

Étapes d'élaboration d'un protocole pluriprofessionnel de soins de premier recours (PPSPR)

Novembre 2011

Problème pluriprofessionnel identifié



Exemples issus des PPSPR AVK et HTA



Questions pluriprofessionnelles
retenues



Schéma des étapes d'élaboration d'un PPSPR



Réponses documentées



Vue d'ensemble d'un PPSPR : gestion
quotidienne des AVK



Rédaction des messages clés gradés



Vue d'ensemble d'un PPSPR : découverte
fortuite d'une pression artérielle élevée



Structuration du protocole pluriprofes-
sionnel de soins de premier recours



Participants à l'élaboration du guide pratique
PPSPR



Suivi dynamique et mesures d'impact





Identification du problème

Le choix d'un thème repose sur l'identification d'un problème local à résoudre nécessitant la mutualisation des compétences (besoin d'actualisation, d'amélioration et d'harmonisation des pratiques ou d'homogénéisation des prises en charge), l'existence de réponses issues de documents valides (acceptabilité), et des ressources locales facilitant sa mise en œuvre (faisabilité).

Un problème peut être identifié :

- par les différents professionnels de santé au cours de leur exercice (survenue d'événements indésirables, nécessité d'actualiser les pratiques selon les nouvelles données de la science, d'intégrer des événements locaux, de répondre à des crises sanitaires, etc.) ;
- par les patients qui posent leurs questions au cours des consultations, de réunions d'information, d'éducation en santé ou thérapeutique (ETP), lors d'enquêtes, dans des boîtes à idées, etc. ;
- au décours d'une démarche de type « résolution de problème » (revue de morbi-mortalité, analyse de pratiques pluriprofessionnelles, enquête de pratique, etc.).

Consulter les exemples concernant la découverte fortuite d'une pression artérielle élevée (HTA) et la gestion quotidienne des AVK (AVK).

Questions formulées par les professionnels

Lors d'une réunion de l'équipe (staff pluriprofessionnel) ou par échanges de courriels, chaque professionnel de santé formule les questions qui le concernent.

Après concertation, elles sont :

- toutes prises en compte ;
- regroupées par rubrique spécifique : population concernée, organisation, prise en charge, rapport bénéfice-risque, etc. ;
- triées afin de retenir les problématiques uniquement pluriprofessionnelles : questions retenues.

Les questions monoprofessionnelles peuvent être traitées spécifiquement en dehors du protocole pluriprofessionnel.

Consulter les exemples concernant la découverte fortuite d'une pression artérielle élevée (HTA) et la gestion quotidienne des AVK (AVK).

Objectifs du PPSPR

L'objectif général d'un PPSPR est de **proposer des solutions aux problèmes de prise en charge pluriprofessionnelle et de favoriser l'harmonisation des pratiques.**

Les objectifs spécifiques sont en rapport avec le thème traité.

Consulter les exemples concernant la découverte fortuite d'une pression artérielle élevée (HTA) et la gestion quotidienne des AVK (AVK).

Composition de l'équipe pluriprofessionnelle locale

Les membres de l'équipe sont les professionnels concernés par le thème : médecins généralistes, infirmiers (IDE), pharmaciens, masseurs-kinésithérapeutes, diététiciennes, etc., sans oublier les intervenants ponctuels (autres spécialistes, médecin du travail) et les autres acteurs (secrétaires, assistantes sociales, etc.).

Cette « équipe thématique » fait partie d'une organisation médicosociale dédiée aux soins de premier recours ambulatoire.

Cette organisation est constituée de professionnels de santé fédérés autour d'un projet territorial commun dans des démarches coordonnées de soins (prévention, suivi, prise en charge des maladies chroniques, de polyopathologies lourdes, etc.). Elle est en interface avec les travailleurs sociaux, les services de soins infirmiers à domicile, les réseaux de santé ou d'autres acteurs de terrain en particulier les associations de patients d'usagers ou de bénévoles et au delà avec les soins de second recours incluant l'hospitalisation à domicile.

Ces démarches coordonnées prennent en compte les attentes et les besoins des patients et sont assujetties à leur consentement.

Consulter la brochure concernant les démarches d'amélioration de la qualité dédié à l'Exercice coordonné et protocolé.





Les questions sont structurées et reformulées dans le contexte pluriprofessionnel.

Consulter les exemples concernant la découverte fortuite d'une pression artérielle élevée (HTA) et la gestion quotidienne des AVK (AVK).

Interventions en santé concernées

Chaque professionnel de santé décrit son intervention dans la prise en charge ou le suivi.

Les compétences de chacun, au sein de l'équipe, sont identifiées :

- quelles sont les différentes interventions des professionnels de santé ?
- quels sont les professionnels de santé habilités à exercer chaque intervention ?
- quelles sont les conditions requises pour mener à bien chaque intervention ?

Consulter les exemples concernant la découverte fortuite d'une pression artérielle élevée (HTA) et la gestion quotidienne des AVK (AVK).

Coordination de la prise en charge

La coordination entre les différents intervenants est transparente.

- Qui fait quoi, et quand ? L'intervention d'un professionnel de santé dépend de sa disponibilité, de ses compétences et de sa motivation.
- Quels sont les professionnels de santé disponibles ?
- Y a-t-il un meilleur moment pour une intervention d'un professionnel de santé par rapport à un autre ?
- La traçabilité est essentielle : identification de l'acteur et date de l'intervention.

Consulter l'exemple concernant la gestion quotidienne des AVK (AVK).

Populations concernées

La catégorisation des patients facilite la recherche documentaire et permet d'anticiper la gestion des risques.

- La prise en charge est-elle différente selon l'âge, le sexe, le stade de l'affection ?
- Quels antécédents personnels ou familiaux interviennent dans la prise en charge ou génèrent des risques supplémentaires ?

Consulter l'exemple concernant la gestion quotidienne des AVK (AVK).

Balance bénéfices risques

La gestion des risques fait partie intégrante d'un PPSPR à chacune de ses étapes.

- Le problème posé a souvent pour origine un ou des évènement(s) indésirable(s).
- La formulation des questions s'appuie sur Qui fait Quoi Quand Pourquoi ?
- La déclinaison des messages clés en algorithmes, actualisations des connaissances, alertes et rappels automatiques correspond aux barrières de récupération, d'atténuation et de prévention.
- Le suivi dynamique se fait notamment à partir du suivi des évènements indésirables.

Typologie des questions

Domaines concernés :

- accès aux connaissances ;
- accès aux données ;
- compétences à acquérir ;
- ressources locales disponibles ou à compléter.




