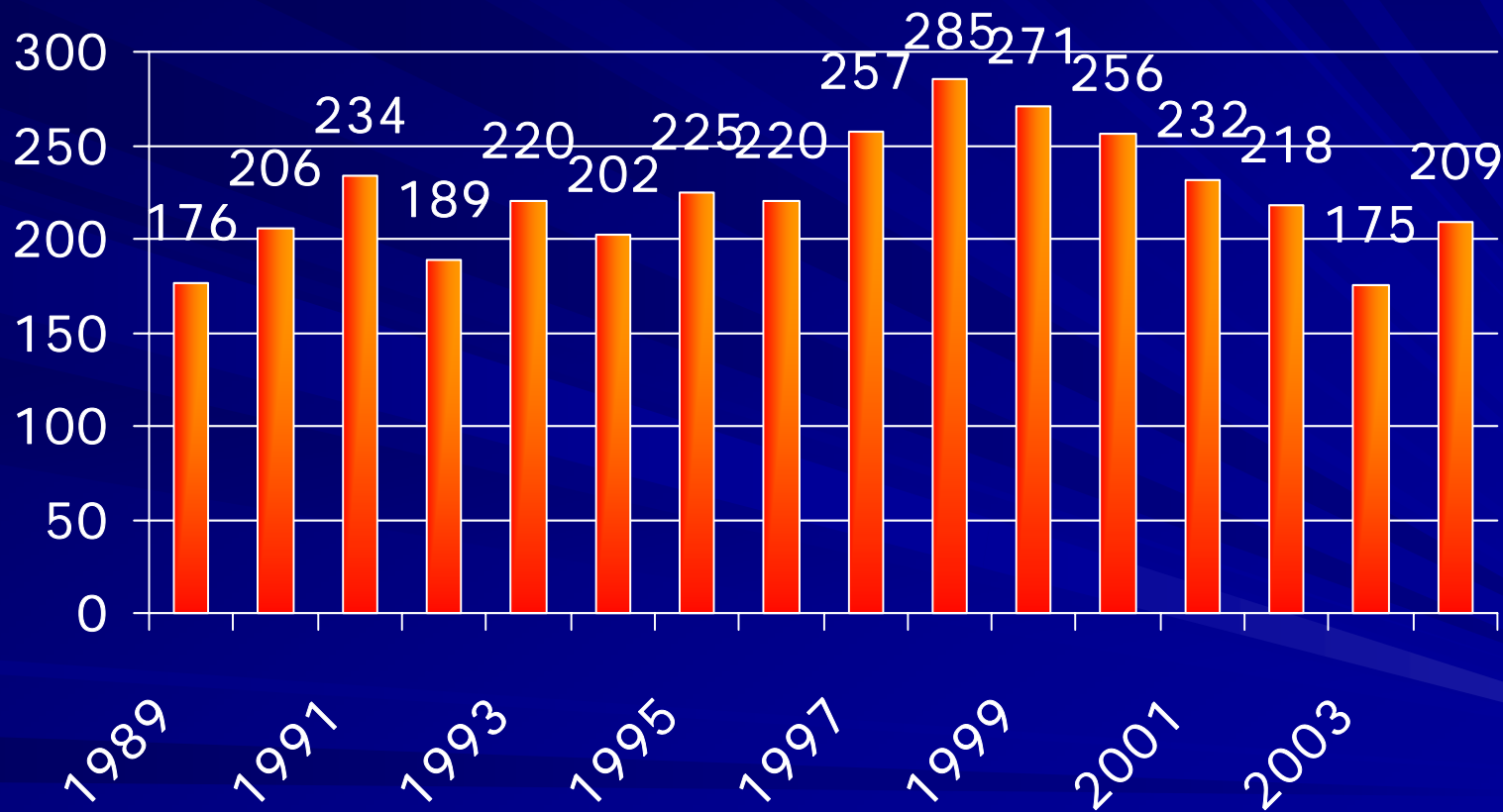


« La compréhension de certaines situations est difficile voire impossible sans la connaissance de l'histoire »

G.FLAUBERT

Déclarations GAMM (anesthésie-réanimation)

