



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

GUIDE PRATIQUE D'ÉLABORATION

Protocoles pluriprofessionnels des soins de premier recours

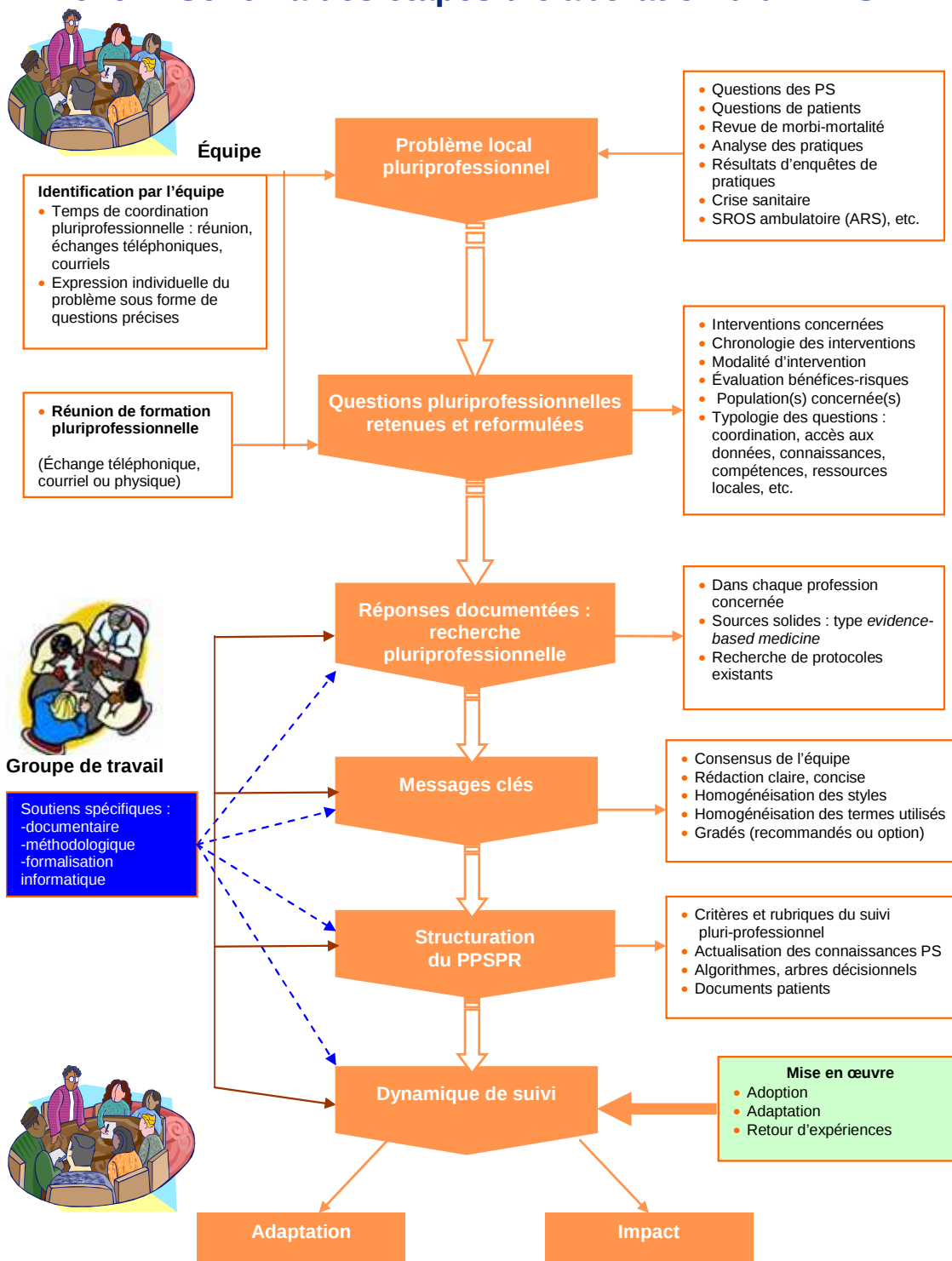
Annexes

Novembre 2011

Sommaire

Annexe 1. Schéma des étapes d'élaboration d'un PPSPR.....	3
Annexe 2. Gradation des messages clés	4
Annexe 3. Structuration d'une recherche documentaire	5
Annexe 4. Vue d'ensemble du PPSPR résumé en 1 page : découverte fortuite d'une pression artérielle élevée par un PS.....	7
Annexe 5. Vue d'ensemble du PPSPR résumé en 1 page : gestion quotidienne des AVK	8
Tableau 1. Exemple de tableau comparatif des recommandations sources et des messages clés : découverte fortuite d'une pression artérielle élevée par un professionnel de santé	9
Tableau 1 (suite). Exemple de tableau comparatif des recommandations sources et des messages clés : découverte fortuite d'une pression artérielle élevée par un professionnel de santé	10
Tableau 2. Exemple de tableau comparatif des recommandations sources et des messages clés : gestion quotidienne des AVK	11
Tableau 2 (suite). Exemple de tableau comparatif des recommandations sources et des messages clés : gestion quotidienne des AVK	12
Annexe 6. Principales sources d'erreur associées à la prise de la pression artérielle (PA)	13
Annexe 7. Schéma des délais d'intervention médicale lors de la découverte d'une PA élevée	14
Annexe 8. Actualisation des connaissances, <i>reminders</i> : découverte fortuite d'une pression artérielle élevée par un professionnel de santé.....	15
Annexe 9. Actualisation des connaissances, <i>reminders</i> : gestion quotidienne des AVK	16
Annexe 10. Fiche de suivi de la découverte d'une PA élevée par un PS	17
Annexe 11. Fiche de suivi des A.V.K.	19
Participants à la rédaction du guide pratique.....	21
Auteurs	21
Fiche descriptive.....	22

