

UNIVERSITÉ DE NANTES

FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 2018

N° 2018.206

THÈSE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

D.E.S. DE MÉDECINE GÉNÉRALE

par

Morgan Pinsard

née le 24/07/1991 à Rennes

Présentée et soutenue publiquement le 12 novembre 2018

TITRE DE LA THÈSE

Protocoles pluriprofessionnels de soins et délégation de tâches : perception
par les médecins généralistes et IDE d'une maison de santé
pluriprofessionnelle à partir du « protocole AVK »

Président du jury : Pr Rémy Senand

Directeur de thèse : Dr Daniel Prin

Membre du jury : Pr Jean-Noël Trochu

Membre du jury : Pr Jacques Barrier

ABRÉVIATIONS

ACFA	: Arythmie Complète par Fibrillation Atriale
ACI	: Accord Conventionnel Interprofessionnel
AFSSAPS	: Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé
ANSM	: Agence Nationale de Sécurité du Médicament
ANAES	: Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé
ARS	: Agence Régionale de Santé
ASALEE	: Action de Santé Libérale En Equipe
AVK	: Anti Vitamine K
CREDES	: Centre de Recherche, d'Etude et de Documentation en Economie de la Santé
DREES	: Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
EBS	: Evidence Based Medicine
EHPAD	: Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
EIG	: Evènement Indésirable Grave
ENEIS	: Enquête Nationale sur les Evènements Indésirables Liés aux Soins
FFMPS	: Fédération Française des Maisons et Pôles de Santé
FHN	: Family Health Network
FINES	: Fichier National des Etablissements Sanitaires et Sociaux
FNCS	: Fédération Nationale des Centres de Santé
GMF	: Groupe de Médecine de Famille
HAD	: Hospitalisation A Domicile
HAS	: Haute Autorité de Santé
HSPT	: Hôpital Santé Patient Territoire
IDE	: Infirmier Diplômé d'Etat
INR	: International Normalized Ratio
IPA	: Infirmière de Pratique Avancée
MSP	: Maison de Santé Pluriprofessionnelle
MTEV	: Maladie ThromboEmbolique Veineuse
NACO	: Nouveaux AntiCoagulants Oraux
NHS	: National Health Service
NMR	: Nouveaux Modes de Rémunération
ORS	: Observatoire Régional de la Santé
PCT	: Primary Care Trust
PPSPR	: Protocoles Pluridisciplinaires de Soins de Premier Recours
SISA	: Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Rémy Senand,

Merci de me faire l'honneur d'être le président de mon jury. Merci pour vos précieux conseils, merci pour votre écoute et votre disponibilité.

A Monsieur le Docteur Daniel Prin,

Merci de m'avoir proposé d'être mon directeur de thèse, merci pour le plaisir et la simplicité de travailler avec toi, merci pour ton accompagnement, ton soutien, ton encouragement.

A Monsieur le Professeur Jean-Noël Trochu et Monsieur le Professeur Jacques Barrier,

Merci d'avoir accepté de faire partie du jury et d'y apporter votre expertise.

A Madame Valérie Cadoret,

Merci pour ton long et minutieux travail de relecture, merci pour ton aide, merci pour l'intérêt que tu as porté à ce travail, merci de tout ce que tu as pu apporter.

A mes sœurs,

Pour leur soutien sans faille, leur admiration, leur bonne humeur, leur gentillesse, leur amour.

A ma famille,

A mes amis rennais,

A tous ceux rencontrés à Nantes,

Aux médecins que j'ai croisés tout au long de l'internat, à ceux qui ont marqué mon parcours.

Parmi ces médecins, je remercie tout particulièrement le Docteur Sabine Peillon, qui m'a appris une si belle médecine, qui m'a enseigné l'humanité, qui a fait naître en moi un intérêt grandissant pour les soins palliatifs, qui a été un exemple de douceur et de bienveillance.

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.

TABLE DES MATIÈRES

1. INTRODUCTION.....	6
1.1. Les protocoles pluridisciplinaires de soins en premier recours	6
1.1.1. Généralités.....	6
1.1.2. Intérêts et bénéfices des PPSPR.....	7
1.1.3. Freins à l'emploi des PPSPR.....	8
1.1.4. Comment élaborer un protocole de soins ?.....	9
1.2. Le protocole AVK de la MSP Laennec à St Nazaire.....	10
1.2.1. Enjeux de ce protocole	10
1.2.2. Mise en place du protocole (élaboration et diffusion)	11
1.2.3. Description du protocole.....	11
1.3. Objectif du travail.....	12
 2. MATÉRIELS ET MÉTHODES	13
2.1. Méthodologie	13
2.2. Le guide d'entretien	14
2.3. Les participants.....	14
2.4. L'animateur du focus group.....	14
2.5. Le déroulement du focus group	14
2.5. Retranscription	15
2.6. Analyse.....	15
 3. RÉSULTATS	16
3.1. Caractéristiques socio-professionnelles des participants.....	16
3.2. Déroulé du focus group	17
3.3. Analyse de l'entretien.....	17
3.3.1. La diffusion.....	17
3.3.2. L'utilisation	19
3.3.3. Freins à l'application du protocole	20
3.3.4. Bénéfices à l'emploi du protocole AVK	21
3.3.5. Les améliorations	26
 4. DISCUSSION	27
4.1. La méthodologie	27
4.1.1. Les intérêts.....	27
4.1.2. Les limites.....	27

4.2. Les résultats.....	28
4.2.1. Les participants au focus group	28
4.2.2. Limites des résultats	29
4.3. Quels sont les freins des médecins généralistes à l'application des recommandations de bonne pratique ?	30
4.4. La collaboration interprofessionnelle.....	33
4.4.1. Généralités.....	33
4.4.2. Intérêts.....	34
4.4.3. Obstacles	34
4.4.4. Intérêt de la collaboration interprofessionnelle dans le suivi de l'équilibre des AVK.....	35
4.5. L'organisation des soins primaires à l'étranger.....	36
4.5.1. Organisation des soins primaires au Royaume-Uni	36
4.5.2. Les pays scandinaves	37
4.5.3. Au Canada (Québec et Ontario)	37
4.5.4. Autres pays européens.....	38
4.5.5. Délégation de tâches à l'international	38
4.6. Expérimentations et délégation de tâches en France.....	39
4.6.1. Généralités.....	39
4.6.2. Expérimentations françaises	40
4.6.3. Les freins à la délégation de tâches ressentis par les médecins généralistes	42
4.6.4. L'infirmière en pratique avancée.....	43
5. CONCLUSION	45
6. ANNEXES	46
7. BIBLIOGRAPHIE.....	77

1. INTRODUCTION

1.1. Les protocoles pluridisciplinaires de soins en premier recours

1.1.1. Généralités

La FFMPs a été créée en 2008, un de ses buts était d'améliorer le travail en équipe de soins primaires, en donnant une grande importance aux protocoles pluriprofessionnels et non plus monodisciplinaires. (2)

7 protocoles ont ainsi été développés entre 2008 et 2010 par l'HAS et des représentants de la FFMPs, et sont disponibles sur les sites de la FFMPs et de la FNCS (Fédération Nationale des Centres de santé) ; ils concernent les AVK, la bronchiolite, la couverture vaccinale, le diabète de type 2, la lombalgie commune, la prise en charge des plaies chroniques, l'HTA, l'amélioration du suivi et l'autonomisation du patient. (3, 4)

Depuis septembre 2010, les professionnels de santé ont la possibilité de rédiger des protocoles de coopération pluriprofessionnels qui rentrent dans le cadre de l'article 51 de la loi HPST (Hôpital Santé Patient Territoire) (5).

Ils sont élaborés conjointement par les médecins et les paramédicaux, et concernent des pathologies fréquentes ou des problèmes fréquemment rencontrés. Ils doivent répondre à un besoin de santé régional.

Ils définissent les rôles de chaque professionnel de santé (médecin, IDE, kinésithérapeute, pharmacien, biologiste...), permettent une bonne coordination des soins, afin que les différents acteurs de santé apportent la même réponse au patient sur un problème fréquent. (6, 15)

Ils permettent également une diffusion de messages d'information thérapeutique au patient.

Le Ministère de la Santé a fixé la liste des orientations nationales du développement professionnel continu des professionnels de santé pour les années 2016 à 2018 dans l'arrêté du 8 décembre 2015 publié au Journal Officiel.