Groupe de travail


Recherche documentaire


Réponses documentées
retenues


Tableau de synthèse
documentaire

Groupe de travail

- **Un petit groupe de travail est constitué pour élaborer le protocole.** Il est représentatif des principaux professionnels de santé intervenant dans la prise en charge.
- Ils se choisissent un **coordonnateur**, selon ses compétences, sa motivation et sa disponibilité. La première tâche du coordonnateur est de collecter les déclarations d'intérêts de tous les participants du groupe de travail, de les analyser, de les mettre à disposition des membres du GT.

Consulter le guide HAS des déclaration d'intérêt et de gestion des conflits d'intérêts.

Recherche documentaire

La recherche de références professionnelles de type « médecine fondée sur la preuve » vise à répondre aux questions des professionnels de santé.

Elle porte prioritairement sur :

- les recommandations de bonne pratique (RBP) récentes (datant de moins de 5 ans), françaises ou étrangères, dans chaque profession concernée par un référent métier. Ces recommandations sont appelées RBP sources ;
- des articles, postérieurs aux RBP sources et de fort niveau de preuve, ou ciblés sur des questions restées sans réponse dans les recommandations, permettent d'affiner les réponses et éventuellement d'étayer la gradation des messages clés ;
- les protocoles déjà existants ;
- l'analyse des outils existants est faite en fonction de leur praticité : fiches de synthèse des RBP ou des documents relatifs aux maladies chroniques (HAS, etc.), fiches d'information patient ou familles (Inpes, réseaux, etc.) ou outils déjà mis en œuvre dans des maisons de santé : arbres décisionnels, fiches de suivi patient, fiches d'information du patient, questionnaires, affiches, rappels automatiques, etc.



Tous les PPSPR ont un versant information du patient, voire éducation en santé ou thérapeutique. Ils font référence à une même source documentaire : Élaborer une brochure d'information pour les patients et usagers du système de santé (guide et recommandations HAS juin 2008).

Consulter le document concernant la structuration d'une recherche documentaire.

Consulter les exemples concernant la découverte fortuite d'une pression artérielle élevée (HTA) et la gestion quotidienne des AVK (AVK).

Réponses documentées retenues

Seules les sources ayant apporté des réponses documentées aux questions précises et obtenant un consensus local d'intérêt pluriprofessionnel sont retenues.

L'exploitation de ces réponses documentées permettra de :

- rédiger les messages clés ;
- élaborer les outils pratiques (algorithmes, fiches professionnels de santé, fiches patient, carnets de suivi, alertes automatisées, etc.) ;
- actualiser les connaissances de l'équipe, lors de séances de développement continu pluriprofessionnel.

Consulter les exemples concernant la découverte fortuite d'une pression artérielle élevée (HTA) et la gestion quotidienne des AVK (AVK).

Tableau de synthèse documentaire

Les réponses documentées sont reportées dans un tableau récapitulatif.

Un tableau permet de visualiser en parallèle les recommandations des RBP sources et les messages clés dérivés :

- le titre, le nom du promoteur des RBP sources ou de l'auteur de l'article, la date de publication des RBP sources ou des articles retenus ;
- le libellé exact des recommandations « sources » ;
- les messages clés correspondants, accompagnés de leur gradation.

Consulter le tableau comparatif des recommandations sources et messages clés HTA.

Consulter le tableau comparatif des recommandations sources et messages clés AVK.



 Principes à appliquer

 Gradation

 Messages clés gradés

Principes à appliquer

La synthèse en messages clés est le fruit d'un consensus local qui traduit l'appropriation des différentes recommandations et autres référentiels professionnels.

Principes à appliquer :

- rédaction claire, concise, précise, compréhensible par tous les professionnels de santé ;
- harmonisation des styles de rédaction à partir des sources documentaires ;
- homogénéisation du vocabulaire des messages clés : un même terme (ou mot) pour un même concept (par exemple : choisir entre pression artérielle ou tension artérielle).

Consulter les exemples concernant la découverte fortuite d'une pression artérielle élevée (HTA) et la gestion quotidienne des AVK (AVK).

Gradation

Une gradation simple a été retenue lors de la phase expérimentale d'élaboration de PPSPR qui :

- reflète l'avis de l'équipe pluriprofessionnelle ;
- permet d'introduire la notion de bénéfice-risque, en fonction des sources éventuellement divergentes (grades différents, suivis de cohortes non gradés, autres protocoles) ;
- tient compte du contexte patient.

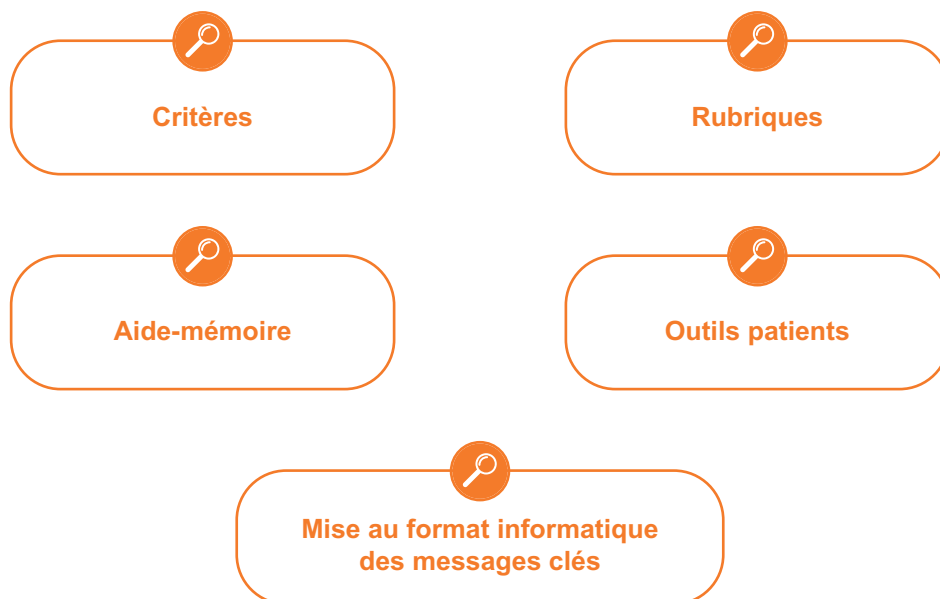
Quand les réponses documentées, de sources pluriprofessionnelles fiables, sont homogènes et de haut grade, il est aisé d'élaborer un **message clé, consensuel, qui obtient l'aval du groupe et qui est recommandé**.

