



# **CHOC ANAPHYLACTIQUE (RÉFÉRENTIEL SFAR ET THÈME D'EPP)**

**Paul-Michel Mertes (1), Kamran Samii (2)**

(1) Service d'Anesthésie-Réanimation, CHU de Nancy, Hôpital Central, 29 Avenue de Lattre de Tassigny, 54035 Nancy Cedex, France.

E.mail : pm.mertes@chu-nancy.fr

(2) Pôle Anesthésie et Réanimation , GRCB 48, IFR 31, Université Paul Sabatier, CHU de Toulouse

## **1. INTÉRÊT D'UNE POLITIQUE ACTIVE DE MAÎTRISE DU RISQUE ALLERGIQUE PERANESTHÉSIQUE**

Les progrès continus réalisés en anesthésie et le développement d'une politique active dans le domaine de l'analyse et de la prévention des risques ont permis une réduction significative de la mortalité liée à l'anesthésie en France [1]. Le risque anesthésique pour les patients jeunes, en bon état général (ASA I) est ainsi évalué à 0,4 pour 100 000 anesthésies. La poursuite de cette amélioration ne peut être fondée sur la seule amélioration de la qualité de la formation initiale, ou sur l'expérience, mais doit s'appuyer sur une amélioration constante des pratiques en accord avec la mise en œuvre de référentiels prenant en compte les données scientifiques les plus récentes et la définition de standards de soins par des collèges d'experts et des sociétés savantes.

Ceci est particulièrement vrai lorsque l'on s'intéresse à des pathologies ou des événements rares tels que les réactions d'hypersensibilité immédiates survenant au cours de la période péri-opératoire. En effet, l'incidence estimée de ces réactions varie de 1 pour 2500 à 1 pour 15 000 anesthésies tout mécanisme confondu, et de 1 pour 10 000 à 1 pour 20 000 anesthésies pour les réactions allergiques (à médiation IgE) selon les données actuelles de la littérature [2]. Bien que rares, ces accidents demeurent une source de préoccupation importante pour les anesthésistes en raison de la gravité potentielle de ces réactions dont la mortalité varie de 3 à 10 % selon les séries [3]. Cette sévérité, justifie la mise en place d'une politique spécifique de formation à la reconnaissance, à la prise en charge immédiate et à distance et à la prévention de ces accidents qui a conduit la SFAR en collaboration avec la SFAIC à proposer des Recommandations pour la Pratique Clinique pour la prévention du risque allergique peranesthésique [4].

## 2. INTÉRÊT D'UNE ÉVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES DANS LE DOMAINE DE LA MAÎTRISE DU RISQUE ALLERGIQUE PERANESTHÉSIQUE

Il existe un déficit important à propos de la mise en œuvre des recommandations issues de la médecine basée sur les preuves (Evidence Based Medicine ou EBM), dans la pratique clinique quotidienne résultant de multiples facteurs [5, 6]. Pour améliorer cette situation, les promoteurs de l'EBM ont proposé la mise en place de démarches qui intègrent les meilleures références disponibles couplées à l'expertise des praticiens et tenant compte du choix des patients [7, 8]. Cette réflexion est à l'origine de la mise en œuvre, en France, de nombreuses démarches destinées à améliorer la performance de notre système de santé, au sein desquelles, l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) occupe une position centrale.

Ce déficit de mise en œuvre des recommandations est particulièrement bien illustré par les résultats d'une enquête récente conduite dans le cadre de l'évaluation de l'impact des recommandations éditées en 2001 pour la prévention du risque allergique peranesthésique [4]. Cette enquête révèle que 85 % des allergologues interrogés se disent concernés par ces RPC, mais seuls 45 % les appliquent dans leur intégralité. Ainsi, les tests cutanés sont réalisés avec les dilutions préconisées par les RPC par 57 % d'entre eux. En cas d'allergie à un curare seul 50 % recherche l'allergie croisée. Les tests de provocation (latex, anesthésiques locaux et antibiotiques) sont rarement effectués et seuls 57 % des allergologues déclarent en pharmacovigilance. Enfin, pour les praticiens interrogés, l'obstacle le plus important pour la réalisation des bilans est un défaut de communication entre anesthésistes et allergologues.

## 3. MODALITÉS DE MISE EN ŒUVRE

La loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie [9], mentionne dans son article 14 l'obligation d'évaluation individuelle des pratiques professionnelles (EPP) pour tous les médecins quel que soit leur mode d'exercice (public ou libéral). Le décret d'application du 14 avril 2005 [10], complété par la décision de la HAS du 7 Novembre 2007 [11] précise les modalités de réalisation et de validation des démarches d'EPP selon une périodicité quinquennale.

Les termes de ce décret définissent l'EPP comme « *l'analyse de la pratique professionnelle en référence à des recommandations et selon une méthode élaborée ou validée par la Haute Autorité de Santé (HAS) et inclut la mise en œuvre et le suivi d'actions d'amélioration de la pratique* ».