Un des rôles des médecins généralistes des MSP (Maison de Santé Pluridisciplinaire) fixé par le Ministère de la Santé est de renforcer le travail en équipe en organisant des réunions de concertation pluriprofessionnelle et en favorisant l'élaboration de protocoles de soins pluriprofessionnels. (7)

Le médecin généraliste doit s'assurer de la coordination des soins nécessaires à ses patients, doit veiller à l'application individualisée des protocoles et recommandations pour les affections nécessitant des soins prolongés et contribuer au suivi des maladies chroniques. (8)

Selon l'article L. 4311-2 du Code de la Santé Publique modifié par la loi HPST, les infirmiers peuvent « contribuer à la mise en œuvre des traitements en participant à la surveillance clinique et à l'application des prescriptions médicales contenues, le cas échéant, dans des protocoles établis à l'initiative du ou des médecins prescripteurs ». (9)

Les protocoles s'appuient sur l'expérience et les compétences des différents professionnels, prennent en compte les données de la littérature, de l'Evidence Based Medicine. (10, 15)

Ils sont développés au sein des MSP, qui regroupent des professionnels de santé de premier recours d'une même zone géographique pour un exercice coordonné autour d'un projet de santé commun.

En Loire-Atlantique, une MSP se définit au minimum par l'association d'au moins 3 médecins généralistes et un auxiliaire médical (11). Les MSP se développent de façon exponentielle, car elles

favorisent le travail en équipe pluriprofessionnelle et attirent les jeunes médecins qui ne veulent plus travailler de façon isolée. Selon la FFMPS, on dénombre 1100 MSP en France, 73 MSP en Pays de la Loire en 2017, puis 80 MSP en janvier 2018 (11), soit 12% des MSP de France. Il y en a 13 en Loire-Atlantique (12). Il y avait seulement 4 MSP en Pays de la Loire en 2010 (13).

Un travail de recherche sur 147 maisons, pôles ou centres de santé a montré que 66% des MSP utilisent des protocoles formalisés pour le suivi et la prise en charge des maladies chroniques. Les protocoles les plus utilisés sont ceux concernant le suivi du diabète, les protocoles de conduites à tenir (pansements, vaccination, dépistage, AVK, insuline...) et les protocoles de suivi (hypertension artérielle, hépatites...) ou de dépistage. (14)

L'élaboration d'un protocole par une équipe pluriprofessionnelle traduit une volonté partagée d'associer des compétences médicales et sociales pour mieux prendre en charge une situation donnée. Cela s'intègre dans une approche standardisée, coordonnée et pluriprofessionnelle des soins. (6)

Les protocoles doivent être évolutifs, personnalisés par les équipes pluriprofessionnelles, et constamment adaptés à leurs pratiques. (10, 15)

Les PPSPR facilitent la prise de décisions des équipes, permettent d'améliorer le suivi des patients, et ainsi assurent une continuité des soins. (16)

Ils participent à l'information, à l'éducation thérapeutique du patient.

Ces PPSPR permettent donc une collaboration médecin – IDE – patient dans le cadre du parcours de soins coordonnés.

1.1.2. Intérêts et bénéfices des PPSPR

Ces protocoles représentent une grande innovation et sont nécessaires pour plusieurs raisons. (17)

Tout d'abord, l'augmentation du nombre de maladies chroniques et du nombre de patients polypathologiques et polymédiqués, du fait du vieillissement de la population, nécessitent une continuité des soins optimale et mieux organisée en ville.

Ils peuvent permettre de prévenir la désinsertion socioprofessionnelle de certains patients (par exemple ceux présentant des lombalgies chroniques ou un syndrome dépressif), par la collaboration des différents professionnels entre eux. (2)

Les patients sortent dorénavant plus rapidement d'hospitalisation et une prise en charge protocolisée optimale est donc primordiale en ville, afin d'éviter une réhospitalisation précoce, et afin de maintenir le patient à son domicile le plus longtemps.

De plus, il y a une importante nécessité de dégager du temps pour les médecins généralistes, du fait de l'évolution défavorable de la démographie médicale, et pour permettre une utilisation optimale du temps médical.

C'est pourquoi les protocoles donnent la possibilité de déléguer les tâches entre professionnels. Les professionnels de santé paramédicaux acquièrent donc de nouvelles compétences par le biais de formations, et peuvent ainsi effectuer certaines tâches médicales telles que des actes médicotechniques, du suivi de maladies chroniques, des consultations de prévention. (18)

Cela donne un cadre légal à certaines tâches que les infirmiers effectuaient parfois déjà.

Ces partages de compétences permettent donc un partage de connaissance entre professionnels.

Les MSP bénéficiaient depuis 2015 d'une rémunération annuelle par les NMR (Nouveaux Modes de Rémunération) de façon expérimentale et non durable. Faisant suite aux NMR, un texte réglementaire est paru au Journal Officiel de la République Française du 5 août 2017 (19), introduisant l'ACI (Accord Conventionnel Interprofessionnel), permettant un financement pérenne des MSP octroyé par l'ARS (Agence Régionale de Santé), et versé par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie.

Les MSP sont rémunérées si elles réalisent des missions de santé publique. (20, 21)

La rémunération dépend d'une grille de points. Elle varie en fonction de l'atteinte d'indicateurs organisés autour de 3 axes : l'accès aux soins, la qualité et la coordination des soins et l'utilisation d'un système informationnel partagé. L'élaboration d'un PPSPR vaut 100 points, un point valant 7 euros. (22)

Ces protocoles doivent répondre à certains critères. Ils ne peuvent être de simples « conduite à tenir » ou être purement organisationnels. Ils doivent correspondre à une prise en charge pluriprofessionnelle et non à une simple délégation de tâches. Ils doivent suivre les recommandations existantes. (23)

Les patients sous AVK font partis de la liste des « patients complexes » à risque iatrogénique ou dont l'équilibre thérapeutique nécessite une coordination, pris en compte dans l'ACI et justifiant la réalisation d'un PPSPR. (24)

Les réunions imposées par les équipes afin d'élaborer, de modifier, de valider les protocoles sont également rémunérées (1000 points à partir de 6 réunions par an). Cela permet donc un financement pour les professionnels de santé s'investissant dans l'élaboration de ces protocoles. L'ACI permet également de valoriser le travail de coordination et le système d'information. (24)

Les temps de coordination médecins – IDE sont également inclus dans le forfait perçu via l'ACI, puis l'indemnisation individuelle de chaque professionnel est laissée au soin de la MSP. (17)

Par ailleurs, ces prises en charge se voulant optimales, elles diminuent ainsi les dépenses de santé. En effet, plusieurs études, notamment une de l'Institut de Recherche et Documentation en Economie et Santé, ont montré que le travail en équipe pluriprofessionnelle, par exemple via les PPSPR, améliorait l'accessibilité aux soins, ainsi que la qualité des soins. Ce travail était plus efficient dans la mesure où il contribuait à une réduction de la prescription médicamenteuse et diminuait les dépenses de santé. (25)

Les PPSPR sont une aide pour l'éducation thérapeutique, d'où leur importance pour les professionnels de santé et les patients. Il a été montré que l'élaboration d'un PPSPR améliorait l'adhésion aux recommandations de bonnes pratiques, améliorait la qualité de prise en charge des patients, réduisait le risque de survenue d'événements indésirables, améliorait l'organisation des professionnels et enfin réduisait les variations de pratiques entre professionnels. Ces études ont été principalement réalisées à l'hôpital, c'est pourquoi il est nécessaire d'évaluer les protocoles en soins primaires ambulatoires. L'exercice professionnel évolue vers un mode pluriprofessionnel, déjà acquis en milieu hospitalier. (6)

1.1.3. Freins à l'emploi des PPSPR

Les professionnels peuvent tout simplement être en désaccord avec le protocole, ou ne pas le trouver pertinent. (26)

Les professionnels de santé doivent être sensibilisés à ce protocole, doivent ressentir un besoin à titre personnel, afin de pouvoir en tirer un bénéfice.

Le médecin peut présenter des difficultés à formaliser les soins, s'appuyant de préférence sur son expérience et sa connaissance du patient. Il sait quel traitement est efficace chez tel patient, sans que cela ne suive des recommandations. Le bénéfice des protocoles permettant une prise en charge standardisée est donc ici peu perceptible.

Les médecins n'ayant pas participé à l'élaboration du protocole peuvent moins se l'approprier et donc moins l'utiliser. (15)

Pour que les professionnels de santé adoptent le protocole, il doit être simple, facilement applicable et pratique d'utilisation, et rapide. Il doit être bien travaillé et expliqué afin d'être facilement appropriable à tous les autres professionnels.

Un protocole ne doit pas être chronophage et doit être facilement intégré au cours de la consultation, et adapté à la pratique du professionnel.

Certains médecins ne voudront pas forcément réaliser une consultation dédiée uniquement à l'explication du protocole.

Une formation des différents professionnels de santé impliqués est nécessaire pour l'utilisation du protocole, afin que le protocole ne soit pas méconnu ou oublié.

Les professionnels de santé doivent également accepter le partage de tâches et l'autonomisation des IDE. (26)

L'utilisation d'un protocole se fait si le professionnel accepte de modifier ses pratiques professionnelles.

Les autres freins peuvent venir de l'acceptabilité du protocole par le patient, celui-ci peut ne pas vouloir participer de façon active au protocole. (15)

1.1.4. Comment élaborer un protocole de soins ?

Un PPSPR est élaboré en plusieurs étapes.