Quand les réponses sont discordantes, malgré une recherche complémentaire, alors que le groupe souhaite conserver le message clé, **il sera optionnel** et fera l'objet d'une veille documentaire et des pratiques (surveillance des événements indésirables).



- **R** : « il est recommandé de ».
- **RN** : « il est recommandé de ne pas ».
- **O** : « option » : prescription laissée à l'appréciation du prescripteur, attitude à adapter au patient en fonction de la notion bénéfices-risques et à négocier avec lui, en tenant compte des ressources et du contexte local.

Consulter le document concernant la gradation des messages clés.



L'exploitation des messages clés permet de structurer un PPSPR en rubriques de critères du suivi pluriprofessionnel, en aide-mémoire pour les professionnels et en documents patients.

Critères

Chaque message clé fait référence à des résultats d'investigation devant être partagés par les différents professionnels concernés par une prise en charge. Ils concernent :

- les examens cliniques ou complémentaires ;
- les antécédents familiaux ou personnels du patient ;
- les facteurs de risque, les habitudes de vie du patient ;
- les interventions d'un professionnel de santé.

Ces résultats sont présents sous forme de données, soit dans le dossier patient partagé soit dans les logiciels métiers spécifiques.

La plupart du temps, ces données sont utiles dans plusieurs prises en charge et communes à plusieurs protocoles.

Il est nécessaire d'identifier ces résultats à partager entre professionnels de santé, spécifiquement dans chaque PPSPR. Ces données partagées prennent alors l'appellation de critères du protocole.

- Quelles sont les données du dossier patient qui sont spécifiques à ce protocole et auxquelles devront avoir accès les professionnels de santé concernés ?
- Qui peut renseigner les critères du suivi ? Chaque professionnel de santé va renseigner certains critères dans les différentes rubriques du protocole, selon l'accès aux données du patient dont il dispose, sa disponibilité (en particulier dans les urgences, ou sur le terrain) et ses compétences.
- Ces critères vont-ils permettre de prendre une décision d'intervention en tenant compte du rapport bénéfice-risque pour un patient donné ?



Consulter les exemples concernant la découverte fortuite d'une pression artérielle élevée (HTA) et la gestion quotidienne des AVK (AVK).

Rubriques

Les critères précédemment identifiés sont regroupés dans des rubriques spécifiques.

La structuration repose habituellement sur 5 rubriques, en fonction du thème.

Ces rubriques servent de maquette à une fiche de suivi plus ou moins standardisée.

1. **Identité** du patient et de sa personne de confiance, des référents médecins généralistes et autres professionnels de santé concernés par la prise en charge, en s'assurant de l'actualisation des données du dossier patient.
2. **Identification du problème de santé** : les résultats des examens cliniques, des examens complémentaires et autres interventions de soin, à partager par l'équipe, sont identifiés. Ils deviennent les critères du suivi pluriprofessionnel, nécessaires et suffisants, pour catégoriser ce problème de santé.
3. **Gestion des risques** : antécédents personnels et familiaux, comorbidités, risque psychosocial, associations médicamenteuses, etc.
4. **Objectifs de prise en charge ou du suivi** : recommandés pour une prise en charge optimale, ils sont négociés dans la durée avec chaque patient, en particulier pour les valeurs concernant les critères du suivi.
5. **Stratégie de prise en charge ou de suivi** : la décision de prise en charge pluriprofessionnelle varie selon les réalités locales, ressources et disponibilités des professionnels de santé. Elle est présentée et négociée avec le patient ou sa personne référente. Cette stratégie peut intégrer le parcours de soins du patient (thérapeutique, prévention des complications, ETP, etc.). Elle intègre la notion d'urgence décisionnelle et de rapport bénéfice-risque.

Consulter la fiche de suivi de la découverte d'une PA élevée.

Consulter le document concernant la fiche de suivi de la gestion quotidienne des AVK.

Aide-mémoire

L'élaboration d'un PPSPR se conçoit localement dans un objectif de mise en œuvre qui repose sur l'exploitation des messages clés en outils pratiques pour les professionnels de santé : rappels de connaissances rapides (*reminders*), fiches techniques (*check-lists*) et pour les patients fiches d'information patient, carnets de suivi patients, alertes automatisées, etc.

Les messages clés destinés aux différents professionnels de santé et/ou aux patients peuvent être déclinés dans des supports différents selon les thèmes :

- fiches d'actualisation de connaissances ;
- arbres décisionnels, algorithmes, tableaux comparatifs ;
- alertes et rappels automatiques ; *reminders*, *check-lists* ; menu informatique déroulant, etc.



L'élaboration, quand c'est possible, d'un algorithme ou d'un arbre décisionnel participe à la structuration d'un PPSPR.

Ces aide-mémoire permettent de résumer rapidement le traitement du problème et d'envisager les outils pertinents qui faciliteront la mise en œuvre du PPSPR. Ces outils concernent :

- la nature et l'articulation des interventions des différents professionnels ;
- la prévention individuelle ou collective ;
- l'éducation en santé ou thérapeutique des patients.

Ils sont créés par le groupe de travail ou adaptés d'outils pratiques existants, le cas échéant avec l'aide d'autres membres de l'équipe ou de ressources méthodologiques extérieures.

Consulter les exemples concernant la découverte fortuite d'une pression artérielle élevée (HTA) et la gestion quotidienne des AVK (AVK).

Consulter le document concernant les sources d'erreur de la mesure de la PA (HTA).

Consulter le document concernant le schéma des délais d'intervention médicale lors de la découverte d'une PA élevée.

Consulter le document concernant les actualisations de connaissances de la découverte fortuite d'une PA élevée.

Consulter le document concernant les actualisations de connaissances de la gestion quotidienne des AVK.

Outils patients

Ces outils participent à l'information et à l'éducation en santé ou thérapeutique du patient.

Ils favorisent les échanges concernant :

- le diagnostic, par une écoute attentive de sa formulation du problème, de ses attentes ;
- la négociation concernant les modifications appropriées de comportement concernant sa santé, une autosurveillance, etc. ;
- la prise de décision concernant sa prise en charge.

Consulter le guide méthodologique d'élaboration d'un document écrit d'information à l'intention des patients et des usagers du système de santé.

Consulter les exemples concernant la découverte fortuite d'une pression artérielle élevée (HTA) et la gestion quotidienne des AVK (AVK).