Annexe 1. Schéma des étapes d'élaboration d'un PPSPR



Annexe 2. Gradation des messages clés

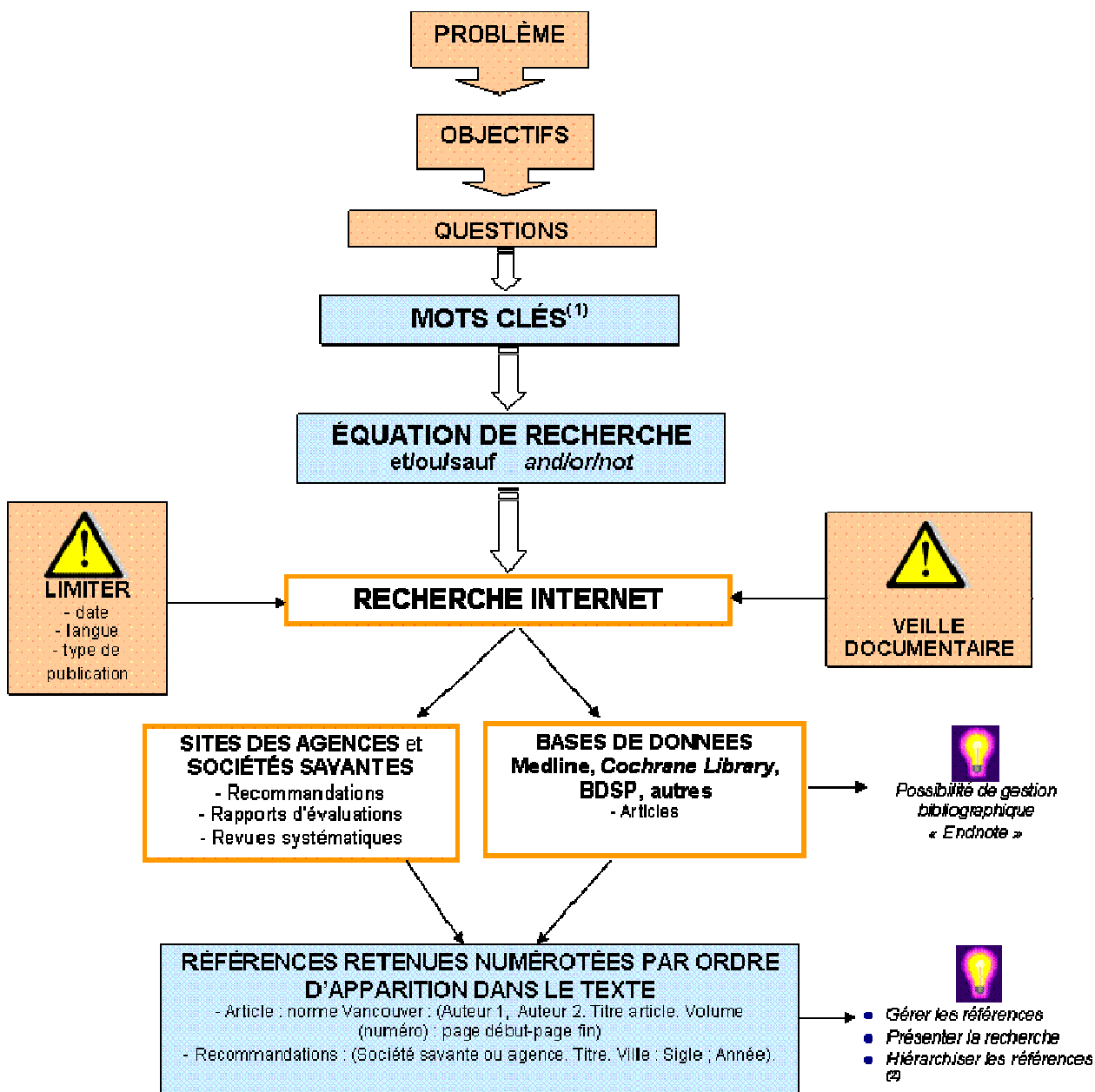
Source: *Diagnosis and management of bronchiolitis*: fig1; AAP: Oct 2006.
<http://aappolicy.aappublications.org/cgi/content/full/pediatrics;114/3/874>

Evidence Quality	Preponderance of Benefit or Harm	Balance of Benefit and Harm
A. Well-designed, randomized controlled trials or diagnostic studies on relevant populations	Strong Recommendation	Option
B. RCTs or diagnostic studies with minor limitations; overwhelmingly consistent evidence from observational studies	Recommendation	
C. Observational studies (case control and cohort design)		
D. Expert opinion, case reports, reasoning from first principles	Option	No Recommendation
X. Exceptional situations where validating studies cannot be performed and there is a clear preponderance of benefit or harm	Strong Recommendation Recommendation	

Fig 1. Integrating evidence quality appraisal with an assessment of the anticipated balance between benefits and harms if a policy is carried out leads to designation of a policy as a strong recommendation, recommendation, option, or no recommendation.

Annexe 3. Structuration d'une recherche documentaire

La recherche documentaire est une étape indispensable à l'élaboration de tout document scientifique de qualité. Il est important de bien la préparer en mettant en place une stratégie répondant au mieux à la question posée. Enfin, elle est **reproductible** et **transparente** pour les lecteurs du document final.



(1) A retrouver dans le titre et/ou par le résumé.

(2) Se reporter à la fiche méthodologique « Analyse de la littérature »

Bases de données

Si les bibliographies individuelles, par métier, peuvent être la base du travail sur le thème, elles doivent être complétées et confrontées aux sources de type *evidence-based*.

L'interrogation de la base bibliographique **Medline est incontournable**.

Pour la littérature française nous vous conseillons d'interroger en complément :

- Pubmed, accès gratuit (<http://www.pubmed.fr>) pour la littérature francophone ;
- Banque de données en santé publique (BDSP, gratuit) : pour la littérature francophone en santé publique : <http://www.bdsp.ehesp.fr/Base/QbeA.asp>.

En fonction de votre sujet, il pourra être intéressant de compléter cette recherche en interrogeant d'autres bases de données.

Sites Internet

Les sites Internet des institutions gouvernementales, des agences d'évaluation nationale et internationales, des sociétés savantes nationales ou internationales permettent de trouver des documents pertinents qui sont très rarement référencés dans les bases de données bibliographiques (guides de bonnes pratiques, rapports d'évaluations technologiques, revues systématiques...).

La rédaction de votre argumentaire prendra vraisemblablement plusieurs mois, il est donc indispensable de réaliser une veille sur les sites pertinents par rapport à votre sujet.

Sites incontournables, concernant les recommandations

- Haute Autorité de Santé : <http://www.has-sante.fr>
- Afssaps : <http://www.afssaps.fr/>
- CISMef : <http://www.cismef.org/>
- NGC (National Guideline Clearinghouse) : <http://www.guideline.gov/>
- Cochrane Library : http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/cochrane_search_fs.html
- Guidelines Finder (National Library for Health) : <http://www.library.nhs.uk/guidelinesfinder/>
- CRD databases : <http://www.crd.york.ac.uk/crdweb/>
- Bibliothèque médicale Lemanissier : <http://www.bmlweb.org/consensus.html>
- National Institute for Health and Clinical Excellence : <http://www.nice.org.uk/page.aspx?o=home>
- Centre fédéral d'expertise des soins de santé : http://kce.fgov.be/index_fr.aspx?SGREF=3439
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network : <http://www.sign.ac.uk/index.html>