1. Repérer un problème de santé publique par une équipe pluriprofessionnelle, une situation complexe qui se répète, avec multiples acteurs qui interviennent. Ce besoin de l'équipe peut être identifié lors de la pratique, en réunion de concertation clinique, par retour des patients... Ce problème nécessitant une mutualisation des connaissances. Puis lors d'une réunion d'équipe, exprimer ce problème sous forme de questions précises.
2. Former un groupe de travail composé de plusieurs professionnels afin d'élaborer le protocole, avec une personne coordinatrice.
3. Effectuer une recherche documentaire, bibliographique type Evidence Based Medecine, à partir des recommandations de bonnes pratiques récentes (moins de 5 ans en général), des protocoles déjà existants, des articles de fort niveau de preuve.
4. Rédiger le protocole : l'exploitation des différentes sources permet d'écrire le protocole, d'insérer des outils pratiques (tableau, algorithme...), de faire ressortir les mots clés. Le protocole doit être clair, concis, compréhensible par tous les professionnels de santé et par les patients. Il doit être simple et court.
5. Structurer le protocole en se posant certaines questions : pour quel patient ? quel problème de santé ? quel est l'objectif de prise en charge ? quel est le suivi ?

6. Valider le protocole avec l'accord de tous les professionnels de santé.
7. Diffuser le protocole aux différents professionnels impliqués.
8. Réaliser une démarche dynamique d'actualisation : mettre régulièrement à jour le protocole, en fonction des expériences professionnelles et de celles des patients, en fonction des recommandations, des mises à jour des données de la science.
9. Evaluer le protocole, qui peut se faire de différentes manières : en fonction des effets indésirables liés à l'utilisation du protocole ? évaluation des résultats avant et après le protocole ? satisfaction des professionnels et des patients ? (6, 27)

Toute démarche d'évaluation est un facteur d'amélioration des pratiques professionnelles, et une remise en question permanente. Elle permet l'amélioration continue de la qualité des soins.

1.2. Le protocole AVK de la MSP Laennec à St Nazaire

Les médecins généralistes de la maison de santé pluridisciplinaire Laennec à St Nazaire ont mis en place un « Protocole AVK » s'intégrant dans les PPSPR. Il est l'un des protocoles les plus utilisés par les professionnels de santé.

1.2.1. Enjeux de ce protocole

Les professionnels de santé intervenant dans la gestion des AVK au quotidien sont nombreux : médecin, IDE, biologistes, pharmaciens.

Le médecin généraliste est souvent confronté aux déséquilibres d'INR de ces patients, il est l'interlocuteur privilégié pour gérer le traitement par AVK de ses patients. Les médecins sont souvent sollicités, reçoivent de nombreux appels téléphoniques de patients ou de biologistes, ou voient des patients « entre deux consultations » pour des INR non dans la cible, cela leur prend du temps et ils ne sont pas toujours disponibles pour gérer ces problématiques.

La gestion des AVK est un enjeu majeur de santé publique. Il existe des recommandations de l'HAS concernant les AVK et l'adaptation des posologies lorsque l'INR est déséquilibré. L'HAS rappelle l'importance de l'éducation thérapeutique.

Les risques en cas de déséquilibres de l'INR sont importants, les AVK ont de nombreux effets indésirables, particulièrement en cas de sur- ou de sous-dosage (risque d'hémorragie en cas de surdosage et risque de thrombose en cas de sous-dosage), et les zones thérapeutiques sont étroites.

De plus, les AVK sont la première cause d'accidents iatrogènes : environ 30 % des événements indésirables médicamenteux graves sont dus aux anticoagulants oraux, 17000 hospitalisations par an (soit 13% des hospitalisations) pour effet indésirable sont dus aux AVK, 5000 accidents hémorragiques d'évolution fatale par an sont dus aux AVK. (28, 29)

Le rapport de l'ANSM de 2014 sur les anticoagulants montre que le temps passé dans la fenêtre cible obtenu avec les AVK est inférieur à 70 %, et l'anticoagulation est soit trop élevée, soit trop basse pendant au moins un tiers du temps passé sous traitement AVK. (28)

Il semblait donc nécessaire d'avoir un support disponible à se partager entre les différents intervenants dans la gestion des AVK et le patient. Afin de faire le lien entre les différents

professionnels de santé (médecins, infirmiers, pharmaciens, biologistes), un protocole pluridisciplinaire a été développé, qui est utilisé conjointement, et qui est conforme aux recommandations. Il assure une meilleure collaboration avec le patient, entre les différents professionnels de santé, et entre médecins généralistes eux-mêmes afin d'harmoniser leurs pratiques professionnelles. (30)

En effet, la gestion quotidienne des AVK doit être optimale, permettant une diminution de la morbidité des accidents liés aux AVK. (30)

Ce protocole permet également de faire de l'éducation thérapeutique. De nombreuses études prospectives ont mis en avant l'efficacité de l'éducation thérapeutique, notamment pour éviter les accidents iatrogéniques. (31)

Lorsque l'éducation thérapeutique aux AVK n'est pas suffisante, il a été montré que l'anticoagulation était alors mal contrôlée, et le risque hémorragique important chez les personnes âgées. (32)

Alors que plusieurs études ont montré que les patients ayant bénéficié de séances d'éducation thérapeutique ont un INR plus stable dans les 6 mois, et moins de complications hémorragiques. (33)

Le rôle des IDE est important, car ces derniers peuvent « contribuer à la mise en œuvre des traitements en participant à la surveillance clinique et à l'application des prescriptions médicales contenues, le cas échéant, dans des protocoles établis à l'initiative du ou des médecins prescripteurs », leur permettant ainsi de modifier les posologies d'AVK, prévoir le prochain contrôle de l'INR. Cela est inscrit dans leur décret de compétences, et qui rentre dans un cadre réglementaire. (9)

1.2.2. Mise en place du protocole (élaboration et diffusion)

Une première étape de réunion entre les huit médecins de la MSP Laennec a eu lieu en 2016 afin de faire un bilan de leurs pratiques professionnelles concernant les AVK. Les médecins ont rempli un questionnaire élaboré par Mme Cadoret, coordinatrice de la maison de santé (questionnaire sur les indications des AVK, les contre-indications, les adaptations de posologie...). (*Annexe 1*)

L'analyse des réponses a permis de cerner les besoins des médecins généralistes et a permis l'élaboration du protocole AVK, rédigé par la coordinatrice de la maison de santé.

Ce dernier a ensuite été validé par les Dr Benoît Prel, Dr Frédérique Lequintrec et Dr Jean-Marc Loréal.

Il a ensuite été diffusé aux médecins et aux IDE de la MSP lors d'une réunion, puis aux IDE de la ville de Saint-Nazaire et aux EHPAD de Saint-Nazaire. Chaque médecin l'a ensuite distribué aux patients sous AVK au cours de leurs consultations. Une réunion d'information pour présenter le protocole aux IDE libéraux de la ville de Saint-Nazaire a eu lieu à la MSP le 8 juin 2016. Il a également été présenté aux différents EHPAD de Saint-Nazaire.

1.2.3. Description du protocole

Le protocole AVK est constitué : (*Annexe 2*)

- d'une fiche explicative sur le traitement par AVK ;
- d'un document sur la conduite à tenir en cas d'oubli du traitement ou en cas de saignements ;
- d'un document sur le changement de posologie en fonction de l'INR (avec le tableau de l'HAS) ;
- d'un algorithme sur le rôle de chaque professionnel de santé en lien avec les AVK (médecin, IDE, biologiste, responsable de la salle d'urgence de la MSP et pharmacien) ;
- du carnet de suivi du traitement par AVK (de l'ANSM).

Le contenu est basé sur les référentiels suivants :

- document AFSSAPS de juillet 2008 : Prise en charge des surdosages en antivitamine K, des situations à risque hémorragique et des accidents hémorragiques chez les patients traités par antivitamine K en ville et en milieu hospitalier.
- document HAS d'avril 2008 : Prise en charge des surdosages par AVK, des situations à risque hémorragique et des accidents hémorragiques chez les patients traités par antivitamine K en ville et en milieu hospitalier.

Le protocole AVK est remis aux infirmiers, aux pharmaciens et aux patients par le médecin au cours d'une consultation de renouvellement de traitement.

Ce protocole a été initié le 8 février 2017. Il a pour but d'améliorer la prise en charge des patients sous AVK en intégrant pleinement le patient et les autres professionnels de santé dans la gestion quotidienne de ce traitement au long cours, et ainsi d'éviter la survenue d'effets secondaires graves.

Il permet à l'IDE d'adapter la posologie du traitement, le rythme des dosages d'INR, sans solliciter l'avis médical si l'INR est inférieur à 4, grâce aux algorithmes précisés dans le protocole.

L'objectif est d'améliorer la coordination des soins, de libérer du temps aux médecins généralistes, en évitant les nombreuses sollicitations, les coups de téléphone en pleine consultation.