L'intégration des protocoles dans les systèmes d'information en lien avec les logiciels métiers en favorise l'utilisation en routine, et faciliterait une éventuelle mutualisation.

L'intégration dans les logiciels nécessite de structurer le protocole lors d'une étape de formalisation des messages clés.

Consulter le document concernant la mise au format informatique des messages clés.

Consulter le document sur le site de l'agence des systèmes d'information partagés de santé (ASIP) : cahier des charges du système d'information des maisons et pôles de santé et des centres de santé polyvalents.

Consulter les exemples concernant la découverte fortuite d'une pression artérielle élevée (HTA) et la gestion quotidienne des AVK (AVK).


Veille documentaire


Indicateurs


Mesure d'impact


Adaptation

Un PPSPR a vocation à être continuellement amélioré par :

- une veille documentaire pour éventuellement actualiser les connaissances ;
- une analyse des changements de pratique induits par le PPSPR ;
- un suivi de sa mise en œuvre, pour s'assurer de sa pertinence.

Veille documentaire

Une veille bibliographique est nécessaire pour une mise à jour du protocole.

- Elle repose sur une surveillance de l'actualisation des RBP sources, des protocoles existants et des outils de mise en œuvre.
- Elle peut aussi être relancée par des modifications des ressources territoriales (évolutions d'exercice, disparition ou création de structures de soins, etc.).

Indicateurs

Chaque critère d'un PPSPR peut devenir un indicateur.

- La sélection d'indicateurs cliniques peut reposer sur des messages clés hautement recommandés, un risque majeur à éviter, ou répondre à des sollicitations externes (registre, CAPI, etc.).
- Un nouveau mode d'exercice (dossier partagé, permanence des soins, etc.) peut aussi nécessiter quelques indicateurs organisationnels.

Consulter le document concernant les indicateurs de pratique clinique.

Consulter l'exemple concernant la gestion quotidienne des AVK (AVK).

Mesure d'impact

- Enquêtes de satisfaction du patient : son implication dans l'ETP, la prévention des aggravations, l'expertise de son affection, le carnet de suivi, etc.
- Enquêtes de satisfaction des professionnels de santé.
- Indicateurs d'amélioration des pratiques.
- Suivi d'événements indésirables.
- Autres.

Consulter l'exemple concernant la gestion quotidienne des AVK (AVK).

Adaptation

Les aide-mémoire et autres outils ont vocation à être déclinés et adaptés en fonction des ressources locales, particulièrement en termes d'intégration dans les logiciels utilisés par les professionnels de santé et d'accès aux données des patients.

De nouveaux aide-mémoire peuvent même être créés afin de s'adapter aux besoins de mise en œuvre.

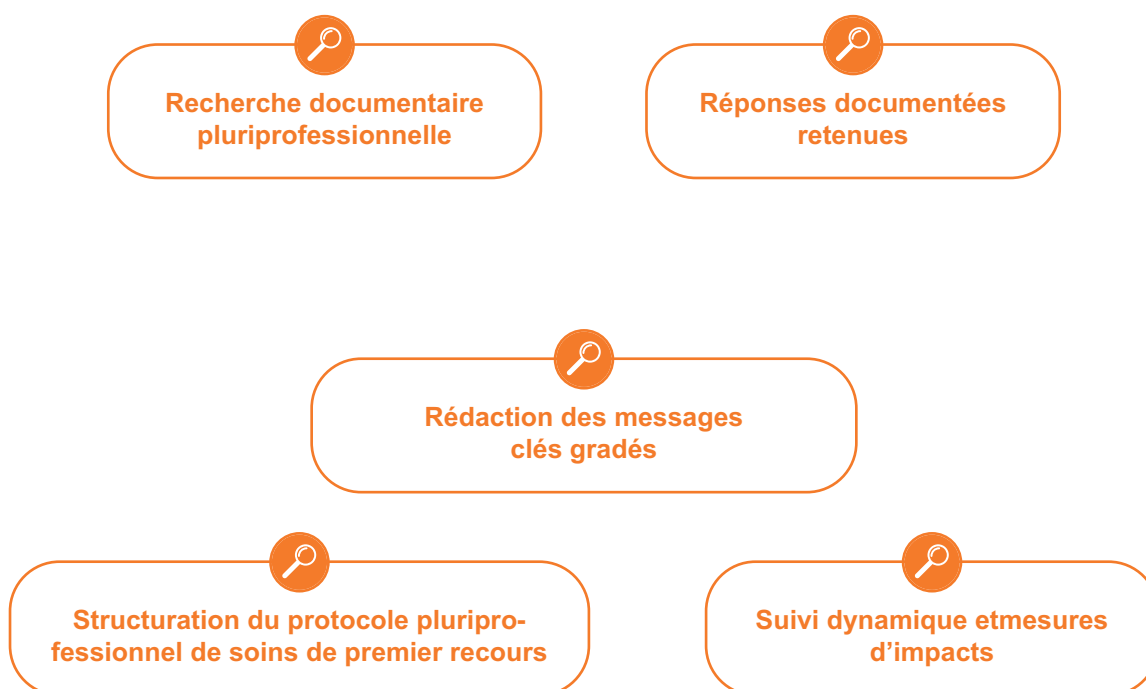




Identification du thème du PPSPR



Réponses documentées



Ces deux exemples sont issus des 7 premiers PPSPR élaborés par un groupe pluriprofessionnel, avec la participation de la HAS, pendant la phase de recherche action 2009-11.



Ces problèmes sont identifiés au cours des réunions pluriprofessionnelles de coordination.

Problème posé par la découverte fortuite d'une pression artérielle élevée

La découverte fortuite d'une pression artérielle (PA) élevée, lors d'examen systématique ou d'un contrôle spontané de la PA chez un professionnel de santé non médecin généraliste, **multiplie les consultations médicales** pour contrôler une hypertension qui n'est pas certaine.

Les médecins généralistes se demandent s'il est possible d'éviter la désorganisation des consultations médicales, tout en intégrant la **notion de rapport bénéfice-risque**.

Problème posé par la gestion quotidienne des AVK

La gestion des AVK (1 % de la population française) repose sur des résultats d'INR. Le patient doit donc pouvoir contacter ou être contacté par un professionnel de santé ayant accès au dossier du patient, même en absence du médecin traitant.

Comment impliquer tous les professionnels de santé et le patient (ou son référent) dans la gestion quotidienne d'un traitement par AVK, afin d'en **réduire la morbi-mortalité** ?