Autres sites

- Institut national de prévention et d'éducation pour la santé : <http://inpes.sante.fr>
- CMA Infobase : http://www.cma.ca/index.cfm/ci_id/54316/la_id/1.htm
- ETSAD (Évaluation des technologies de santé pour l'aide à la décision) : <http://etsad.fhf.fr/etsad/index.php>
- Tripdatabase : <http://www.tripdatabase.com/index.html>
- Expertise collective de l'Inserm : <http://www.inserm.fr/fr/questionsdesante/mediatheque/expertises/>
- New Zealand Guidelines Group : <http://www.nzgg.org.nz/index.cfm>
- National Health and Medical Research Council : <http://www.nhmrc.gov.au/publications/index.htm>
- Agency for Healthcare Research and Quality : <http://www.ahrq.gov/>
- Institute for Clinical Systems Improvement : <http://www.icsi.org/>
- Clinical Knowledge Summaries : <http://cks.library.nhs.uk/home>
- Guidelines and Protocols Advisory Committee : <http://www.health.gov.bc.ca/gpac/index.html>
- Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé : <http://www.aetmis.gouv.qc.ca/site/index.php?accueil>
- Adelaide Health Technology Assessment : <http://www.adelaide.edu.au/ahta/>
- New Zealand Health Technology Assessment : <http://nzhta.chmeds.ac.nz/>
- Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health : <http://www.cadth.ca/index.php/fr/>
- Comité d'évaluation et de diffusion des innovations technologiques : <http://cedit.aphp.fr/index.html>

Annexe 4. Vue d'ensemble du PPSPR résumé en 1 page : découverte fortuite d'une pression artérielle élevée par un PS

Contexte : la prévalence de l'hypertension artérielle touche plus de 20 % de la population générale. Une découverte fortuite par un PS d'hypertension l'interpelle sur la conduite à tenir et désorganise la consultation médicale.

La prise en charge optimisée de cette découverte repose sur une bonne connaissance des conditions optimales de prise de la pression artérielle, d'une évaluation du risque cardio-vasculaire possible et sur l'identification des urgences hypertensives.

L'accès au dossier médical permet donc aux professionnels de santé d'adapter le délai de recours médical.

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.

Objectifs de ce protocole pluriprofessionnel

1. Disposer des résultats datés, et identifiés, de 3 mesures de PA afin de **confirmer ou non l'hypertension**.
2. Adapter la prise en charge de l'hypertension, et en particulier le **délai de consultation médicale**, en fonction des chiffres tensionnels et du RCV du patient (analyse bénéfice-risque).
3. **Responsabiliser, autant que possible, le patient**, en le faisant participer au contrôle tensionnel par l'auto-mesure ; à la prise de décision concernant le délai de consultation médicale, en négociant avec lui des modifications de comportement basées sur les mesures hygiéno-diététiques recommandées, concernant l'éviction de facteurs exogènes potentiellement hypertensifs.

Huit messages clés issus des recommandations (analyse bibliographique) :

1. **Réalité d'une hypertension artérielle (PA > 140/90)**. Elle 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.
2. **Automesure** 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 si PA > 135/85.
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.
4. Évaluation du risque cardio-vasculaire global (**RCV**) nécessaire en cas d'hypertension dès PA > 140/90, afin de pouvoir différer une consultation médicale au-delà de 24 heures.
5. Une PA > 180-110, contrôlée à 2 reprises, signe une HTA avérée et nécessite un FO.
6. Une découverte de PA ≥ 180/110 nécessite du repos et une réévaluation à court terme (quelques heures).
7. **Urgence hypertensive si PA > 210-120, et/ou en présence de signes de souffrance viscérale** (convulsions, céphalées, douleurs abdominales), **nécessite une médicalisation dans l'heure**.
8. La baisse de la PA en urgence doit se faire sous surveillance médicale hospitalière, pas de nifépidine par voie orale ni sublinguale.

La mise en œuvre repose sur l'intégration de critères dans un logiciel partagé par les PS. **La fiche de suivi** peut permettre de déterminer ceux qui manquent afin de les conserver pour améliorer les pratiques.

- **Dix huit critères concernant 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.
- **Calcul automatique du RCV basé sur 4 critères** ; tabagisme ; antécédents familiaux d'accident cardio-vasculaire précoce ; diabète ; dyslipidémie.
- **Huit critères d'urgence hypertensive** : douleur abdominale ; dyspnée ; vertiges ; nausées ; vomissements ; troubles de la conscience ; troubles de la vision ; paresthésies ; pâleur.
- **30 reminders** accompagnent les critères et sont réunis dans un document d'**actualisation des connaissances : bonnes pratiques de mesure tensionnelle et sources d'erreur**, indications de l'**automesure tensionnelle et de la MAPA**, l'**estimation du risque cardio-vasculaire global**, et les **délais d'intervention médicale** (code couleur d'alerte sur les délais).
- **2 fiches d'information du patient** : mesures hygiéno-diététiques et teneur en sodium des aliments à commenter lors d'un entretien spécifique.
- Aucun test n'a pu être réalisé, l'intérêt de ce PPSP sera jugé sur l'impact de ses mises en œuvre locales.

Mesure d'impact proposées : tenue d'un registre de diagnostic d'HTA, pourcentage d'hospitalisations réalisées, évitées ; pourcentage de RCV évaluables, etc.

Sources : Prise en charge des patients adultes atteints d'hypertension artérielle essentielle : actualisation RBP HAS juillet 2005. 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. Actualisation de la 4^e CC en médecine d'urgences : 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*.

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) :

2. 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.
3. La vérification de contre-indications absolues ou relatives est un préalable à l'instauration d'un traitement par AVK.
4. Le risque hémorragique est accru en cas d'insuffisance hépatique ou rénale, cancers ou antécédents d'hémorragies gastro-intestinales.
5. Un **bilan sanguin incluant l'INR préalable** à la mise en route des AVK est nécessaire.
6. La coopération multiprofessionnelle (cardiologues, chirurgiens, dentistes, rhumatologues, MG, IDE) a pour but de réduire le risque hémorragique ou thrombotique.
7. La **warfarine** est la molécule de référence recommandée.
8. Le rythme du contrôle de l'INR est actuellement de 14 jours.
9. 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.
10. La cause du surdosage doit être identifiée et prise en compte dans l'adaptation éventuelle de la posologie.
11. L'ajustement posologique dépend de l'INR cible et du résultat de l'INR précédent.
12. En cas d'acte programmé, contrôler la liste des actes ne nécessitant pas d'arrêt des AVK, quand $2 < \text{INR cible} < 3$.
13. En cas d'hémorragie grave ou potentiellement grave, la prise en charge hospitalière est recommandée.
14. 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.