1.3. Objectif du travail

A plus d'un an de l'introduction du protocole AVK au sein de la MSP Laennec, il semblait donc pertinent de s'intéresser à l'évaluation du protocole.

L'objectif principal est d'évaluer la pertinence, l'intérêt auprès des médecins généralistes et IDE d'un tel protocole et le retentissement sur leur pratique quotidienne.

L'objectif n'est pas de quantifier les variations d'INR, ni les procédures effectuées pour les corriger.

Un des objectifs secondaires est, à partir de ce protocole spécifique, de discuter des différences de comportement entre les différents acteurs de soins impliqués dans l'application des protocoles.

2. MATÉRIELS ET MÉTHODES

2.1. Méthodologie

Une enquête qualitative par focus group (ou entretien collectif semi-dirigé) a été réalisé au sein de médecins généralistes et d'IDE de la région de Saint-Nazaire sur le protocole AVK de la MSP Laennec.

La recherche qualitative se développe de plus en plus en médecine générale et dans la recherche en soins primaires.

Le focus group correspond à une réunion entre un petit groupe de personnes afin de réaliser un entretien dirigé autour d'un sujet précis.

Ce type d'entretien a été utilisé dans les années 1970 aux États-Unis pour évaluer l'impact en termes de comportement d'achat des consommateurs dans les suites des campagnes de publicité. Cela permettait de recueillir les attentes des consommateurs et ainsi de rendre un produit plus attractif à la vente. Par la suite, les sociologues s'en sont emparés, et le focus group est depuis utilisé dans d'autres domaines (psychologie, informatique, marketing...).

Cette méthode est fréquemment utilisée dans les pays anglo-saxons depuis les années 1980, pour des travaux de recherche universitaires, et notamment pour la recherche en médecine en soins primaires.

Les focus group se développent donc, et sont appréciés des médecins généralistes car ils sont efficaces, permettent de récolter beaucoup d'informations sur les pratiques professionnelles et le vécu des situations par chacun, et ce, en peu de temps. Un animateur recueille les opinions des participants, de façon interactive, et cela permet de mettre en évidence les divergences d'opinions entre chaque professionnel. La parole de certains peut libérer la parole d'autres, et l'expression facile de certains peut lever l'inhibition des autres.

Ils permettent de connaître les représentations de chacun sur un sujet donné et sont adaptés aux expériences vécues. Ils s'intéressent à la pratique du médecin généraliste dans toute sa complexité.

Nous avons choisi cette méthode pour l'interaction de groupe.

Les avantages du focus group sont la dynamique de groupe et ses effets positifs, les échanges favorisant l'émergence de connaissance et d'opinion. Cela permet également une réflexivité personnelle et une intelligence collective.

Il existe tout de même certains inconvénients. Il peut être difficile de réunir les différentes personnes motivées pour participer au focus group. Un effet de domination de certains participants dans le groupe peut se faire ressentir. (Par exemple les différents médecins entre eux ou les médecins versus les IDE), avec ressenti de relations hiérarchiques ou conflictuelles. Certaines personnes peuvent craindre d'être jugées en émettant leur avis, avec parfois une réticence ou une timidité à exprimer ses idées en public, même si le sujet ici n'est pas tabou ou « délicat ».

L'échantillon créé pour le focus group n'est pas représentatif d'une population, donc les résultats ne peuvent pas être généralisés par la suite. (34, 35, 36, 37)

2.2. Le guide d'entretien

Un guide d'entretien a été réalisé afin de bien structurer la séance. Il permet d'articuler les questions au cours du débat. Il doit préciser le caractère anonyme des données qui vont être recueillies, et permet de valoriser la participation de chacun et les opinions divergentes.

Il peut y avoir 10 questions au plus, qui doivent être claires, courtes et neutres.

Le guide d'entretien est présenté en annexe 3.

2.3. Les participants

Nous avons choisi de recruter des médecins et IDE qui travaillent ensemble et se connaissent bien, afin de favoriser les échanges et la libre expression de chacun, ces personnes étant à l'aise les unes avec les autres.

Les participants étaient donc sélectionnés parmi les médecins et IDE de la MSP Laennec de Saint-Nazaire, également pour des raisons de facilité logistique.

Nous avons voulu recruter entre 8 et 12 personnes pour le focus group, afin de recueillir le maximum d'informations, en laissant une prise de parole optimale pour tous les participants.

9 personnes, 6 médecins et 3 IDE, ont participé au focus group, tous ont été recrutés sur leur motivation. Il n'y a pas eu de critère d'exclusion.

Nous avons contacté les différents participants oralement. Par la suite, mon directeur de thèse a envoyé aux médecins et IDE un mail de rappel avec la date du focus group.

2.4. L'animateur du focus group

Lors d'un focus group, un modérateur anime le débat. Ce dernier doit savoir conduire une réunion, avoir une attitude d'écoute active, relancer la discussion, poser les questions, organiser les prises de paroles des intervenants, avoir l'esprit de synthèse, savoir clarifier les points de vue, reformuler, et ne pas faire de critiques ni de remarques. Il a un regard externe et neutre sur notre travail.

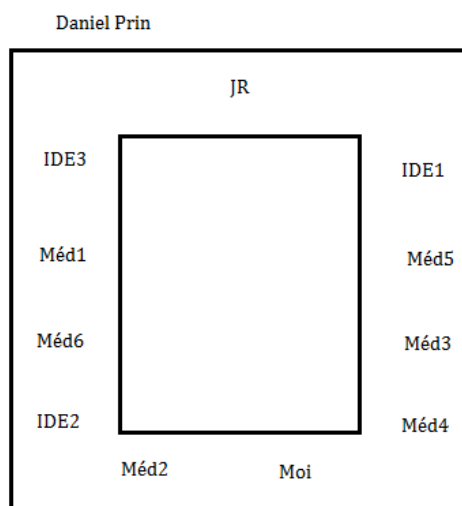
Nous avons fait appel au Dr Joseph Rousselot, médecin généraliste à La Baule, qui connaissait mon directeur de thèse et certains médecins ayant participé au focus group.

Nous l'avons choisi pour son expertise, Dr Rousselot ayant déjà animé plusieurs focus group.

2.5. Le déroulement du focus group

Le Focus Group a eu lieu le 15 mai 2018, dans la salle de réunion de la MSP à Saint-Nazaire. Il a duré 2 heures. Il a eu lieu dans un environnement favorisant l'expression de chacun, la discussion. Les médecins et moi étions autour d'une table, face à l'animateur (nommé JR sur le plan de table), mon directeur de thèse était en dehors de la table.

Plan de table :



La réunion a été enregistrée en accord avec les participants, sur plusieurs supports (un dictaphone Sony et un smartphone).

Les participants ont été accueillis et présentés au modérateur du focus group.

Un questionnaire a été remis aux participants au début du focus group, permettant de recueillir les caractéristiques socioprofessionnelles des participants. (*Annexe 4*)

Dr Prin et moi-même étions les 2 observateurs, nous avons pris des notes tout au long du focus group. Dr Prin étant mon directeur de thèse, il n'a évidemment pas participé au focus group, afin de ne pas créer de biais.

Les participants ont reçu les informations sur l'objet de cette étude, que j'ai lu avant de débiter le focus group. (*Annexe 5*)

Un débriefing entre le modérateur et les observateurs a lieu à la fin de la séance. Il permet une analyse à chaud des difficultés pendant le débat, permet de repérer les citations les plus importantes.

2.5. Retranscription

La retranscription mot à mot (= verbatim) des notes prises pendant le focus group et des enregistrements audio a été réalisée sur le logiciel Microsoft Word.

Les médecins sont nommés « Médecin 1 » à « Médecin 7 » et les IDE « IDE1 » à « IDE3 »

La retranscription du focus group représente l'annexe 6.

2.6. Analyse

Elle a été basée sur la transcription verbatim, sur les notes prises par les observateurs pendant le focus group, sur le débriefing à la fin du débat.

Une analyse verticale a été réalisée dans un premier temps, puis une analyse transversale descriptive. Chaque verbatim a ainsi été classé dans une catégorie, chaque catégorie a été « rangée » dans un thème plus général.

La partie « discussion » permet une analyse interprétative, avec comparaison des données antérieures de la littérature, recommandations éventuelles, et idées pour d'autres thèses.

3. RÉSULTATS

3.1. Caractéristiques socio-professionnelles des participants

10 personnes ont été initialement contactées pour participer au focus group : 7 médecins et 3 infirmiers. Un médecin n'a pas pu participer au focus group, pour des raisons d'indisponibilité, soit un taux de participation de 90%.

La population était donc finalement composée de 9 professionnels de santé : 6 médecins et 3 IDE.

La moyenne d'âge était de 44,4 ans (entre 26 ans et 63 ans). La moyenne d'âge était de 48,3 ans pour les médecins et de 35,6 ans pour les IDE.

Il y avait une majorité d'hommes dans ce focus group, puisque 100% des médecins étaient de sexe masculin. Deux tiers des IDE étaient des femmes.