Lors d'une réunion de l'équipe ou par échanges de courriels, chaque professionnel de santé formule les questions qui le concernent dites **questions initiales**.

Questions formulées par les professionnels de santé concernant le contrôle de la pression artérielle

- Quels professionnels de santé sont habilités à mesurer la pression artérielle ?
- Quels professionnels de santé sont à même de la contrôler le plus objectivement possible (matériel vérifié, patient en confiance, 3 prises de la pression artérielle dans les conditions recommandées) ?
- Si la prise de la pression artérielle peut être faite par tous les professionnels de santé, quel crédit apporter à un appareil non homologué et/ou non contrôlé ?
- Quel professionnel de santé est habilité à poser le diagnostic d'HTA ?
- Le professionnel de santé doit-il toujours adresser rapidement un patient présumé hypertendu au médecin généraliste ?

Questions des professionnels de santé concernant la gestion quotidienne des AVK

- Quels délais de contrôle INR après une prescription de vitamine K1 pour $8 < \text{INR} < 10$?
- Quelles sont les situations à risque ?
- Quels sont les actes (petite chirurgie, dentisterie, etc.) qui ne nécessitent pas l'arrêt des AVK et un relais ?
- Sous-dosage et risque thrombotique ?
- Cible de l'INR ?
- Variations liées à l'alimentation : réalité, intérêt, faisabilité ?

Objectif du PPSPR 

MÉTHODE

Objectif pluriprofessionnel retenu : découverte fortuite d'une pression artérielle élevée

Homogénéiser le comportement des différents professionnels de santé qui découvrent une pression artérielle élevée inconnue jusque-là, tout en l'adaptant au contexte local.

Objectif pluriprofessionnel retenu : gestion quotidienne des AVK

Impliquer tous les professionnels de santé concernés et le patient ou son référent dans la gestion quotidienne des AVK.

Questions pluriprofessionnelles retenues 

MÉTHODE

Questions retenues par l'équipe : découverte fortuite d'une pression artérielle élevée

- Quel comportement adopter en cas de découverte fortuite d'une pression artérielle élevée par un professionnel de santé autre qu'un médecin généraliste (médecin du travail, pharmacien, infirmier, lors d'une automesure ou d'un examen préopératoire d'anesthésie, etc.) ?
- Quelles sont les circonstances (sources d'erreur) qui font monter la pression artérielle ponctuellement, sans que l'on puisse parler d'HTA ?



Questions retenues : gestion quotidienne des AVK

- Le rapport bénéfice-risque avant instauration du traitement a-t-il été estimé ?
- Quelles sont les situations à risque identifiables par les PS ?
- Quels sont les actes qui ne nécessitent pas l'arrêt des AVK et un relais ?
- L'INR cible et son rythme de contrôle sont-ils à adapter ?

Comment faire participer activement le patient (ou son référent) à ce suivi ?

Interventions en santé concernées et coordination de la prise en charge 

MÉTHODE

Trois interventions en santé concernées lors de la découverte fortuite d'une pression artérielle élevée

- Vérifier la réalité de l'élévation de la pression artérielle et de l'HTA.
- Évaluer le risque cardio-vasculaire si possible.
- Décider du type et du délai de prise en charge médicalisée.

Cinq interventions en santé concernées : gestion quotidienne des AVK

- Vérifier l'absence de contre-indication au traitement par AVK.
- S'assurer de l'indication, de la durée du traitement, et déterminer l'INR cible.
- Suivre les résultats de l'INR et adapter le traitement.
- Rechercher les causes de variation de l'INR : interactions médicamenteuses, alimentaires ou événementielles.
- Informer et éduquer le patient.



Exemple provenant d'un centre de santé ayant mis ce PPSR en œuvre.

Qui fait quoi, quand ? Gestion quotidienne des AVK

La pose de l'**indication** et l'élimination des contre-indications sont faites par un médecin (généraliste, cardiologue, phlébologue). Ces **informations** notées sont **disponibles** pour les autres soignants du patient. Cette intervention a lieu à l'instauration du traitement.

L'éducation thérapeutique est mise en œuvre par un des médecins, généralistes ou spécialistes, ou un des infirmiers du patient. Chaque acteur résume son intervention et le bilan éducatif actualisé du patient afin que cette éducation soit cohérente et continue. Cette intervention a lieu à l'instauration du traitement, lors d'une consultation pour un autre motif, lors d'un renouvellement des AVK, lors de la réception d'un INR, ou plus généralement lors de tout contact avec l'équipe de soins pour un motif nécessitant d'évoquer le traitement par AVK.

L'adaptation de la posologie des AVK à la réception d'un INR peut se faire par une infirmière ou par un médecin, qu'il connaisse le patient ou non, sur la base des données du dossier et de l'entretien (souvent téléphonique) avec le patient. Les adaptations sont tracées afin que chaque soignant connaisse l'historique du patient. Cette intervention a lieu à chaque réception d'INR.

Sous réserve de son accord, **chaque patient peut être relancé** en cas de non-réalisation d'un INR. Il peut être contacté par tout professionnel de santé de l'équipe (ou par un personnel administratif ?). Les délais de cette intervention varient selon le type de molécule utilisé, la date du dernier INR pratiqué, les résultats de l'INR.

Tout professionnel de santé consulté par le patient a **accès à l'ensemble des informations** liées au traitement par AVK. Cette intervention a lieu par exemple lors d'une consultation infirmière, dentaire, de médecine générale ou rhumatologique, ou encore lors du conseil pharmaceutique.

Population concernée : gestion quotidienne des AVK

- Prévalence à St A : 3,66 % > 1% au niveau national.
- Population âgée 65 - 103 ans : 31%.
- Indication : 80 % ACFA, 5,5 % TP.
- Instauration par les MG régulièrement.

La recherche de références professionnelles de type « médecine fondée sur la preuve » vise à répondre aux questions des professionnels de santé. Ce sont les sources documentaires.

Elle porte prioritairement sur les recommandations, articles, protocoles et outils existants.