Il s'agit donc d'une démarche organisée d'amélioration des pratiques, consistant à comparer régulièrement les pratiques effectuées avec les résultats obtenus, selon les recommandations professionnelles. L'évaluation des pratiques se traduit ainsi par un double engagement des médecins : premièrement, ils s'engagent à fonder leur exercice clinique sur des recommandations et deuxièmement ils mesurent et analysent leurs pratiques en référence à celles-ci dans un but d'amélioration.

W.E Deming est à l'origine de la théorie de l'amélioration continue de la qualité schématisée par le cycle PDCA (acronyme de Plan, Do, Check, Act) ou cycle de Deming. En réalité à travers l'EPP, il s'agit d'intégrer de manière habituelle

dans l'exercice clinique quotidien une telle démarche d'amélioration de la qualité : c'est-à-dire après avoir organisé (P) et mis en œuvre une pratique professionnelle selon des recommandations de bonnes pratiques (D), de prendre un temps de réflexion pour l'évaluer et analyser les résultats obtenus (C), afin de proposer des actions d'amélioration et de suivi (A). Ces actions d'amélioration et de suivi peuvent à leur tour entrer dans un nouveau cycle PDCA constituant alors une démarche d'amélioration continue et pérenne de la qualité.

Dans ce cadre, la mise en œuvre d'une démarche EPP appliquée à la stratégie de prévention du risque allergique peranesthésique sera donc facile à mettre en œuvre en s'appuyant sur le référentiel déjà constitué par les recommandations de 2001 [4]. Elle le sera plus encore lors de la mise en place de la version actualisée de ces recommandations, actuellement en cours d'élaboration et qui intégrera d'emblée un volet consacré à l'EPP. L'élaboration des critères d'évaluation et d'amélioration des pratiques sera conforme aux recommandations publiées par la HAS qui a décrit de nombreuses méthodes d'amélioration de la qualité (cf [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)), parmi lesquels l'audit clinique ciblé et le chemin clinique représenteront vraisemblablement les choix les plus faciles à mettre en œuvre. Parmi les indicateurs qui devront être envisagés, les plus pertinents incluront certainement la connaissance et la mise à disposition des différents praticiens de l'institution du texte de ces recommandations, des différents outils téléchargeables utilisables (i) en consultation (check-list d'évaluation du risque anesthésique, d'une sensibilisation au latex), (ii) au bloc opératoire (affiche résumant les éléments diagnostiques cliniques, biologiques et la conduite à tenir, check-list de prise en charge d'un sujet sensibilisé au latex, kits de prélèvement), (iii) au décours de l'accident (dossier type, tableau des concentrations maximales utilisables pour le diagnostic d'une sensibilisation à un médicament de l'anesthésie). L'existence d'une politique de prévention primaire de la sensibilisation au latex chez l'enfant, d'une politique de réduction de l'exposition professionnelle au latex, de déclarations systématiques à la pharmacovigilance ou à la matériovigilance (selon les cas), l'organisation d'un réseau de prise en charge entre allergologues et anesthésistes, la qualité de l'information du patient et la remise de documents (lettre, carte et ou bracelet) seront également des indicateurs de qualité qui devront être pris en compte.

---

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Lienhart A, Auroy Y, Pequignot F, Benhamou D, Warszawski J, Bovet M, et al. Survey of anesthesia-related mortality in France. *Anesthesiology* 2006;105:1087-97
- [2] Mertes PM, Laxenaire M. Anaphylaxis during general anaesthesia. Prevention and management. *CNS Drugs* 2000;14:115-133
- [3] Axon AD, Hunter JM. Editorial III: Anaphylaxis and anaesthesia—all clear now? *Br J Anaesth* 2004;93:501-4
- [4] [Methodology for reducing risk of anaphylaxis in anesthesia]. *Ann Fr Anesth Reanim* 2002;21:3s-6s
- [5] Cabana MD, Clark N. Challenges in evaluating methods to improve physician practice. *J Pediatr* 2003;143:413-4
- [6] Cabana MD, Rand CS, Powe NR, Wu AW, Wilson MH, Abboud PA, et al. Why don't physicians follow clinical practice guidelines? A framework for improvement. *Jama* 1999;282:1458-65
- [7] Lang ES, Wyer PC, Haynes RB. Knowledge translation: closing the evidence-to-practice gap. *Ann Emerg Med* 2007;49:355-63

- [8] Haynes RB, Devereaux PJ, Guyatt GH. Physicians' and patients' choices in evidence based practice. *Bmj* 2002;324:1350
- [9] loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie (J.O. du 17 août 2004).
- [10] décret n° 2005-346 du 14 avril 2005 relatif à l'évaluation des pratiques professionnelles (J.O. du 15 avril 2004)
- [11] Décision n° 2007.10.035/EPP du 7 Novembre 2007 de la Haute Autorité de santé relative aux modalités de mise en oeuvre de l'Evaluation des pratiques professionnelles.