Il s'agissait d'un exercice urbain pour la totalité des participants.

Les médecins étaient installés dans la MSP depuis en moyenne 13,7 années (entre 1 et 36 ans), et les IDE étaient installés depuis 4,3 années (entre 1 et 10 ans).

Les médecins n'avaient pas eu d'expérience hospitalière auparavant. 4 médecins sur 6 ont précisé qu'ils avaient fait des remplacements avant de s'installer dans la MSP.

Les infirmiers quant à eux, avaient tous travaillé à l'hôpital avant de s'installer dans la MSP. 83% des médecins étaient maîtres de stage universitaires : 4 médecins avaient un interne en stage praticien niveau 1, un médecin avait un interne en SASPAS.

Un tiers des médecins avait un autre type d'exercice : un médecin avait une capacité de médecine du sport, l'autre était médecin conseil à EDF et faisait de l'expertise.

Caractéristiques	Résultats
Nombre de professionnels	9
Médecin	6
IDE	3
Âge (en années)	44,4 ans (26 – 63)
Médecin	48,3 ans (32 – 63)
IDE	35,6 ans (26 – 48)
Sexe (réparti en pourcentage)	Homme 77,78% – Femme 22,22%
Médecin	Homme 100% – Femme 0%
IDE	Homme 33,33% – Femme 66,67%
Durée d'installation (en années)	13,7 années (1 – 36)
Médecin	18,5 années (1 – 36)
IDE	4,3 années (1 – 10)
Maitre de stage universitaire	83,3% des médecins
Autre type d'exercice	33,3% des médecins

Tableau 1 : Caractéristiques socio-professionnelles des participants

3.2. Déroulé du focus group

Le focus group a été un moment convivial, et nous avons pu observer que les participants étaient satisfaits d'être réunis. La discussion s'est lancée assez rapidement et facilement. Les prises de paroles étaient assez équilibrées. Le modérateur a dû relancer quelques fois le débat, surtout vers la fin du focus group, mais globalement le groupe a été participatif, et plutôt dynamique. La parole a été libre pour tous les participants, spontanée et cordiale, sans g ne.

Les IDE ont pu s'exprimer librement et facilement, il n'y a pas eu « d'effet hiérarchique ».  tant très intéressés par le sujet, car directement concernés, cela a permis l'émergence de nombreuses idées. Certains médecins se sont montrés un peu plus modérés sur le sujet.

3.3. Analyse de l'entretien

3.3.1. La diffusion

a. Après des médecins

Le protocole a été diffusé auprès des 8 médecins de la MSP. Sur les 7 médecins présents au focus group, un médecin n'était pas au courant de la mise en place du protocole.

M decin1 : « on l'avait diffusé pas forcément si bien que  a, puisque finalement toi M decin2 t'étais pas forcément au courant que ça avait démarré »

b. Après des IDE

La diffusion auprès des 3 IDE de la MSP a été bonne, car ces derniers étaient très demandeurs, et en attente de ce protocole.

IDE2 : « on était très attachés nous en tant que paramédicaux à ce protocole parce que c'est notre quotidien »

c. Après des patients

Le protocole a été peu diffusé par les médecins à leurs patients, qui l'ont donné chacun à moins de 5 patients sous AVK.

M decin5 : « Moi je n'ai pas dû le donner à beaucoup de patients, à 1 ou 2 peut être le protocole »

M decin4 : « C'est vrai que je l'ai pas beaucoup donné »

Le protocole peut être diffusé à tous les patients sous AVK, mais les médecins sélectionnent les patients à qui ils remettent le protocole.

Avec les IDE, ils ont ainsi pu définir plusieurs catégories de patients à qui ils transmettent (ou non) le protocole, la diffusion est adaptée à chaque patient.

- les patients déjà très autonomes par rapport à leur traitement, et à qui ils n'ont pas donné le protocole, tout du moins pas la partie « adaptation des posologies » car ils estiment que cela les embrouillerait. En effet, les patients adaptant déjà seuls leur posologie d'AVK, et de façon correcte, il n'y a pas d'intérêt pour les médecins de changer leur manière de faire. Certains leur donnaient la partie « que faire en cas de saignement ? » à visée d'éducation thérapeutique.

Médecin1 : « Les gens qui maîtrisent depuis longtemps, effectivement ça n'a pas d'intérêt »

- les patients concernés par leur santé, plutôt motivés, ayant envie de gérer leur traitement. Ce protocole permet ainsi de leur donner une autonomie. Les médecins considéraient que le support écrit aiderait ces patients dans leur prise en charge.

Médecin1 : « je la donne voilà quand les gens ils gèrent eux même, mais on sent que le petit coup de pouce supplémentaire ça peut les aider »

- les patients plutôt « passifs », dont le ressenti est qu'ils ne veulent pas ou ne cherchent pas à comprendre leur pathologie et leur traitement, et qui se reposent sur les professionnels de santé pour adapter leur posologie d'AVK.

Médecin1 : « y a certains patients, je sais que de toute façon, ils ne pourront pas le gérer parce qu'ils ne veulent pas [...], donc je pense que ça ne sert à rien de leur donner la fiche »

IDE3 : « Nous on en voit des patients comme ça, où vraiment ils s'en fichent, [...] ils disent « voilà le médecin m'a dit de venir à telle date, il me dira le résultat, il me dira combien je prends ». J'en ai discuté avec certains qui sont pourtant cortiqués, je leur ai parlé du protocole, ils me disent « oui oui, il me la présenté mais non, je demande au médecin ». C'est vrai que c'est la « référence », ils ne cherchent pas quoi. »

- les patients dont les professionnels pensaient qu'ils ne comprendraient pas un tel protocole.

Médecin4 : « C'est exceptionnel... Mais y en a oui, qui comprendront jamais. »

- les patients ayant des troubles cognitifs : le protocole est à leur domicile, ce sont les IDE qui s'en servent et non les patients.

IDE1 : « moi je m'en sers beaucoup plus pour des patients, en fait, qui sont complètement déments, avec des gros troubles cognitifs, qui sont incapables de gérer leur traitement et pour qui c'est nous qui sommes responsables des prises médicamenteuses »

Les infirmiers par contre diffusent ce protocole à tous les patients qu'ils voient en visite à domicile.

IDE2 : « pour nous c'était très, très important, voilà, d'apporter chez le patient, car nous on voit essentiellement les patients pour les TP / INR à domicile »

Les médecins à l'initiative de ce protocole sont en train d'élargir la diffusion aux établissements de santé.

Médecin1 : « On est en train de le diffuser à quelques EHPAD »

3.3.2. L'utilisation

Médecins et IDE s'accordaient sur le fait qu'ils n'ont pas la même utilisation du protocole AVK, du fait de leur pratique professionnelle différente. Ils adaptaient également l'utilisation du protocole en fonction du patient qui est en face d'eux.

a. Utilisation par les IDE

Lors du focus group, les IDE ont été unanimes pour dire qu'ils utilisent le protocole AVK quotidiennement, et plusieurs fois par jour.

IDE2 : « Je pense que nous on le fait vivre un peu tous les jours »

Le support écrit était facilement transportable par les professionnels de santé, et décrit comme confortable.

IDE2 : « nous en tant qu'infirmiers, on l'a dans nos sacoches, toujours avec nous »

IDE2 : « c'était très important d'avoir un support écrit qu'on leur réexplique, pour qu'ils s'approprient un petit peu notre mode de fonctionnement quoi. »

Les infirmiers avaient une utilisation très pratique du protocole. En effet ils utilisaient principalement la partie « adaptation de l'INR », au quotidien, quand ils recevaient les prises de sang de leurs patients. Ils se servaient beaucoup du carnet de surveillance.

IDE1 : « Moi clairement la version que j'utilise..., enfin celle que j'ai avec moi c'est le tableau de... pour la pratique... »

IDE2 : « je sais qu'à travers le carnet j'ai le protocole en tête. Si vous voulez, dans les carnets de surveillance, nous on note la date de l'INR, la dose prise par le patient, le prochain contrôle. Et quand le résultat n'est pas bon, on reprend sur le carnet l'historique des prises d'AVK ou des prises de sang, et comme vous avez des notes un peu explicatives au début du carnet de surveillance, on s'imprime plus ou moins tout le protocole qui a été créé, et on le transpose avec le carnet, on fait un mix des deux ».

Ils utilisaient tout de même la partie éducation, en faisant des rappels au domicile.

IDE2 : « Après c'est l'occasion de reprendre à domicile, ce qui a été dit en consultation, ... ils reçoivent énormément d'informations et ils n'ont pas tout saisi, et ce qui permet que voilà, le protocole une fois qu'ils l'ont lu, de reposer des questions qui ont été abordées pendant la consultation, et de revoir ça à tête reposée. »

Les infirmiers trouvaient cela frustrant d'utiliser le protocole avec certains patients et pas avec d'autres. En effet, ils utilisaient le protocole pour les patients appartenant à la MSP, mais n'avaient pas l'autorisation des médecins en dehors de la MSP de l'appliquer pour leurs patients. De même, certaines maisons de retraite ne les autorisent pas à utiliser ce protocole. Les IDE, utilisant le protocole quotidiennement, estimaient qu'ils avaient les capacités de l'appliquer à tous les patients, mais n'allaient pas à l'encontre de ces établissements de santé ou des médecins généralistes hors MSP.