Tableau 1. Exemple de tableau comparatif des recommandations sources et des messages clés : découverte fortuite d'une pression artérielle élevée par un professionnel de santé

Messages clés	Sources : intitulé, auteur ou promoteur, date.				Niveau de recommandations
	Poussée hypertensive de l'adulte Afssaps mai 2002 et <i>NHS management of hypertension in adults in primary care; review nov 2009</i>	Le consensus de 1994 Joint Committee FMU actualisation HTA au service accueil urgence 2005	Guide d'implémentation dépistage et suivi HTA en milieu clinique. INSB Québec 2008 et programme éducatif canadien sur l'HTA (PECH)	Prise en charge des patients adultes atteints d'HTA Actualisation et synthèse des recommandations HAS 2005	R, RN, O
La réalité d'une hypertension (PA > 140/90) 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.	Avant de porter un diagnostic d'HTA répéter les contrôles tensionnels <i>To identify hypertension (persistent raised blood pressure > 140/90) two subsequent clinic appointments from 2 readings under best conditions available. Arm support is very important.</i>	Pour vérifier une pression artérielle, multiplier les mesures au cours d'une même consultation ou de consultations répétées Gr A.	La mesure de la PA est la moyenne de 2 lectures à au moins une minute d'intervalle.	L'HTA doit être mesurée au cabinet médical et confirmée par 2 mesures par consultation au cours de 3 consultations successives sur une période de 3 à 6 mois.	R
L' automesure résulte 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 > 135/85.	<i>Use Ambulatory BP monitoring if white coat effect is suspected.</i>		La valeur de référence par automesure à domicile est PAS 135 PAD 85 mmHg.	Il est recommandé de mesurer la PA en dehors du cabinet médical afin de s'assurer de sa permanence en dessous de 179/109.	R
Le 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.		Pas de traitement immédiat mais TA à contrôler dans l'heure pour une HTA légère ou modérée, en dessous de 179-109, donner des conseils de surveillance et de consultation médicale.		La décision de la prise en charge dépend des chiffres tensionnels et du RCV global. Entre 160-179/100-109 et 0 à 2 facteurs de risque, le risque est moyen.	R
L' évaluation du risque cardiovasculaire est nécessaire en cas d'hypertension dès TA > 140/90, afin de pouvoir différer une consultation médicale au-delà de 24 heures.	<i>Health professionals should be using the latest CVD risk assessment charts as listed in the current BNF or another validated risk assessment tool, to assess CVD risk.</i>			RCV global faible si 140 < PAS < HTA < 159 et 90 < PAD < 99, sans facteur de risque supplémentaire ; si associée à 1 ou 2 facteurs de risque le RCV est moyen.	R

Tableau 1 (suite). Exemple de tableau comparatif des recommandations sources et des messages clés : découverte fortuite d'une pression artérielle élevée par un professionnel de santé

Une PA > 180-110, contrôlée à 2 reprises, signe une HTA avérée, sévère, et nécessite un FO.	Le FO est indispensable pour confirmer l'absence de retentissement clinique de l'HTA sévère (> 180-110) à très sévère au stade 3 (G B). <i>Refer immediatly if the patient had TA>180/110 with signs of papilloedema and or retinal hemorrhage</i>	Les stades 3 et 4 (<i>hypertension sévère actuelle</i>) ne peuvent être considérés comme isolés qu'en cas de FPO normal.		Diagnostic d'HTA posé au-delà de 180-110, lors de la deuxième visite d'évaluation. Le niveau de risque cardio-vasculaire est élevé en présence d'une TA > 180/110, de diabète ou de maladie cardio-vasculaire ou rénale associée.	R
Une découverte de TA ≥ 180/110 nécessite repos et réévaluation à court terme (quelques heures).	En cas d'élévation tensionnelle ≥ 180/110 il est recommandé de contrôler ce niveau élevé de PA : repos et réévaluation à court terme (quelques heures).	Une consultation dont le délai devrait être rapproché : dans la semaine au stade 3 et dans la journée au stade 4.		En cas de PA >180/110 il est recommandé de confirmer par 2 mesures par consultation au cours de 2 consultations rapprochées.	R
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.	Si souffrance viscérale grave et récente déficit neurologique aigu, OAP, dissection aortique, éclampsie urgence hypertensive : prise en charge hospitalière sous surveillance semi-continue de la PA.	Recommande pour le stade 4 (TA > 210-120) une mise sous surveillance et un traitement dans l'heure.	Urgence hypertensive en cas de PAD > 130, ou de signes d'encéphalopathie, dissection Ao, d'IVG aiguë ou d'ischémie aiguë (convulsions, céphalées, douleurs abdominales).		R
La baisse de la PA en urgence doit se faire sous surveillance médicale hospitalière , pas de nifédipine ni d'autre médicament par voie orale ni sublinguale.	L'urgence thérapeutique hypertensive grade 3 justifie l'hospitalisation (Gr A) En cas de déficit neurologique : ne pas faire baisser la TA lors de la prise en charge initiale (Gr A).				R RN

* JN Fiessenger, N Postel-Vinay, G Bobrie : L'automesure tensionnelle. Recommandations de la commission IV des maladies cardio-vasculaires. Communiqué adopté le 9 mars 2010

Tableau 2. Exemple de tableau comparatif des recommandations sources et des messages clés : gestion quotidienne des AVK

Messages clés	Sources : intitulé, auteur ou promoteur, date.		R, RN, O
	RBP et guide HAS juin 2008 et recommandation HAS/STV : Prise en charge des surdosages en AVK, des situations à risque hémorragique, et des accidents hémorragiques chez les patients traités par AVK en ville.	Afssaps : mise au point sur les AVK ; schéma commun AVK ; et résumés des caractéristiques des produits (RCP)	
Lors de la mise en route le rythme de contrôle de l'INR est de 2 à 3 jours jusqu'à stabilisation dans la cible attendue à 2 reprises.		Le premier contrôle est à faire entre 36 et 72 h après le début du traitement.	R
L'INR cible varie selon l'indication de traitement par AVK, habituellement entre 2 et 3.		Dans la majorité des situations l'INR attendu sous traitement par AVK est compris entre 2 et 3, en dessous de 2 l'anticoagulation est insuffisante, au-dessus de 3 elle est excessive.	R
Le rythme de contrôle de l'INR après stabilisation est de 14 jours.	Les délais entre 2 INR sont souvent excessifs	L'espacement recommandé des INR après stabilisation est de 14 j.	R
Après un changement de posologie le premier contrôle doit être fait dans les 2 à 4 jours et répété sur le même mode jusqu'à stabilisation.		Après un changement de posologie, le premier contrôle doit être fait dans les 2 à 4 jours et répété sur le même mode jusqu'à stabilisation.	R
Le contexte infectieux ou inflammatoire et la mise sous antibiotiques imposent de renforcer la surveillance en pratiquant un INR à 2 ou 3 j.		Le contexte infectieux ou inflammatoire et certaines classes d'antibiotiques imposent de renforcer la surveillance.	R
La coopération multiprofessionnelle (cardiologues, chirurgiens, dentistes, rhumatologues, médecins généralistes, labo et infirmiers) a pour but de réduire le risque hémorragique ou thrombotique.	55 % des patients n'ont aucun carnet de suivi, les laboratoires ne connaissent pas l'indication dans 41 % des cas, les MG n'informent pas les labos de l'INR cible dans 56 % des cas.		R
Un INR cible > 4 représente un risque hémorragique en soi, un INR > 5 représente un risque hémorragique dans tous les cas.	Les facteurs d'instabilité de l'INR sont les mêmes que ceux du risque hémorragique, l'intensité de la coagulation effective avec 4 < INR < 5 en est un.	INR > 5 risque hémorragique	R
En cas de surdosage, vérifier l'INR le lendemain puis même surveillance que dans la mise en route.		En cas de surdosage, vérifier l'INR le lendemain puis même surveillance que dans la mise en route.	R
En cas d'acte programmé, contrôler la liste des actes ne nécessitant pas l'arrêt des AVK (Annexe 11 argumentaire source).	Relais par l'héparine en cas d'acte programmé : mesurer l'INR 7 j avant l'intervention, arrêt des AVK 4 à 5 j avant et commencer l'héparine 48 h après la dernière prise de fluindione ou warfarine, 24 h après l'acécoumarol. L'INR mesuré la veille doit être < 1,5 ; Vit. K1, 5 mg <i>pers os</i> , si INR > 1,5.		R
La warfarine est la molécule recommandée, car la plus utilisée aux États-Unis et en Europe.	Les données disponibles n'apportent pas la preuve d'un rôle du type d'AVK dans la survenue de complications hémorragiques.		O