Sources documentaires : découverte fortuite d'une pression artérielle élevée par un professionnel de santé

• RBP sources

- Prise en charge des patients adultes atteints d'hypertension artérielle essentielle : actualisation RBP HAS (1999), juillet 2005 et synthèse.
- Actualisation de la 4^e CC en médecine d'urgence : l'HTA au service d'accueil et d'urgences 2005.
- *Joint National Committee V 1993* : délais d'intervention en rapport avec l'ancienne classification en 4 stades.
- *NHS management of hypertension in adults in primary care; review nov 2009.*

• Articles

- BEH 16/12/2008 : Surveillance de l'hypertension artérielle en France : éditorial, Pr J Ménard.
- Georg G, Colombet I, Durieux P, Ménard J, Meneton P. *A Comparative Analysis of Four Clinical Guidelines for Hypertension Management. Journal of Human Hypertension (2008) 22, 829-837; doi:10.1038/jhh.2008.99; published online 7 August 2008.*
- Revue Prescrire : Poussée hypertensive : l'urgence n'est pas de baisser la pression artérielle. Fév 2003, 326 : 129-30.
- Revue Prescrire : Préhypertension artérielle, un concept utile aux marchands, pas aux patients. Déc. 2006 ; 278 :843-44.
- JN Fiessenger, N Postel-Vinay, G Bobrie : L'auto-mesure tensionnelle. Recommandations de la commission IV des maladies cardio-vasculaires ; communiqué adopté le 9 mars 2010.

- **Protocoles existants** : Programme éducatif canadien sur l'hypertension (PECH) : Guide d'implémentation d'un système de soins appliqué au dépistage et au suivi de l'hypertension artérielle en milieu clinique. Mise à jour 2008.

Référence outils : découverte fortuite d'une pression artérielle élevée par un professionnel de santé

Guide d'implantation d'un système de soins appliqué au dépistage et au suivi de l'hypertension artérielle en milieu clinique. PECH (collège des médecins, ordre des infirmiers et société d'HTA du Québec).



Sources documentaires : gestion quotidienne des AVK

• RBP sources

- Guide médecin généraliste (4 p.) à partir de la RBP GEHT-HAS 2008 : Prise en charge des surdosages en AVK, des situations à risque hémorragique, et des accidents hémorragiques chez les patients traités par AVK en ville et en milieu hospitalier.
- Mise au point sur les AVK, schéma commun AVK, notice des AVK : Afssaps ; juillet 2008. Résumés des caractéristiques des produits (RCP).

• Articles

- Blaise S, et al. Évaluation d'un programme d'éducation thérapeutique pour les traitements anticoagulants oraux : expérience du réseau Ville-Hôpital GRANTED du secteur Sud Isère. *J Mal Vasc* (2009), doi : 101016/j.jmv.2009.07.088.
- Vous et votre traitement anticoagulant par AVK, carnet d'information et de suivi. Afssaps-Fédération française de cardiologie, Cespharm.
- Lacroix A et Assal JP. L'éducation thérapeutique des patients. Nouvelles approches de la maladie chronique. 2^e éd. Paris : Maloine ; 2003.
- La revue Prescrire : Auto-mesure de l'INR et AVK, de quoi motiver certains patients à gérer leur traitement. Fév. 2010, 316 :119-122. Les anti-thrombotiques après infarctus du myocarde : préférer un anticoagulant oral chez certains patients à risque élevé de récurrences. Oct. 2003 ; 246 : 693-97. Prévention des AVC en cas de fibrillation auriculaire chez les personnes âgées. Oct. 2008, 300 : 768. Mieux utiliser les anticoagulants oraux. 1996 ; 165 : 619-26 et 166 : 740.

• Protocoles existants

- Site du réseau GRANTED : ETP, le minimum sécuritaire ; Mise en route d'un traitement par AVK 2004 actualisé en fév. 2010. Initiation de la warfarine chez un sujet de plus de 70 ans. Éducation individuelle des patients sous AVK. Carnet de suivi de la maladie thromboembolique. Documents actualisés en 2010.

Références outils : gestion quotidienne des AVK

- Carnet d'information et de suivi du traitement : Vous et votre traitement anticoagulant par AVK : Afssaps, en partenariat avec la Fédération française de cardiologie et le Cesfarm (laboratoires pharmaceutiques Bristol, Novartis, Procter et Gamble).
- Livret d'information santé et macaron autocollant de la Prévention routière : à disposition sur son site (5 €).
- Outils du réseau GRANTED, à disposition sur le site : initier un traitement par warfarine, conseil minimum, échelle d'INR, ETP, minimum sécuritaire en ETP, procédure individuelle d'éducation, un carnet de suivi de la maladie thromboembolique, gestion de la warfarine chez le sujet âgé, checklist de mise en route des AVK.
- Supports de la mise en œuvre d'un traitement par AVK, à la maison de santé de Pont-d'Ain et de Saint-Amand-en-Puisaye où une infirmière de santé publique a créé un livret de suivi (papier) que le patient remplit lui-même.



Seules les sources ayant apporté des réponses documentées aux questions précises et obtenant un consensus local d'intérêt pluriprofessionnel sont retenues.

Réponses documentées : découverte fortuite d'une pression artérielle élevée concernant l'homogénéisation des comportements des professionnels de santé

- Définition de l'HTA ; de l'urgence hypertensive.
- Technique standardisée de contrôle de la pression artérielle.
- Sources d'erreur dans la mesure de la pression artérielle.
- Caractère isolé ou non de l'HTA, avec ou sans signes associés pour éliminer les situations avec signes associés (par exemple : hémorragie méningée).
- Estimation du risque cardio-vasculaire.
- Prise en compte du **contexte local** (délais et type d'intervention médicalisée) et du **contexte du patient** (profil, préférences).

Réponses documentées : gestion quotidienne des AVK

Réponses concernant l'implication des professionnels de santé et du patient ou de son référent.

- Indications thérapeutiques à long terme ou transitoires.
- Contre-indications absolues de traitement par AVK.
- Rythme de suivi de l'INR en fonction de la pathologie et de la molécule utilisée.
- Modalités de changement de posologie entraînant des modifications de rythme de contrôle de l'INR.
- Interactions médicamenteuses, alimentaires ou événementielles.
- Supports d'éducation thérapeutique existants.