IDE2 : « Et quand on travaille au sein de la maison de santé avec un protocole, on applique ce que l'on a décidé collégialement, et quand vous avez un patient en dehors de la maison de santé, on appelle leur médecin traitant, y en a qui connaissent le protocole et y en a qui l'ignore, et on refait ce qu'on faisait avant, on reprend nos anciennes habitudes ».

b. Utilisation par les médecins

Les médecins n'utilisaient pas le protocole entièrement, privilégiant la partie « que faire en cas de saignements ? ». Ce support explicatif leur permettait de réaliser de l'éducation thérapeutique avec leurs patients lors des consultations.

Médecin1 : « C'est vraiment l'objectif, c'était ça, c'était vous (IDE) donner l'aptitude pour modifier le traitement, vous. Et nous, on utilise la partie pour l'éducation. »

1 médecin a pu dire qu'il se servait du tableau de l'HAS en cas de doute, pour adapter les INR.

Médecin5 : « Mais je m'en sers plus pour moi en fait. Je le garde sur mon bureau comme ça, et quand j'ai un doute sur un taux ou une conduite à tenir, je le regarde. Ça m'arrive assez souvent. »

Un médecin ne l'utilisait jamais avec ces patients.

Médecin5 : « Moi je l'utilise jamais. »

3.3.3. Freins à l'application du protocole

a. Les NACO

Le frein principal évoqué par les médecins généralistes était l'arrivée des NACO, qu'ils utilisent dorénavant préférentiellement aux AVK. Les AVK étant délaissés, les professionnels rencontrent moins de patients sous AVK et donc se servent moins souvent du protocole.

Médecin6 : « Après c'est vrai que la prescription des AVK je trouve que ça a été un peu supplanté aussi par les NACO »

En effet, les médecins prescrivent en première intention des NACO pour le traitement des MTEV et dans l'ACFA.

Médecin1 : « Enfin si c'est possible je prends un avis cardio, mais je mets un NACO directement maintenant »

Ils n'hésitent pas également à remplacer le traitement par AVK pour des NACO si l'INR est difficile à équilibrer, même en suivant le protocole.

Médecin3 : « par exemple les INR qu'on avait du mal à équilibrer, on les a passé sous NACO »

Médecin6 : « J'en ai un, je l'ai passé sous NACO, comme ça je ne suis pas embêté »

b. Le manque de temps

Les médecins avaient pu se sentir « débordés » ou manquer de temps pour diffuser le protocole. La diffusion du protocole au patient en consultation est plutôt chronophage.

Médecin2 : « Voilà on a plusieurs activités au sein de la maison de santé, donc est-ce que j'étais concentré sur d'autres choses je ne sais pas »

c. Un manque d'intérêt

Contrairement aux IDE, les médecins avaient également pu ressentir peu d'intérêt pour ce protocole, surtout s'ils n'ont pas fait partis du processus d'élaboration initialement.

Médecin2 : « j'étais [...] investi dans le groupe de travail et finalement quand on est dedans, c'est logique on est beaucoup plus attentif »

d. L'oubli de l'existence du protocole

Les médecins ont remarqué qu'ils avaient tendance à vite oublier le protocole.

Médecin2 : « et petit à petit dans le temps, si on ne fait pas des rappels réguliers, notamment si on en reparle en semaine, je pense qu'on a besoin de les faire vivre les protocoles. Le fait est que quand on en a parlé je l'ai réutilisé du coup »

3.3.4. Bénéfices à l'emploi du protocole AVK

a. Une harmonisation des pratiques

Tous les professionnels ayant participé au focus group s'accordaient pour dire que le protocole a permis d'uniformiser leurs pratiques professionnelles au sein de la MSP.

Tous les IDE adaptaient les déséquilibres d'INR de la même manière.

Médecin5 : « Je rajouterais qu'en plus ça permettait d'harmoniser nos pratiques quand il y avait des surdosages. Avoir des conduites à tenir assez précises en fonction du taux et du risque hémorragique. De décider de l'hospitalisation ou pas des gens. »

Médecin2 : « ...nous ça nous oblige à changer nos pratiques sur l'éducation et l'attention portées au traitement, je le vis plus comme ça »

b. Une amélioration de la relation IDE – patient

Les infirmiers prenaient le temps au domicile du patient, ou quand ils venaient faire leur prise de sang à la MSP, de refaire le point avec le patient sur leur AVK, sur l'intérêt de doser l'INR, sur les risques liés au déséquilibre... Ils communiquaient plus avec le patient, faisaient également de l'éducation thérapeutique. Ils reprenaient ce qui avait pu être dit en consultation avec le médecin traitant.

IDE2 : « on revoit ensemble avec le patient, les différents points essentiels du protocole, qu'ils sachent déjà pourquoi on contrôle, bien sûr les signes d'alerte, la nécessité d'être rigoureux, mais voilà, et c'est au cours de la prise de sang qu'on revoit ça très souvent. »

De plus, l'infirmier devenait l'interlocuteur privilégié de certains patients, il gérait directement les INR avec eux, ou des patients chez qui il pouvait être le seul passage au domicile de la journée.

IDE2 : « Vous récupérez les résultats, vous êtes chez le patient, vous gérez tout de suite, avec le patient. Ça nous facilite le travail, ça rassure le patient »

Ce protocole entraînait une légitimité des actes infirmiers auprès des patients. Via le protocole, le patient comprend et s'approprie ce que fait l'infirmier, et leurs actes devenaient donc plus légitimes, les patients percevant mieux l'intérêt des prises de sang, des contrôles d'INR, les adaptations des posologies, la nécessité de la vitamine K...

IDE2 : « c'était très important d'avoir un support écrit qu'on leur réexplique, pour qu'ils s'approprient un petit peu notre mode de fonctionnement quoi »

c. Une amélioration de la relation médecin – IDE

Les médecins et infirmiers avaient vu une amélioration de leurs relations et une évolution de leurs échanges, au fil du temps.

Médecin4 : « On a rompu une barrière qu'on avait avant, entre les infirmiers et les médecins, on n'avait pas cet échange. Maintenant on bosse ensemble, on échange ensemble, chacun y trouve sa place. »

Depuis l'introduction du protocole, les médecins et IDE se font confiance entre eux dans la prise en charge d'un déséquilibre d'INR. Le protocole avait été élaboré conjointement entre médecins et IDE et se base sur le référentiel de l'HAS. Les IDE savaient sur quelles données les médecins s'appuyaient et avaient confiance en leurs compétences.

IDE1 : « Parce que c'est vrai que nous on travaille en maison de santé, donc on a une façon de travailler qui est différente, on est en confiance avec tout le monde, on n'hésite pas à prendre le protocole car on sait qu'on l'a construit ensemble »

JR : « [...] enfin en plus t'as l'impression que les médecins sont plus compétents ? » IDE3 : « Oui voilà c'est ça. »

Le protocole valorisait les pratiques infirmières. Il mettait en avant les compétences et l'autonomie des IDE. Cela a été bien décrit par les IDE, et est fortement apprécié.

IDE2 : « Et chose un peu en aparté, c'est un petit peu aussi valoriser nos pratiques. Et ça peut nous faire du bien aussi pour nous. »

Les tâches étant partagées, les responsabilités le sont aussi. Les infirmiers ont plus de responsabilités, toujours avec l'aval des médecins, qu'ils ne vivent pas comme une contrainte.

IDE1 : « Alors moi je ne vois pas ça comme négativement la responsabilité, mais plutôt justement une expérience supplémentaire qui fait qu'on est plus compétent, et qu'on va être meilleur pour les patients en fait ».

Médecin6 : « Ça peut être géré par les infirmiers et y a plusieurs responsables, y a plusieurs partenaires qui peuvent réagir sur un problème particulier. »

Cela a permis une meilleure collaboration au sein de la MSP.

d. Une amélioration de la relation triangulaire médecin – patient – IDE

Le patient appréciaient cette collaboration, et ce double contrôle par le médecin et l'infirmier de son INR.

IDE2 : « le fait que les patients comprennent qu'on travaille en partenariat avec leur médecin traitant, et pour eux c'est hyper important »

Les connaissances entre les médecins, les IDE et les patients étaient partagées, tout le monde collaborait ensemble, toujours dans le but de rendre les prises en charge optimales.