Tableau 2 (suite). Exemple de tableau comparatif des recommandations sources et des messages clés : gestion quotidienne des AVK

L'éducation thérapeutique est essentielle dans la prévention du risque hémorragique et doit être renforcée, en particulier chez la personne âgée.	L'insuffisance d'éducation thérapeutique est un des facteurs d'instabilité de l'anti-coagulation.		R
L'âge, les comorbidités, le régime alimentaire et la consommation d'alcool sont à prendre en compte lors de l'instauration du traitement par AVK, et dans la surveillance du traitement.	L'âge, le sexe, les pathologies cérébro-vasculaires, le diabète, l'HTA, la compliance sont des facteurs de risque hémorragique controversés. Les études de niveau 2 sont en faveur d'une association entre l'âge et le risque hémorragique. L'alcool est un facteur de risque controversé et les variations de régime alimentaire semblent également être un facteur de risque hémorragique.		R
Le risque hémorragique est accru en cas d'insuffisance hépatique ou rénale, cancers ou antécédents d'hémorragies gastro-intestinales.	De nombreuses comorbidités ont été évaluées en tant que facteur de risque hémorragique : insuffisance hépatique ou rénale, cancers ou antécédents d'hémorragies gastro-intestinales.		R

Annexe 6. Principales sources d'erreur associées à la prise de la pression artérielle (PA)

(Source : 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. Page 36 ou 134)

SOURCES D'ERREUR DANS LA MESURE DE LA PA		
Source : Reeves, 1995. et tableau 5 du PECH guide Québec		
Sources d'erreur	EFFETS en mm de Hg	
	PAS	PAD
Vient de fumer	+ 6	+ 5
Vient de boire un café	+ 11	+ 5
Vessie distendue (envie d'uriner)	+ 15	+ 10
Mesure prise en parlant	+ 7	+ 8
Brassard trop petit	- 8 à + 10	- 2 à + 8
Brassard posé sur les vêtements	+ 5 à + 50	-
Bras du patient non soutenu	+ 1 à + 7	+ 5 à + 11
Dos du patient non soutenu	+ 6 à + 10	-
Trou auscultatoire manqué	- 10 à - 50	-
Arrondissement entre 0,5 et 10 mm Hg	- 10	- 10

Plusieurs facteurs peuvent fausser la mesure de la pression artérielle :

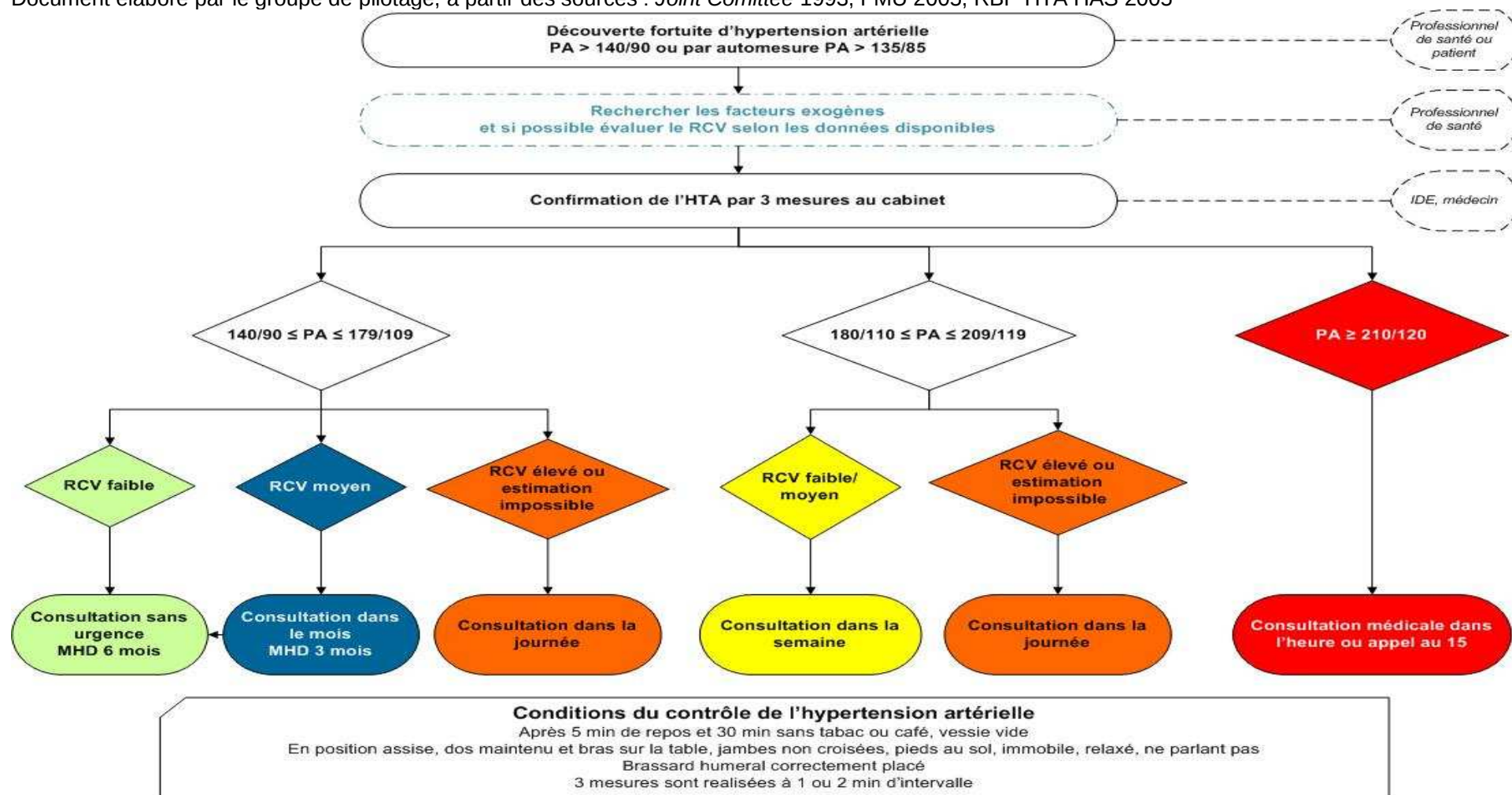
- au patient (usage de tabac ou café dans les minutes qui précèdent la lecture, pas de temps de repos avant la mesure, position du patient, etc.) ;
- au matériel utilisé (calibrage, positionnement) et à la technique employée (valeurs arrondies, brassard trop petit ou placé sur les vêtements, etc.).