Huit messages clés : découverte fortuite d'une pression artérielle élevée par un professionnel de santé

1. **S'assurer de l'existence d'une pression artérielle élevée (HTA = PA > 140/90).** La pression artérielle se vérifie par 2 mesures lors de 3 contrôles ou consultations différent(e)s, au cabinet. Chez un sujet assis, après 5 minutes de repos, dos maintenu, bras sur table, jambes non croisées, vessie vide, immobile, relaxé, ne parlant pas, brassard huméral de taille adaptée, correctement placé. **R**
2. **Auto-mesure** résultant de la moyenne de 3 prises réalisées à 1-2 min d'intervalle. Son évaluation se fait à partir des résultats de 2 prises/j pendant une semaine. Hypertension : PA > 135/85. **R**
3. **Délai de consultation médicale** lors de la découverte d'HTA entre PAS 160-179 et PAD 100-109, varie en fonction du RCV entre plus d'un mois et dans la journée. **R**
4. Évaluation du RCV nécessaire en cas d'hypertension dès PA > 140/90, afin de pouvoir différer une consultation médicale au-delà de 24 heures. **R**
5. Une PA >180-110, contrôlée à 2 reprises, signe une HTA avérée et nécessite un fond d'œil. **R**
6. Une découverte de PA ≥ 180 / 110 nécessite du repos et une réévaluation à court terme (quelques heures). **R**
7. **Urgence hypertensive** au-dessus de 210-120, et/ou en présence de signes de souffrance viscérale (convulsions, céphalées, douleurs abdominales), nécessite une **médicalisation dans l'heure**. **R**
8. La baisse de la PA en urgence doit se faire sous surveillance médicale hospitalière R, pas de nifédipine par voie orale ni sublinguale. **RN**



Treize messages clés : gestion quotidienne des AVK

1. Avant d'instaurer un traitement par AVK, il faut évaluer le **rapport bénéfices-risques** en tenant compte du risque psychosocial et des fonctions cognitives du patient, et/ou de la personne référente. **R**
2. La vérification de **contre-indications** absolues ou relatives est un préalable à l'instauration d'un traitement par AVK. **R**
3. Le risque hémorragique est accru en cas d'insuffisance hépatique ou rénale, cancers ou **antécédents** d'hémorragies gastro-intestinales. **R**
4. **Un bilan sanguin, incluant l'INR de référence**, est un **prérequis** à la mise en route des AVK. **R**
5. La **coopération multiprofessionnelle** (cardiologues, chirurgiens, dentistes, rhumatologues, médecins généralistes, laboratoires d'analyses et infirmiers) a pour but de réduire le risque hémorragique ou thrombotique. **R**
6. La **warfarine (coumadine®)** est la **molécule de référence** recommandée. **O**
7. Le **rythme** du contrôle de l'**INR** est actuellement de **14 jours**. **R**
8. Dans le cas d'un **surdosage asymptomatique la surveillance est accrue** (INR le lendemain). La surveillance ultérieure est celle habituellement réalisée lors de la mise en route du traitement. **R**
9. La cause du surdosage doit être identifiée et prise en compte dans l'adaptation éventuelle de la posologie. **R**
10. L'ajustement posologique dépend de l'INR cible et du résultat de l'INR précédent. **R**
11. En cas d'acte programmé, contrôler la liste des actes ne nécessitant pas d'arrêt des AVK, quand $2 < \text{INR cible} < 3$. **R**
12. En cas d'**hémorragie grave ou potentiellement grave**, la **prise en charge hospitalière** est recommandée. **R**
13. **L'éducation thérapeutique est incontournable** afin d'optimiser le rapport bénéfices-risques. Après avoir délivré les informations nécessaires au patient et l'avoir alerté sur les risques d'un traitement par AVK, il faut s'assurer de la bonne compréhension des messages et de l'acceptation des contraintes. Elle porte sur :
 - l'information sur l'intérêt du traitement, son but ;
 - les principes du traitement ;
 - les risques liés au traitement, les alertes ;
 - l'enquête alimentaire, des conseils (pas d'interdit alimentaire, mais régularité) ;
 - l'exercice physique doit être limité à des sports non violents et des activités où les risques de blessures sont moindres ;
 - la conduite à tenir en cas de blessure, coupure. **R**



Les critères du suivi pluriprofessionnel sont spécifiques au thème du PPSPR.

**Critères du suivi pluriprofessionnel :
découverte fortuite d'une pression artérielle élevée par un professionnel de santé**

- **18 critères** concernent les **antécédents personnels et les facteurs exogènes** : surpoids voire obésité ; tabagisme ; stress ; exercice physique ; diabète ; insuffisance rénale ; dyslipidémie ; déséquilibre hygiéno-diététique ; grossesse ; apnées du sommeil ; stupéfiants ; alcool ; réglisse ; stéroïdes ; AINS ; contraceptifs oraux et hormones sexuelles ; vasoconstricteurs ; consommation de sel > 6 g/j.
- 4 critères d'**estimation automatique** du **risque cardio-vasculaire** : tabagisme ; antécédents familiaux d'accident cardio-vasculaire précoce ; diabète ; dyslipidémie.
- 9 critères d'**urgence hypertensive** : douleur abdominale ; dyspnée ; vertiges ; nausées, vomissements ; troubles de la conscience ; troubles de la vision ; paresthésies ; pâleur.

Critères du suivi : gestion quotidienne des AVK

- **8 critères** concernent la **gestion des risques** : grossesse (= contre-indication), antécédents hémorragiques, insuffisance hépatique sévère, galactosémie congénitale, insuffisance rénale sévère, associations médicamenteuses, niveau de compréhension du patient, risque psychosocial.
- **7 critères** concernant l'**indication thérapeutique**.
- **INR cible**.
- **5 critères biologiques préalables** à la mise en route du traitement : NFS, INR de référence, SGOT, SGPT, clairance de la créatinine.
- **4 critères de suivi de l'INR** : date de l'examen, résultat, rythme régulier et rythme exceptionnel.
- **4 critères du traitement** : DCI, spécialité, posologie initiale, posologie modifiée.
- **3 critères événementiels** : facteurs alimentaires, médicaments à risque, événements à risque.

La structuration repose sur des rubriques

Ces rubriques servent de maquette à la fiche de suivi plus ou moins standardisée.

Aide-mémoire pour les professionnels de santé

MÉTHODE

L'élaboration, quand c'est possible, d'un algorithme ou d'un arbre décisionnel participe à la structuration d'un PPSPR.

Il permet de résumer rapidement le traitement du problème et d'envisager les outils pertinents qui faciliteront la mise en œuvre du PPSPR.



**Outils à disposition des professionnels de santé :
découverte fortuite d'une pression artérielle élevée par un professionnel de santé**

- Modalités de prise de pression artérielle.
- Indications de l'auto-mesure et de la MAPA.
- Principales sources d'erreur associées à la prise de PA.
- Estimation du risque cardio-vasculaire global.
- Algorithme des délais d'intervention médicale.
- Trente rappels automatiques (*reminders*) sont liés aux critères du suivi.