Médecin6 : « Quand on a monté le projet de la maison de santé, il y avait un terme qu'on entendait souvent, c'était « l'horizontalisation des pratiques », et là on est en plein dedans. On n'est plus vertical, on horizontalise, c'est-à-dire que le savoir, les compétences se diffusent et se partagent. C'est le but de la maison de santé. »

e. Une sécurité, un cadre médico-légal

Tous les professionnels de santé admettaient que le protocole permet de cadrer la prise en charge des déséquilibres d'AVK, étant donné que celui-ci est basé sur des données solides, sur le référentiel de l'HAS. Cela permettait de rassurer les IDE qui adaptent parfois seuls les AVK, cela permettait également de rassurer le patient. Les prises en charge sont officialisées, les inquiétudes diminuées.

IDE2 : « C'est-à-dire qu'ici c'est carré, c'est signé, c'est fait de façon collégiale, et y a un cadre. »

Une des IDE, qui travaillait auparavant en maison de retraite, adaptait les posologies d'AVK seule, de façon officieuse, sans texte officiel proposé par les médecins sur lequel s'appuyer. Dorénavant ce protocole permet de poser un cadre médicolégal.

IDE3 : « Enfin moi ici je me sens plus rassurée, au moins je sais que j'ai un cadre où je peux me référencer, et puis y a plus de sécurité je pense »

Les patients se sentaient également sécurisés de savoir que leurs AVK étaient adaptés en fonction d'un protocole validé par le médecin, et que les IDE modifiaient les posologies en accord avec leur médecin traitant, le patient ayant compris que ce médicament est important et « dangereux ».

Médecin6 : « je pense qu'on gagne en sécurité en usant de ce protocole. ... Je me dis que le fait qu'ils (les patients) voient qu'il y a des protocoles qui sont mis en place, c'est aussi un gage de sécurité pour le public »

f. Une meilleure traçabilité

Deux médecins avaient pu dire que le protocole permettait une modification de leurs ordonnances. L'un en améliorant la traçabilité sur les ordonnances, l'autre en rajoutant une phrase explicative pour le patient (les raisons de prendre l'AVK le soir, et les aliments à consommer en petites quantités). Cela était un des indicateurs du protocole (*cf. protocole, annexe 2 : « nombre d'ordonnance de traitement et de prélèvements bien remplies (cible et phrase complémentaire) »*).

Médecin1 : « Moi j'ai changé ma pratique par rapport notamment à... sur l'ordonnance, [...] au départ ça m'avait permis de beaucoup changer ma pratique par rapport à la traçabilité [...] »

Médecin6 : « Après en fait, je me rends compte que quand je prescris du Préviscan maintenant, j'ai fait un copier-coller des recommandations Vidal [...] j'en mets un peu plus, notamment, je crois qu'il y a un moment dans le protocole où on parle de l'ingestion de légumes verts, tout ça. »

g. Un gain de temps

Les professionnels du focus group avaient optimisé leur temps en utilisant ce protocole, en diminuant le nombre d'appels aux médecins, aux patients. Avec auparavant le risque de doublons, où à la fois l'infirmier qui voit l'INR en premier appelait le patient, puis le médecin qui, à la fin de sa journée se rendait compte d'un déséquilibre d'INR appelait ce même patient...

IDE3 : « Non alors moi j'ai travaillé en EHPAD pendant 2 ans, on avait pas du tout de protocole, on passait notre temps au téléphone avec les médecins, puis c'est vrai que y avait pas forcément de bon suivi »

Les médecins avaient vu en effet la différence avec les IDE n'utilisant pas le protocole, alors qu'il avait été proposé de le diffuser à leur établissement de santé. Les IDE de la MSP appelaient en effet très peu les médecins de la MSP. Ils leur allégeaient la charge de travail, et également la leur en diminuant leur nombre d'appels.

Médecin2 : « Alors j'ai eu hier un INR à 1,98, c'était un coup de fil d'une EHPAD, on leur avait proposé d'utiliser le protocole, mais le médecin coordinateur n'a pas donné son accord... Ça fait un coup de fil à la secrétaire, la secrétaire te passe le coup de fil... Et puis elle sait très bien qu'il n'y a rien à faire mais... Donc c'est une perte de temps pour tout le monde »

Les médecins avaient le sentiment d'être moins sollicités par les patients, grâce au travail en amont des infirmiers. Ils avaient l'impression de rester moins tard au cabinet le soir, et d'avoir moins de coups de fil tardifs. Ou lorsqu'ils avaient des appels des patients, ceux-ci étaient moins longs, le patient ayant commencé lui-même à prendre en charge son déséquilibre d'INR. (Par exemple, le patient avait su adapter sa dose d'AVK, mais ne savait plus quand reconstrôler le prochain INR).

Médecin4 : « Ou des patients qui d'eux même étaient tranquilisés, et puis appelaient juste pour dire « quand est ce qu'on fait le prochain INR ? ».

Les IDE avaient vu également une nette différence et un gain de temps important depuis la mise en place du protocole. Le nombre d'interlocuteurs était diminué. Cela leur facilitait grandement le travail.

IDE2 : « Comme tu le disais, avant on récupérait le résultat, on appelait le médecin traitant, on attendait la réponse du médecin, on retournait chez le patient et on modifiait la dose. Là c'est un gain de temps. Vous récupérez les résultats, vous êtes chez le patient, vous gérez tout de suite, avec le patient. Ça nous facilite le travail, ça rassure le patient. Pour nous paramédicaux, c'est le jour et la nuit. »

h. Une autonomisation des IDE, entraînant une délégation de tâches

Les IDE de la MSP géraient seuls les déséquilibres d'INR. En effet, leur décret de compétences les autorise à appliquer les prescriptions médicales et les protocoles établis par le médecin.

IDE2 : « Et pour en revenir au protocole des AVK, c'est notre décret de compétences. On a le droit de gérer les traitements. »

IDE2 : « on reconstruit le protocole et ça nous permet de gérer et de ne pas appeler les médecins »

Les IDE reconnaissaient leurs limites, et appelaient les médecins pour les INR trop labiles ou vraiment trop élevés ou trop bas.

IDE1 : « ...de vous appeler vraiment quand on est en difficulté ou quand on n'arrive pas à trouver l'équilibre »

Les médecins encourageaient cette prise d'autonomie.

Médecin2 : « Ça semble beaucoup plus logique que vous ayez une part d'autonomie, enfin ça paraît aberrant que pour les patients que vous gérez au quotidien, que vous n'ayez pas la possibilité d'avoir cette autonomie et ce n'est pas une compétence de diagnostique ou autre, je veux dire c'est la gestion d'un traitement, c'est votre cœur de métier, donc ça me semble logique d'avoir la possibilité d'être autonome. »

Cette autonomisation avait pu résulter de certaines contraintes rencontrées par les IDE : les médecins en vacances, non disponibles...

Médecin5 : « Et ça vous permet de réagir quand nous on n'est pas là, pas disponibles, un soir, un weekend, en vacances... »

IDE2 : « Alors le protocole pour ça est super parce quand il est passé 20 heures, on a plus de médecin joignable, notre quotidien en libéral c'est ça. On est censé exercer sous couvert d'un médecin sauf que, le samedi après-midi, le dimanche, y a pas de médecin... »

Les infirmiers avaient insisté sur le fait que leur profession est en pleine évolution, et que la délégation de tâches était une pratique de plus en plus courante pour eux. La différence entre la théorie qui leur est enseignée et leur activité pratique est importante, et entraîne un décalage.

IDE2 : « C'est bien pour ça je vous dis que notre métier est en pleine évolution. Et que notre formation au sein de l'école infirmière est revue très souvent. Et qu'aujourd'hui, toutes ces pratiques avancées, c'est... il y a des groupes de travail par rapport à ça. »

i. Une autonomisation des patients

Via l'éducation thérapeutique faite par les médecins et les IDE, les patients savaient parfois gérer leur INR, et comprenaient quel INR était inquiétant ou non.

Médecin4 : « pour les gens bien cortiqués je parle, après leur avoir expliqué la fourchette sur laquelle on devait s'inquiéter, après ils appelaient juste pour savoir quand est ce qu'on fait le prochain »

Médecin3 : « Là j'ai une patiente qui a une valve mitrale, son INR doit être euh..., se situer entre 3 et 4,5, donc c'est quand même un INR pas très facile à gérer, mais globalement avec les conseils que je lui avais donnés, eh bien elle gère vraiment très... elle ne panique pas sauf quand son INR passe à 6, même à 6,5 c'est arrivé, donc là elle donne un coup de fil, mais quand elle est à 5, elle ne s'inquiète pas vraiment. Elle s'inquiète plutôt quand elle est 2,5, là elle m'appelle aussi... Mais la plupart du temps elle gère elle-même »

3.3.5. Les améliorations

a. Améliorer la diffusion et la visibilité des PPSPR au sein même de la MSP

Les médecins avaient en effet vite tendance à oublier les PPSPR, il y a nécessité de faire des rappels réguliers de l'existence de ces protocoles, ou de les mettre régulièrement à jour.

Il faudrait également mieux tracer dans chaque dossier patient si le PPSPR a été présenté, et quelle partie du protocole.