Le PECH recommande d'utiliser une technique standardisée pour la mesure de la PA. Afin d'ajouter à la fiabilité de la mesure, il faut prendre les précautions suivantes :

- attendre au moins une minute entre deux lectures ;
- réviser la technique de mesure périodiquement ;
- utiliser un brassard dont la largeur convient à la circonférence du bras du patient (les repères apposés sur les brassards guident le choix de la taille et son bon positionnement) ;
- utiliser des appareils en bon état de fonctionnement et les calibrer sur une base régulière ;
- procéder régulièrement à une inspection rapide de l'appareil (vérifier la tubulure et la vessie pour les fissures, et la poire et la valve pour les fuites) ;
- remplacer progressivement les appareils au mercure par des appareils anéroïdes ou électroniques recommandés.

Annexe 7. Schéma des délais d'intervention médicale lors de la découverte d'une PA élevée

Document élaboré par le groupe de pilotage, à partir des sources : *Joint Comittee* 1993, FMU 2005, RBP HTA HAS 2005*



* Les HTA de stades 3 et 4 ne sont considérées comme isolées qu'en l'absence de rétinopathie (stades II, III) au FO. Dans ce cas, elles ne nécessitent pas de traitement en urgence mais un contrôle dans l'heure et une consultation dont le délai devait être rapproché : dans la semaine pour un stade 3 et dans la journée pour un stade 4. En présence de signes de rétinopathie, l'HTA doit être considérée comme une HTA avec retentissement clinique, c'est-à-dire nécessitant une hospitalisation et un traitement immédiat.

Annexe 8. Actualisation des connaissances, *reminders* : découverte fortuite d'une pression artérielle élevée par un professionnel de santé

Groupe pluriprofessionnel de pilotage 2008-2009

1. La pression artérielle doit être mesurée en cabinet et l'HTA confirmée par 2 mesures par consultation au cours de 3 consultations successives sur une période de 3 à 6 mois.
2. L'hypertension artérielle est confirmée lorsque en cabinet PAS > 140 et PAD > 90, mais en auto-contrôle PAS > 135 et PAD > 85.
3. La cible PA chez le diabétique et l'insuffisant rénal est de PAS 130 PAD 80.
4. À partir de 80 ans, la PAS cible est de 150 mmHg.
5. Une HTA > 180/110 doit être confirmée et amène à rechercher les signes de souffrance viscérale en particulier par un fond d'œil.
6. En l'absence de rétinopathie (stades II, III) au FO, l'HTA sévère (stade 3) est considérée comme isolée ; ne nécessite pas de traitement en urgence mais un contrôle tensionnel dans l'heure, une consultation médicale dans la semaine en cas de RCV moyen, dans la journée si RCV élevé ou d'estimation impossible.
7. En présence de signes de rétinopathie, nécessité d'hospitalisation et d'un traitement immédiat.
8. La baisse de la PA en urgence doit se faire sous surveillance médicale hospitalière (pas de nifépidine par voie orale ni sublinguale).
9. Souffrance viscérale : AVC, insuffisance cardiaque congestive, cardiopathie ischémique, dissection aortique, éclampsie.
10. La pré-éclampsie sévère : PAS sup à 160 et PAD sup à 110 en cours de grossesse, est une urgence hypertensive.
11. FO : œdème papillaire, hémorragie, exsudats rétiens signent la gravité et une prise en charge aux urgences hospitalières.
12. L'urgence hypertensive met en jeu le pronostic vital, à très court terme.
13. Examens complémentaires requis : estimation débit de filtration glomérulaire, kaliémie sans garrot, bandelette urinaire, glycémie, chol total, HDL, LDL, triglycérides et ECG de repos.
14. HTA toxiques régisse, ecstasy, amphétamines, cocaïne.
15. OH : consommation excessive d'alcool : homme > 3 unités/j, femmes > 2 unités/j sans pause hebdomadaire.
16. En cas de surpoids $25 < \text{IMC} < 30$ ou d'obésité $\text{IMC} > 30$ la cible est une perte de poids de 10 pour cent.
17. Surpoids entre 25 et 30 : obésité au-dessus, Alimentation variée type régime méditerranéen recommandée, avec perte de poids entre 5 et 10 % en cas d'obésité.
18. La cible LDL varie selon le risque cardio-vasculaire global, en dessous de 1,6 g/l, il s'abaisse en fonction des facteurs de risque associés.
19. Le diabète est un risque vasculaire majeur. La cible LDL se situe autour de 1 g/l.
20. En cas de prévention secondaire (ou de diabète) la cible LDL se situe autour de 1 g/l.
21. HTA iatrogène : AINS, contraception orale, corticoïdes, ciclosporine, tacrolimus, vasoconstricteurs nasaux.
22. Étiologies d'HTA à rechercher chez les jeunes : sténose artère rénale, phéochromocytome, hyperaldostérionisme primaire, coarctation aorte.
23. L'apnée du sommeil, étiologie curable de l'HTA, est à rechercher systématiquement.
24. Consommation de sel recommandée inférieure à 6 g/j soit une cuillère à thé = 5 ml.
25. Le but de l'éducation thérapeutique est d'atteindre les objectifs fixés par le patient avec les PS et le plus proche possible des recommandations.
26. La diététique est à personnaliser en fonction des préférences patients, la référence étant la pyramide du régime type méditerranéen.
27. Si l'IMC est supérieur à 25, une perte de poids de 5 pour cent est suffisante pour diminuer le RCV.
28. Activité physique recommandée entre 30 et 60 min/j 3 fois/semaine en plus des activités de la vie courante. Le type est à adapter selon le patient. Gain attendu : PAS – 5 mm ; PAD - 3,7 mm.
29. Le tabagisme est un facteur de risque majeur, dont l'arrêt est à négocier prioritairement.
30. L'éducation thérapeutique repose sur 4 objectifs à négocier dans le temps avec le patient : se connaître soi-même, avoir confiance en soi, prendre des décisions, résoudre un problème.

