



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

GUIDE PRATIQUE D'ÉLABORATION

# **Protocoles pluriprofessionnels des soins de premier recours**

*Exemple gestion quotidienne des AVK*

Novembre 2011

## Sommaire

<b>1</b>	<b>Identification du thème du PPSPR .....</b>	<b>3</b>
1.1	Problème identifié	3
1.2	Questions formulées par les professionnels	3
1.3	Objectifs du PPSPR	3
<b>2</b>	<b>Questions retenues par l'équipe.....</b>	<b>3</b>
2.1	Interventions en santé concernées et coordination de la prise en charge	4
2.2	Coordination de la prise en charge	4
2.3	Populations concernées	4
<b>3</b>	<b>Réponses documentées.....</b>	<b>5</b>
3.1	Constitution d'un groupe de travail	5
3.2	Recherche documentaire pluriprofessionnelle	5
3.3	Réponses documentées retenues	6
3.4	Synthèse documentaire dans un tableau	6
<b>4</b>	<b>Rédaction des messages clés et gradation .....</b>	<b>6</b>
<b>5</b>	<b>Structuration du protocole pluriprofessionnel de soins de premier recours.....</b>	<b>7</b>
5.1	Les critères du suivi pluriprofessionnel sont spécifiques au thème du PPSPR	7
5.2	La structuration d'un PPSPR repose sur des rubriques	8
5.3	Aide-mémoire pour les professionnels de santé	8
5.4	Création ou adaptation d'outils pour les patients	8
5.5	Mise au format informatique des messages clés	8
<b>6</b>	<b>Suivi dynamique et mesure d'impact .....</b>	<b>9</b>
6.1	Veille bibliographique	9
6.2	Certains indicateurs de suivi conçus dès l'élaboration du PPSPR	9
6.3	Des mesures d'impact local de la mise en œuvre du PPSPR	9

La Has a accompagné pendant 2 ans (2008-10) un groupe pluriprofessionnel de travail coopératif dans l'élaboration de 7 thèmes, dont la gestion quotidienne des AVK, consultables sur les sites des fédérations française des maisons et pôles de santé<sup>1</sup> et de la fédération nationale des centres de santé<sup>2</sup>.

## 1 Identification du thème du PPSPR

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

### 1.1 Problème identifié

#### 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** ?

### 1.2 Questions formulées par les professionnels

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

#### 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 ?

### 1.3 Objectifs du PPSPR

#### 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.**

## 2 Questions retenues par l'équipe

---

<sup>1</sup> <http://www.ffmps.fr>;

<sup>2</sup> <http://www.fnccs.org> ou [www.lescentresdesante.com](http://www.lescentresdesante.com).

### 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 ?

## 2.1 Interventions en santé concernées et coordination de la prise en charge

### 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.

## 2.2 Coordination de la prise en charge

Exemple provenant d'un centre de santé ayant mis ce PPSPR 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.

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.

## 2.3 Populations concernées

- 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 ?

Les réponses à ces questions permettent de catégoriser les patients afin de faciliter la recherche documentaire.

Un PPSPR a vocation à inclure tous les patients, *a fortiori* complexes.

#### 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.

## 3 Réponses documentées

### 3.1 Constitution d'un groupe de travail

### 3.2 Recherche documentaire pluriprofessionnelle

La recherche de références professionnelles de type « médecine fondée sur la preuve » vise à répondre aux questions des professionnels de santé (annexe 3). Ce sont les sources documentaires.

Elle porte prioritairement sur :

**Recommandations, articles, protocoles existants :**

#### 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<sup>e</sup> 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.

### Collecte et analyse des outils existants

#### 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 Cespharm.
- 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, *check-list* 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.

### 3.3 Réponses documentées retenues

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

#### 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.

### 3.4 Synthèse documentaire dans un tableau

Ce tableau permet de visualiser en parallèle les recommandations des RBP sources et les messages clés dérivés. Ces réponses documentées sont reportées dans un tableau récapitulatif (Document annexe, p9, tableau 2).

## 4 Rédaction des messages clés et gradation

#### 13 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.

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 de référence**, est un **prérequis** à la mise en route des AVK.
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.
6. La **warfarine (coumadine®)** est la **molécule de référence** recommandée. **O**
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 habituellement 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 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.

## 5 Structuration du protocole pluriprofessionnel de soins de premier recours

L'exploitation des messages clés permet de structurer un PPSPR en rubriques de critères du suivi pluriprofessionnel et en supports d'actualisation des connaissances des professionnels.

### 5.1 Les critères du suivi pluriprofessionnel sont spécifiques au thème du PPSPR

#### 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.

## 5.2 La structuration d'un PPSPR repose sur des rubriques

## 5.3 Aide-mémoire pour les professionnels de santé

### 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.

## 5.4 Création ou adaptation d'outils pour les patients

### Outils d'information patients et d'éducation thérapeutique gestion quotidienne des AVK

#### 4 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** ».

## 5.5 Mise au format informatique des messages clés

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 : 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.

## 6 Suivi dynamique et mesure d'impact

### 6.1 Veille bibliographique

### 6.2 Certains indicateurs de suivi conçus dès l'élaboration du PPSPR

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.

#### Indicateurs : gestion quotidienne des AVK

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

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

Exemple de St A :

#### Impact PPSPR : gestion quotidienne des AVK

- Tracer les événements indésirables.
- Accidents AVK : 16 % à St A > 12,7 % EMIR 2007.
- Tenue d'un registre qui nécessite un système d'information adapté.