Outils à disposition des professionnels de santé : gestion quotidienne des AVK

- Éducation individuelle des patients sous AVK (objectifs, déroulement d'une séance).
- Tableau comparatif des différents AVK, mesures correctrices d'un surdosage asymptomatique.
- Prise en charge d'une hémorragie spontanée ou traumatique, algorithme induction de warfarine et de fluindione chez 18 < ad < 70 ans.
- Ajustement posologique des AVK.
- Comment conduire le relais héparine-AVK chez le sujet > 70 ans.
- Mise en route de la warfarine, exemple de relais préopératoire AVK-héparine en vue d'un acte chirurgical programmé.
- Procédures pouvant être réalisées sans interrompre les AVK.

Création ou adaptation d'outils pour les patients

MÉTHODE

**Outils d'information pour les patients :
découverte fortuite d'une pression artérielle élevée par un professionnel de santé**

Deux fiches d'information du patient :

- mesures hygiéno-diététiques ;
- teneur en sodium des aliments à commenter lors d'un entretien spécifique.

Un carnet de suivi de la pression artérielle.



Outils d'information patients et d'éducation thérapeutiques : gestion quotidienne des AVK

Quatre fiches d'information pour les patients :

- comment prendre un traitement par AVK ;
- signes d'alerte ;
- règles d'or à respecter ;
- minimum sécuritaire.

Un **carnet patient** informatisé en lien avec la fiche de suivi des professionnels.

Un support d'échange avec les professionnels de type « **questions-réponses** ».

Mise au format informatique des messages clés

MÉTHODE

L'intégration des protocoles dans les systèmes d'information en lien avec les logiciels métiers en favorise l'utilisation en routine, et faciliterait une éventuelle mutualisation.

L'intégration dans les logiciels nécessite de structurer le protocole lors d'une étape de formalisation des messages clés.

Structuration des messages clés sous forme de règle de décision :

Règle de décision :

découverte fortuite d'une pression artérielle élevée par un professionnel de santé

- **Si PAS > 140 ou PAD > 90 ALORS** confirmation d'une hypertension par 3 mesures.
- **Si HTA légère et RCV faible, ALORS** consultation chez le MG sans urgence, code couleur vert.

Règle de décision : gestion quotidienne des AVK

- **Si grossesse Alors** prescription interdite, alerte rouge.
- **Si INR en dehors de la cible Alors** contrôles rapprochés, alerte orange ou rouge.
- **Si $6 < \text{INR} < 10$ Alors** prise orale de 2 mg vit K1.



Veille bibliographique

Une veille bibliographique est souhaitable pour une mise à jour du protocole. Elle repose sur une surveillance de l'actualisation des RBP sources, des protocoles existants et des outils de mise en œuvre.

Elle peut aussi être relancée par des modifications des ressources locales (évolutions locales d'exercice, disparition ou création de structures de soins, etc.).

Certains indicateurs de suivi conçus dès l'élaboration du PPSPR

Chaque critère d'un PPSPR peut devenir un indicateur. La sélection d'indicateurs peut reposer sur des messages clés hautement recommandés, un risque majeur à éviter, ou répondre à des sollicitations externes (registre, CAPI, etc.). Un nouveau mode d'exercice (dossier partagé, permanence des soins, etc.) peut aussi nécessiter quelques indicateurs organisationnels.

Indicateurs : gestion quotidienne des AVK

- **Registre prescription AVK.**
- **Pourcentage d'accidents graves.**
- **Nombre d'hospitalisations évitées.**

Des mesures d'impact local de la mise en œuvre du PPSPR

Les PPSPR « gestion quotidienne des AVK » et « suivi du diabète de type 2 » ont déjà été mis en œuvre dans des maisons et centres de santé.

Impact PPSPR : gestion quotidienne des AVK

- **Tracer les évènements indésirables.**
- **Accidents AVK : 16 % à St A > 12,7 % EMIR2007.**
- **Tenue d'un registre nécessite un système d'information adapté.**

Auteurs groupe de rédaction

- Dr Claudie Locquet, chef de projet, SBPP.
- Gersende Georg, chef de projet, SBPP/SCES.
- Dr Pierre de Haas, généraliste, maison de santé, Pont d'Ain.
- Dr Anne Moulin, généraliste, centre de santé, Orly.

Groupe de lecture : Les membres du groupe pluriprofessionnel d'élaboration de protocoles pluridisciplinaires de soins de santé primaire 2009-10.

- Mr Henri Bruno, kinésithérapeute, pôle de santé, Pesmes
- Dr Pierre de Haas, généraliste, maison de santé, Pont d'Ain.
- Dr Philippe Despierre, généraliste, pôle de santé, Malestroit.
- Mme Michèle Dumon, infirmière, maison de santé, Pont d'Ain.
- Dr Catherine Elsass, généraliste, centre de santé, Belfort.
- Mr Frédéric Garnier, pharmacien, maison de santé, Pont d'Ain.
- Mme Sabine Guillerault, diététicienne, maison de santé, Saint-Amand-en-Puisaye.
- Mme Céline Jandard, infirmière, maison de santé, Villefranche-sur-Saône.
- Mr Jean-Paul Kerjean, kinésithérapeute, pôle de santé, Sauve.
- Mme Mireille Locicero, infirmière, pôle de santé, Sauve.
- Dr Jean-Michel Mazué, Généraliste, maison de santé, Bletterans.
- Mme Nathalie Morel, infirmière, maison de santé, Bletterans.
- Dr José-Philippe Moréno, généraliste, centre de santé, Belfort.
- Dr Anne Moulin, généraliste, centre de santé, Orly.
- Dr Michel Serin, maison de santé, Saint-Amand-en-Puisaye.
- Mme Fabienne Thibault, sage-femme, maison de santé, Besancon.

Les relecteurs du SBPP

- Muriel Dhenain, Valérie Lindecker et Michel Laurence.

Remerciements

La HAS tient à remercier l'ensemble des membres cités ci-dessus ainsi que les personnes dont le noms suivent, pour leur implication particulière.

- Pr Jean Michel Chabot, Conseiller médical auprès du directeur, pour avoir initié et soutenu ce projet tout au long de son déroulement.
- Dr Rémy Bataillon, Directeur adjoint de la DAQSS, pour sa bienveillance et son soutien.
- Dr Michel Laurence, Chef du service de bonnes pratiques, pour son soutien tout au long du projet.





HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

www.has-sante.fr

2 avenue du Stade de France 93218 Saint-Denis-La Plaine CEDEX

Tél. : +33(0)1 55 93 70 00 - Fax : +33(0)1 55 93 74 00