Annexe 9. Actualisation des connaissances, *reminders* : gestion quotidienne des AVK

Groupe pluriprofessionnel de pilotage 2008-2009

1. Avant d'instaurer un traitement par AVK, il faut s'enquérir du risque psychosocial et des fonctions cognitives du patient et/ou de la personne référente.
2. Avant d'instaurer un traitement par AVK, il faut contrôler l'état hépatique et l'absence d'intolérance au gluten ou d'hypersensibilité à la molécule prescrite.
3. Galactosémie, syndrome de malabsorption du glucose et du glucagon ou de déficit en lactase sont des CI aux AVK en raison de l'excipient qui contient du lactose.
4. Avant d'instaurer un traitement par AVK, il faut faire un bilan sanguin, en particulier l'INR de référence.
5. Risque hémorragique accru en cas d'insuffisance hépatique ou rénale, de cancers ou d'antécédents d'hémorragies gastro-intestinales.
6. L'INR ou *Index Normalized Ratio* est le seul test biologique de surveillance de la prise d'anti vitamines K.
7. L'INR cible varie en fonction de l'indication thérapeutique, habituellement entre 2 et 3, voire entre 3 et 4,5, et en fonction de l'âge du patient.
8. La mise en route d'un traitement AVK se fait en dose unique le soir, sans dose de charge, chez le sujet âgé par demi-dose.
9. Quand la dose cible de l'INR est atteinte, l'espacement recommandé entre 2 contrôles successifs de l'INR est de 3 à 4 semaines (acoumarol plutôt 21 jours que 28 jours).
10. Les autocontrôles permettent de raccourcir l'espacement à 2 semaines maximum afin d'améliorer la stabilisation de l'INR.
11. L'adaptation posologique nécessite un contrôle INR tous les 2 à 4 jours, jusqu'à stabilisation et atteinte INR cible à 2 contrôles successifs, il est préférable de faire toujours les contrôles dans le même laboratoire.
12. Rapprocher les contrôles INR en cas d'infection virale ou microbienne ou de traitement antibiotique (par d'augmentation de l'effet des anticoagulants), et en cas de saignement.
13. Un surdosage en AVK expose au risque d'hémorragie dont les signes d'alerte sont gingivorragie, épistaxis, augmentation du flux menstruel.
14. Le sous-dosage en AVK expose au risque de thrombose, à l'origine de la prescription.
15. Les aliments riches en vitamine K, choux, brocolis, choucroute, épinards, ne sont pas contre-indiqués mais doivent être consommés régulièrement et sans excès.
16. Un sous-dosage en AVK expose au risque de thrombose, pour lequel l'AVK a été prescrit.
17. Les contre-indications formelles sont l'hypersensibilité à une molécule (dérivés coumariniques ou indanione,) ou à un excipient, et une insuffisance hépatique sévère.
18. ASSOCIATIONS CONTRE-INDIQUÉES : acide acétylsalicylique, miconazole, AINS pyrazolés, millepertuis.
19. L'indanedione est contre-indiquée en cas d'intolérance au gluten et en cas d'allaitement.
20. La liste des précautions d'emploi est longue et nécessite de vérifier les associations une par une, cf. fiches Vidal.
21. Grossesse : la mise sous AVK est contre-indiquée sauf exceptionnellement sur avis spécialisé au cours du deuxième trimestre.
22. La warfarine est la molécule de référence en raison de sa bonne tolérance et du rapport bénéfices-risques supérieur aux autres molécules. C'est la plus utilisée aux États-Unis et en Europe, laissée en option en raison des difficultés à changer une primoprescription antérieure.

Annexe 10. Fiche de suivi de la découverte d'une PA élevée par un PS

Groupe pluriprofessionnel de pilotage 2008-2009

HTA : découverte fortuite par un PS	Code couleur	Calcul automatique	Menu déroulant	Remplissage manuel	Urgence ou risque majeur
IDENTITÉ DU PATIENT					
Maison de santé :				NOM du médecin traitant	
Région				Téléphone	
Code du patient					
Coordonnées actualisées du patient ?				NOM d'un autre professionnel de santé référent	
Taille (en mètre ; ex. : 1,75)				Sa spécialité	
poids (en kg)				Téléphone	
Antécédents familiaux					
Antécédents personnels				NOM d'un autre professionnel de santé référent	
Difficultés psychosociales				Sa spécialité	
Âge				Téléphone	
Sexe					

Evaluation des risques - Antécédents - Facteurs exogènes- Iatrogénie

SURPOIDS (IMC > 25)		Stupéfiants dont cocaïne	
TABAGISME		Consommation excessive d'alcool	
STRESS		Régulise	
EXERCICE PHYSIQUE (3 x 30 min / sem)		Stéroïdes, AINS	
DIABÈTE		Contraceptifs oraux et hormones sexuelles	
INSUFFISANCE RÉNALE		Vasopresseurs	
DYSLIPIDÉMIE		IMAO, milodrine, EPO	
DÉSÉQUILIBRE HYGIÉNO-DIÉTÉTIQUE		cyclosporine, tacrolimus	
GROSSESSE		Apnée du sommeil	
		Consommation de sel > 6 g /j	

PRESSIION ARTÉRIELLE	1 ^{re} mesure	2 ^e mesure	3 ^e mesure	Moyenne des 3 mesures
Date (Exemple : 01/05/08)				
Intervenants				
PAS				
PAD				

STRATÉGIE DE PRISE EN CHARGE dans le temps					
Date (Exemple : 01/05/08)					
Intervenants					
Confirmation de l'HTA par PS					
Suivi diététique					
Consultation sevrage tabagique					
ECG					
Examens biologiques complémentaires					
FO					
Orientation vers un autre professionnel de santé					
Délai de consultation médicale					

ESTIMATION RCV en fonction données accessibles	
Données inaccessibles, RCV inconnu	
Tabagisme	
Antécédents familiaux d'accident cardio-vasculaire précoce	
Diabète (diabète traité ou non traité)	
Dyslipidémie	
RCV	RISQUE INCONNU

URGENCE HYPERTENSIVE souffrance viscérale	
pâleur	
douleur abdominale, céphalées majeures	
dyspnée	
vertiges	
nausées, vomissements	
troubles conscience	
troubles vision	
paresthésies	

DÉLAI de consultation médicale en fonction des chiffres tensionnels et du RCV	PAS 140-159 / PAD 90-99: HTA légère	PAS 160-179 / PAD 100-109 HTA modérée	PAS 180-209 / PAD 110-119 HTA sévère	PA > 210 / 120 HTA très sévère
Si 0 FDR	RCV faible MHD 6 mois Consultation chez le MG programmée sans urgence	RCV moyen MHD 3 mois Consultation chez le MG programmée sans urgence	Appel MG pour consultation dans la semaine	Intervention médicale immédiate OU appel au 15
Si 1 ou 2 FDR	RCV moyen Consultation chez le MG dans le mois	RCV moyen Consultation chez le MG dans le mois	Appel MG pour consultation dans la semaine	Intervention médicale immédiate appel au 15
Si 3 FDR et/ou diabète et/ou maladies cardio-vasculaires / rénales	RCV élevé Appel MG pour consultation dans la journée	RCV élevé Appel MG pour consultation dans la journée	Appel MG pour consultation dans la journée	Intervention médicale immédiate appel au 15
	Normal ou sans urgence	Risque moyen	Urgence ou risque majeur	

Annexe 11. Fiche de suivi des A.V.K.