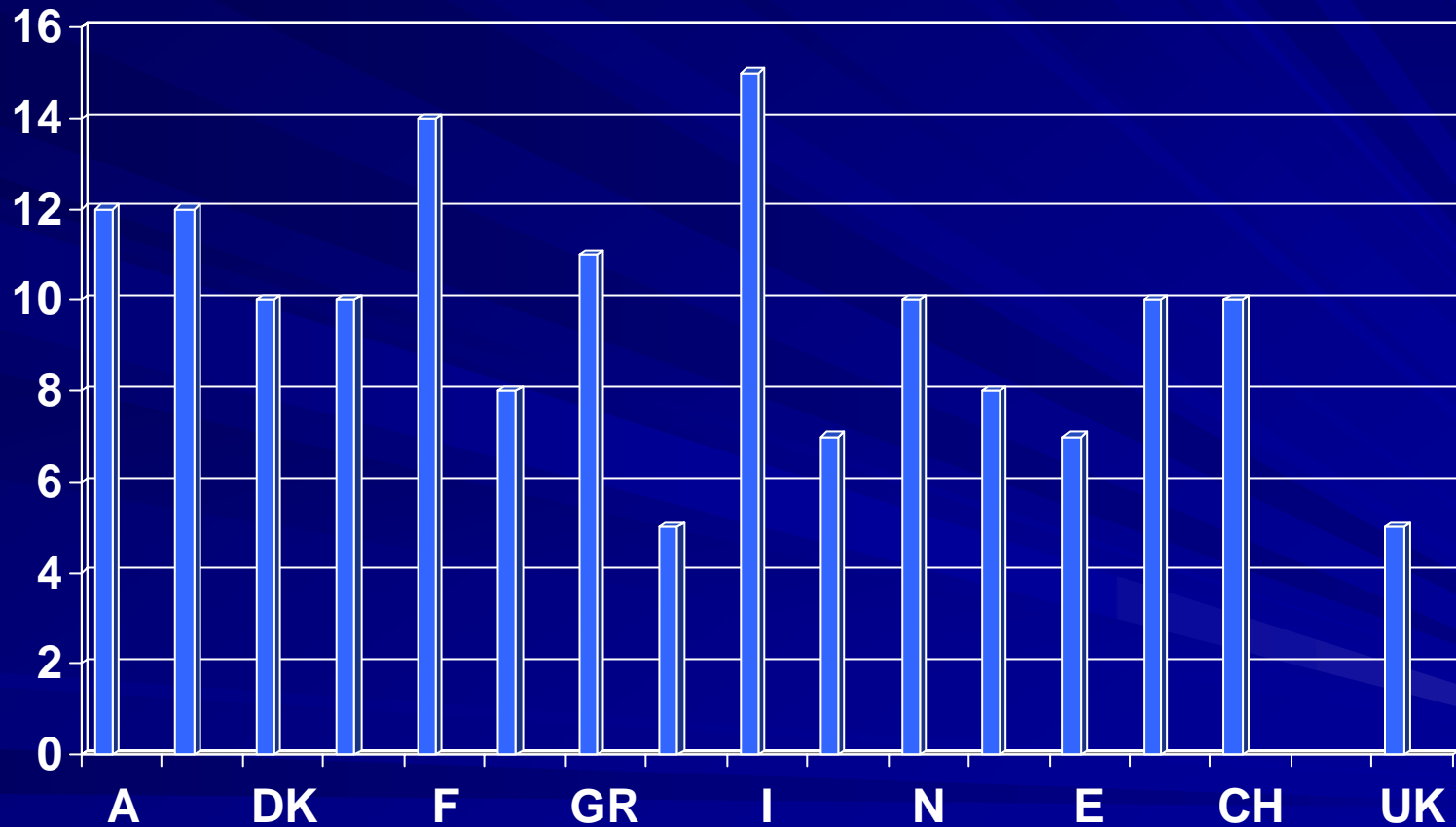
1989-2004



Dossiers GAMM 2004

- 5121 sociétaires
- 209 déclarations (dont 66 bris dentaires)
- 16 plaintes pénales : 2 condamnations et
2 relaxes
- 54 assignations
en référé : 22 condamnations
1.6 M euros pour les
indemnisations
> 100.000 euros: n=9
- 27 saisines de CRCl, 93 réclamations

Densité d'anesthésiologistes en Europe (p.100.000 habitants) - 1996



Choix des spécialités à l'ENC 2004

