

Annexe 5. Vue d'ensemble du PPSPR résumé en 1 page : gestion quotidienne des AVK

Contexte : environ 1 % de la population française est sous AVK. L'indication doit être bien posée, les risques sont sévères en cas de mauvaise utilisation, cependant le rapport bénéfices-risques est bien documenté. La durée du traitement et l'INR cible varient selon la pathologie à traiter ou à prévenir.

Ce protocole pluridisciplinaire informatisé a vocation à être accessible à tous les professionnels de santé (PS) d'une maison, d'un centre ou d'un pôle de santé. **L'objectif principal de ce protocole est d'améliorer la gestion quotidienne d'un traitement par AVK** par l'implication de tous les professionnels de santé et du patient ou de son référent. Réduire la morbi-mortalité des accidents liés aux AVK, grâce à la diffusion de stratégies de prévention et de prise en charge des événements à risque hémorragique ou thromboembolique. Faire le lien entre tous les intervenants : médecins, IDE, biologistes, pharmaciens. Responsabiliser autant que possible le patient. Disposer d'un support simple partagé par tous, rempli par le patient et les professionnels de santé. Éviter au patient les oublis de contrôles sanguins et autres examens complémentaires. Disposer des résultats datés du suivi régulier.

Treize messages clés issus des recommandations (analyse bibliographique) :

1. Avant d'instaurer un traitement par AVK, évaluer le rapport **bénéfices-risques** en tenant compte du risque psychosocial, des fonctions cognitives du patient ou du référent.
2. La vérification de contre-indications absolues ou relatives est un préalable à l'instauration d'un traitement par AVK.
3. Le risque hémorragique est accru en cas d'insuffisance hépatique ou rénale, cancers ou antécédents d'hémorragies gastro-intestinales.
4. Un **bilan sanguin incluant l'INR préalable** à la mise en route des AVK est nécessaire.
5. La coopération multiprofessionnelle (cardiologues, chirurgiens, dentistes, rhumatologues, MG, IDE) a pour but de réduire le risque hémorragique ou thrombotique.
6. La **warfarine** est la molécule de référence recommandée.
7. Le rythme du contrôle de l'INR est actuellement de 14 jours.
8. Dans le cas d'un surdosage asymptomatique, la surveillance est accrue (INR le lendemain). La surveillance ultérieure est celle réalisée lors de la mise en route du traitement.
9. La cause du surdosage doit être identifiée et prise en compte dans l'adaptation éventuelle de la posologie.
10. L'ajustement posologique dépend de l'INR cible et du résultat de l'INR précédent.
11. En cas d'acte programmé, contrôler la liste des actes ne nécessitant pas d'arrêt des AVK, quand $2 < \text{INR cible} < 3$.
12. En cas d'hémorragie grave ou potentiellement grave, la prise en charge hospitalière est recommandée.
13. L'éducation thérapeutique (ETP), incontournable, repose sur l'information concernant l'intérêt et les principes du traitement, les risques, les alertes, les conseils de régularité alimentaire, l'exercice physique non violent à moindre risque de blessures, la conduite à tenir en cas de blessure, coupure.

La mise en œuvre repose sur l'intégration de **critères** dans un logiciel partagé par les PS. . **La fiche de suivi**, permet de cibler les critères non renseignés afin de les suivre. **Huit critères** concernent la **gestion des risques**, **5 critères biologiques** préalables à la mise en route du traitement, **8 critères de suivi d'INR**, **3 critères événementiels**. Un code couleur alerte sur les **délais de contrôle INR ou les ajustements posologiques**. **Vingt reminders d'actualisation brèves des connaissances**. Des **actualisations de connaissances PS**, en annexes, extraits des RBP ou provenant d'outils validés dans des réseaux (GRANTED++) : l'ETP, l'éducation individuelle des patients sous AVK (objectifs, déroulement d'une séance), tableau comparatif des différentes AVK, mesures correctrices d'un surdosage asymptomatique, prise en charge d'une hémorragie spontanée ou traumatique, algorithme induction de warfarine et de fluindione chez $18 < \text{ad} < 70$ 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. **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** et des questions-réponses.

Résultats du test : le test n'a vraiment été réalisé que par 2 MG et 1 IDE, en pôle et en centre de santé. Dans un autre centre de santé, la mise en œuvre, rendue possible par l'intégration dans le logiciel Crossway des critères du protocole, s'est faite d'emblée, alors que le thème n'était pas jugé prioritaire par les PS. Au total 26 dossiers ou fiches de suivi analysés, 3 questionnaires d'acceptabilité-faisabilité et surtout des commentaires libres recueillis. **Points forts :** pertinence des messages clés, difficulté de changer ses pratiques habituelles (passer à la warfarine), et surtout intérêt des reminders et des alertes colorées et des fiches d'informations patients réels supports d'ETP. Le carnet patient manquant de praticité tous les PS préfèrent avoir recours à un carnet papier pour y noter avec le patient les résultats INR et les dates des contrôles et les doses d'AVK: améliorations à apporter sont en fait des attentes : un vrai dossier médical partagé (DMP) et une adaptabilité des logiciels.

Mesures d'impact proposées : tenue d'un registre prescription d'AVK, pourcentage d'hospitalisations réalisées, évitées ; pourcentage d'accidents hémorragiques, etc.

Sources : document destiné aux MG (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, Afssaps. Résumés des caractéristiques des produits. Documents du réseau GRANTED. Guide et recommandations : Élaborer une brochure d'information pour les patients et usagers du système de santé, HAS juin 2008.