FICHE DE SUIVI A.V.K.		PRISE EN MAIN		Date du jour 08/12/2011
CODE COULEUR	Texte libre	Ne pas toucher	Liste de choix	Changement molécule
IDENTITÉ DU PATIENT				
Maison de santé				
Région				
Coordonnées actualisées du patient ? TEL		Code du patient		
		Sexe		
Date de naissance	JJ	MM	AAAA	Âge :
LES RÉFÉRENTS (PROFESSIONNELS DE SANTÉ & PROCHES DU PATIENT)				
NOM du médecin traitant				
Son téléphone				
NOM d'un autre professionnel de santé référent				
Sa spécialité				
Téléphone				
NOM d'un autre médecin référent				
Téléphone				
NOM d'une personne référente				
Son téléphone				
GESTION DES RISQUES : Vérifier l'absence de contre-indications absolues ou relatives				
<i>résultat post investigation</i>				
Grossesse				
Risque /antéc2dent hémorragique				
Insuffisance hépatique sévère				
Galactosémie congénitale				
Insuffisance rénale sévère				
Associations médicamenteuses				
Niveau de compréhension du patient ou du référent				
Risque psychosocial				
<i>Examens complémentaires</i>				
NFS				
INR de référence				
SGOT				
SGPT				
clearance créatinine				
INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES & TRANSITOIRES				
Indications thérapeutiques		OUI / NON		
Episode thromboembolique veineux/Phlébite				
Embolie pulmonaire				
Indications thérapeutiques		OUI / NON		
Valve cardiaque bioprothèse				
Valve cardiaque mécanique				
Indications thérapeutiques		OUI / NON		
Pathologie cardiaque				
Arythmie par fibrillation auriculaire				
Indication thérapeutique		OUI / NON		
Troubles de la coagulation				
Si indication transitoire, jusqu'à la date du :				
JJ	MM	AAAA	Nbre de JJ restant	Informations/rappels
			#####	#VALEUR!
		INR Cible min		INR Cible max
CONSULTATION D'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE				
	1 ^{er} ETP	2 ^e ETP	3 ^e ETP	4 ^e ETP
Date (JJ/MM/AAAA)				
Intervenants				
Étapes en cours				

SUIVI INR MODIFICATIONS DU TRAITEMENT	1 ^{er} bilan	2 ^e bilan	3 ^e bilan	4 ^e bilan	5 ^e bilan
DATE INR RÉALISÉE Date (JJ/MM/AAAA)					
Intervenant qui modifie la dose					
Intervenant qui appelle le patient					
Résultat INR	6	3			
DCI et SPÉCIALITÉ					
Justification (Pour passer à la ligne, faire ALT ENTREE)					
POSOLOGIE INITIALE ex. :1,25					
Justification					
POSOLOGIE MODIFIÉE ex. :1,50					
Justification, dont VIT K					
DATE PRÉVISIONNELLE INR RYTHME regulier à 14 JOURS					
RYTHME INR EXCEPTIONNEL en jours(1, 3, 7, 21, 28)					
DATE INR EXCEPTIONNEL DÉMARRAGE TTT ou autre					
Justification (Pour passer à la ligne, faire ALT ENTREE)					
INTERACTIONS ALIMENTAIRES & MÉDICAMENTEUSES OU ÉVÉNEMENTIELLES					
DATE (JJ/MM/AAAA)					
Commentaires (Pour passer à la ligne, faire ALT ENTRÉE)					
FACTEURS ALIMENTAIRES					
DATE (JJ/MM/AAAA)					
Commentaires (Pour passer à la ligne, faire ALT ENTRÉE)					
MÉDICAMENTS À RISQUE					
DATE (JJ/MM/AAAA)					
Commentaires (Pour passer à la ligne, faire ALT ENTRÉE)					
ÉVÉNEMENT À RISQUES					

ALERTES COLORÉES	BLANC	Hors zone thérapeutique attendue	VERT	Zone thérapeutique attendue	ROUGE	Zone thérapeutique à risque majeur
------------------	-------	----------------------------------	------	-----------------------------	-------	------------------------------------

Participants à la rédaction du guide pratique

Auteurs

- Dr Claudie Locquet, chef de projet du service des bonnes pratiques professionnelles.
- Mlle Gersende Georg, chef de projet du service des bonnes pratiques professionnelles.

Groupe de lecture

Membres du groupe pluriprofessionnel d'élaboration de protocoles pluridisciplinaires de soins de santé primaire 2008-10

M. 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
M. 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

M. 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, Besançon

Relecteurs du service des bonnes pratiques professionnelles HAS

Dr Muriel Dhenain, Dr Valérie Lindecker.

Remerciements

La HAS tient à remercier l'ensemble des membres cités ci-dessus ainsi que les personnes dont les 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 des bonnes pratiques professionnelles, pour son soutien tout au long du projet.

Fiche descriptive

Titre	Protocoles pluriprofessionnels des soins de premier recours (PPSPR)
Type de document	Guide pratique d'élaboration.
Date de mise en ligne	Uniquement disponible sous format électronique www.has-sante.fr .
Objectif(s)	Élaborer un protocole pluriprofessionnel de soins de premier recours.
Professionnels(s) concerné(s)	Professionnels de santé exerçant en mode ambulatoire coordonné (maisons, pôles, centres de santé, autres).
Demandeur	Autosaisine.
Promoteur	Haute Autorité de Santé.
Financement	Fonds publics.
Pilotage du projet	Coordination : Dr Michel Laurence, chef du service des bonnes pratiques professionnelles, et Dr Rémy Bataillon, chef du service d'évaluation et d'amélioration des pratiques. Secrétariat : Mme Catherine Solomon. Recherche documentaire : Mme Emmanuelle Blondet.
Participants	Membres des fédérations française des maisons et pôles de santé et Fédération nationale des centres de santé, cf. liste des participants.
Conflits d'intérêts	Absence de conflits d'intérêts.
Recherche documentaire	La recherche documentaire a porté sur l'identification de guides de bonnes pratiques ou guides méthodologiques sur l'élaboration de protocole de soins pluridisciplinaires en soins primaires.
Auteurs	Dr Claudie Locquet, et Mlle Gersende Georg, chefs de projet du service des bonnes pratiques professionnelles.
Validation	Avis favorable de la commission amélioration des pratiques et de la sécurité des patients en octobre 2011. Validation par le Collège de la HAS en novembre 2011.
Actualisation	L'actualisation de ce guide pratique sera réalisée en fonction des nouvelles données et des besoins identifiés depuis la publication de ce guide.
Autres formats	Fiche méthodologique : Principes d'élaboration, téléchargeable gratuitement sur www.has-sante.fr .