



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

GUIDE PRATIQUE D'ÉLABORATION

Protocoles pluriprofessionnels des soins de premier recours

*Exemples concernant les étapes d'élaboration
HTA en encadrés orange
AVK en encadrés verts*

Novembre 2011

Sommaire

1	Identification du thème du PPSPR	3
1.1	Problème identifié	3
1.2	Questions formulées par les professionnels	3
1.3	Objectif du PPSPR	4
2	Questions pluriprofessionnelles retenues.....	4
2.1	Interventions en santé concernées et coordination de la prise en charge	5
2.2	Coordination de la prise en charge	5
2.3	Populations concernées	6
3	Réponses documentées.....	6
3.1	Groupe de travail	6
3.2	Recherche documentaire pluriprofessionnelle	6
3.3	Réponses documentées retenues	8
3.4	Synthèse documentaire dans un tableau	8
4	Rédaction des messages clés gradés.....	9
5	Structuration du protocole pluriprofessionnel de soins de premier recours.....	10
5.1	Les critères du suivi pluriprofessionnel sont spécifiques au thème du PPSPR	10
5.2	La structuration repose sur des rubriques	10
5.3	Aide-mémoire pour les professionnels de santé	10
5.4	Création ou adaptation d'outils pour les patients	11
5.5	Mise au format informatique des messages clés	12
6	Suivi dynamique et mesures d'impacts	12
6.1	Veille bibliographique	12
6.2	Certains indicateurs de suivi conçus dès l'élaboration du PPSPR	12
6.3	Des mesures d'impact local de la mise en œuvre du PPSPR	12

1 Identification du thème du PPSPR

1.1 Problème identifié

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** ?

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 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 ?

1.3 Objectif du PPSPR

**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.

2 Questions pluriprofessionnelles retenues

**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 ?

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

Interventions en santé concernées

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.

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.

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.

2.3 Populations concernées

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 Groupe de travail

pas d'exemple

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. 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 :**
 - o Prise en charge des patients adultes atteints d'hypertension artérielle essentielle : actualisation RBP HAS (1999), juillet 2005 et synthèse.
 - o Actualisation de la 4^e CC en médecine d'urgence : L'HTA au service d'accueil et d'urgences 2005.
 - o *Joint National Committee V* 1993 : délais d'intervention en rapport avec l'ancienne classification en 4 stades.
 - o *NHS management of hypertension in adults in primary care; review nov 2009.*
- **Articles :**
 - o BEH 16/12/2008 : Surveillance de l'hypertension artérielle en France : éditorial, Pr J Ménard.
 - o 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.
 - o Revue Prescrire : Poussée hypertensive : l'urgence n'est pas de baisser la pression artérielle. Fév 2003, 326 : 129-30.
 - o Revue Prescrire : Préhypertension artérielle, un concept utile aux marchands, pas aux patients. Déc. 2006 ; 278 :843-44.
 - o 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 récives. 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, *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 :
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.

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 (liens vers Annexes tableaux 1).

Sans exemple

4 Rédaction des messages clés gradés

**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 nifépidine par voie orale ni sublinguale. **RN**

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. **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 < 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**

5 Structuration du protocole pluriprofessionnel de soins de premier recours

5.1 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.

5.2 La structuration repose sur des rubriques

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

Commentaire [c1] : lien annexe 10

5.3 Aide-mémoire pour les professionnels de santé

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

Commentaire [c2] : lien annexe 7

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.

5.4 Création ou adaptation d'outils pour les patients

**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 thérapeutique s
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

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.

6 Suivi dynamique et mesures d'impacts

6.1 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.).

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 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

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.