Médecin2 : « En tout cas c'est vrai que ce serait important de savoir nous quand on l'initialise et vous les infirmiers quand vous l'utilisez, peut-être de pouvoir tracer « pour tel patient on l'utilise, coté infirmier et sur tel patient, les médecins l'ont présenté, notamment sur le versant éducation »

b. Créer un outil commun informatique permettant une meilleure traçabilité

Certes le carnet AVK existe en tant que support écrit où tout devrait être tracé, mais il reste en possession du patient et tout ne peut être noté dessus. Les médecins et IDE souhaiteraient un outil informatique commun pour les échanges entre eux et non avec le patient. (Afin de répondre à ces questions : l'INR est-il déjà géré ? qui l'a vu en premier ? qui a fait la modification de posologie ? quand est prévu le prochain contrôle d'INR ? ...)

Médecin2 : « s'il y avait un réel outil commun, effectivement on sait que c'est augmenté, on sait que c'est fait et comme ça pas besoin d'y repasser. Dans un sens ou dans l'autre, on sait que ça a été géré ».

En effet toutes les modifications réalisées par les IDE au domicile du patient ne sont pas reportées dans le logiciel des médecins de la MSP. De plus les IDE ne peuvent pas créer de « consultations » sur le logiciel afin de noter le changement de posologie, alors que les médecins notent systématiquement un mot dans le dossier informatique.

Et qui gère les INR déséquilibrés quand les médecins sont absents ? Le soir ? En vacances ? Cela permettrait plus d'objectivité si tous ces éléments étaient tracés.

c. Diffuser le PPSPR en dehors de la MSP

Les professionnels de la MSP Laennec ont le souhait de diffuser le protocole dans les autres centres de soins et établissements de santé de Saint-Nazaire, sans l'imposer, mais dans un but d'harmonisation des pratiques professionnelles à un niveau local, et de meilleure coordination des soins.

Médecin2 : « Je crois que pour les autres cabinets libéraux ça peut justement avoir un intérêt parce que là on parle d'harmoniser, puisqu'il y a les liens personnels, mais on peut harmoniser les pratiques en dehors des liens personnels, avec les autres cabinets et pour les EHPAD. Ça serait aussi un gain en confort de travailler avec des gens, même avec qui on n'a pas de lien personnel et d'harmoniser. Après par contre, je pense qu'effectivement ça peut être mal vu de sortir un protocole, ça peut être mal interprété par d'autres cabinets je pense... ».

4. DISCUSSION

Cette étude est intéressante car elle est ancrée dans l'évolution actuelle des soins primaires, avec le développement de l'exercice coordonné pluriprofessionnel au sein des MSP.

Le gouvernement souhaite doubler le nombre de MSP d'ici 2022, et souhaite également « développer les coopérations entre les professionnels de santé afin de rendre un meilleur service à la population dans les zones sous-denses ». (38)

Et la FFMPs encourage et aide au développement des PPSPR dans les MSP qu'elle accompagne.

4.1. La méthodologie

4.1.1. Les intérêts

L'expression libre de tous les participants est un avantage du focus group.

Un des points forts de cette étude est d'avoir laissé s'exprimer directement les médecins généralistes et des infirmiers, qui sont concernés par la protocolisation des soins ambulatoires et par la délégation de tâches.

Nous sommes restés neutre en tant qu'observateurs.

Le modérateur n'a pas donné son point de vue, et a essayé de reformuler les idées globales.

Il n'y a pas eu de leader d'opinion qui a imposé ses idées, chacun a vraiment pu participer sans tabou, et les infirmiers n'ont pas hésité à donner leur avis. Ma crainte était en effet qu'ils osent moins s'exprimer devant les médecins, par « effet hiérarchique », mais cela n'a pas été le cas.

De plus, les participants étaient motivés par le sujet. Cela a permis une bonne participation au focus group des médecins et IDE, d'autant plus qu'ils se connaissaient, étaient à l'aise les uns avec les autres. Cela a vraiment permis de construire un débat riche, avec des opinions divergentes et de libérer la parole de chacun.

Certains médecins ont plus parlé que d'autres, mais tout le monde a réussi à exprimer ces idées.

Plusieurs internes ou médecins remplaçants avaient auparavant organisé des focus group à la MSP avec ces mêmes médecins et IDE, dans le cadre de leur thèse. Cela est un point positif car les professionnels de santé de la MSP avaient une expérience de cet exercice particulier. Le déroulement de mon focus group a ainsi été optimal.

Les données étaient anonymisées, ce qui a à mon sens favorisé l'expression de chacun.

4.1.2. Les limites

a. Liées au focus group

L'étude qualitative par focus group présente quelques faiblesses.

Tout d'abord, il existe un biais de puissance, c'est-à-dire que les résultats ne peuvent être généralisés, le nombre de personnes interrogées étant trop faible, et du fait de la réalisation d'un seul focus group.

Mais l'objectif de ce travail était d'évaluer le protocole de la MSP au sein même de cette MSP et donc de réaliser une évaluation interne du protocole.

Il existe un biais de sélection, les médecins et IDE ayant participé au focus group ont été sélectionnés par mon directeur de thèse et moi-même.

Un biais d'interprétation peut également être décrit, le verbatim, son interprétation et les résultats ayant été réalisés seulement par moi-même.

Le guide d'entretien n'a pas été testé sur une personne extérieure ou un autre focus group, mais a été élaboré et corrigé de nombreuses fois par mon directeur de thèse, Dr Rousselot et moi-même.

b. Liées aux professionnels ayant participé au focus group

Il existe un biais de sélection et un biais de motivation.

Les médecins et les IDE ayant participé au focus group appartenaient à la MSP dans laquelle j'ai fait mon stage praticien niveau 1. Je les connaissais et avais de bonnes relations avec eux.

De plus, il existe une réelle bonne entente entre tous les professionnels de la MSP, que j'ai pu constater pendant 6 mois, et cela a favorisé la participation de tous au focus group, chacun étant content de se retrouver et d'entendre les différentes opinions de leurs collègues.

Le fait également que Dr Prin, mon directeur de thèse, appartienne à la MSP a influencé la participation des professionnels.

Par contre, leurs réponses au questionnaire du focus group n'a pas été influencée par la présence du Dr Prin, qui était en retrait physiquement, en dehors de la table, et n'a pas pris la parole pendant le focus group.

Un des autres biais est que l'échantillon de médecins et d'infirmiers participants n'est pas représentatif des médecins et infirmiers de Loire-Atlantique puisque c'est un échantillon non raisonné de personnes. Il s'agit en effet d'une étude locale concernant un groupe restreint spécifique de personnes.

Le travail a été ciblé sur une MSP, afin de réaliser une évaluation interne du protocole. On peut se demander si cela est généralisable aux autres MSP, car elles n'ont pas toutes le même mode de fonctionnement.

4.2. Les résultats

Notre étude a été réalisée un an après la mise en place du protocole AVK, ce qui peut être un peu tôt pour identifier des changements profonds dans les pratiques, avec un risque de sous-estimation des impacts de ce protocole. Mais cette étude montre que les avis sur les apports du protocole sont partagés entre les professionnels de santé de la MSP, ce qui donne du poids aux données recueillies dans le focus group.

4.2.1. Les participants au focus group

Le taux de participation a été de 90%, un seul médecin de la MSP n'a pu participer au focus group pour des raisons personnelles. Le nombre de participants reste modeste.

a. Les médecins

L'échantillon de médecin est représentatif en âge. En effet, la moyenne d'âge du focus group est de 48,3 ans et celle des médecins généralistes en Pays de la Loire est de 50,1 ans, selon l'Observatoire Régional de la Santé Pays de la Loire (39).

Par contre l'échantillon n'est pas représentatif en genre, puisqu'il y avait 100% de médecins hommes, alors qu'en 2017, 43% des praticiens en Pays de la Loire sont des femmes (39).

La seule femme médecin de la MSP n'a pu participer au focus group, or vu la proportion de médecins femmes en Pays de la Loire, son avis aurait été intéressant.

Les médecins interrogés appartiennent tous à la même MSP, il n'y avait pas de médecin hors MSP, ou ayant un exercice individuel. 65% des médecins généralistes des Pays de la Loire sont installés en groupe (cabinet médical ou MSP). (39)

De plus, les médecins présents exercent uniquement en milieu urbain, et ne sont donc pas représentatifs de l'ensemble des médecins du point de vue de ce critère.

b. Les infirmiers

Il y avait 2/3 de femmes dans les participants au focus group. 85,5% des infirmiers libéraux sont des femmes en Loire-Atlantique en 2014. (40)

La moyenne d'âge des infirmiers libéraux en France est de 40,3 ans. Les infirmiers du focus group étaient âgés en moyenne de 35,6 ans. (41)

100% des IDE interrogés exercent en libéral, au sein de la MSP. 8% des IDE exercent en libéral en Pays de la Loire. (42)

Cela n'est pas représentatif des IDE, ni des IDE libéraux. 38% des IDE libéraux exercent en groupe en France en 2015. (43)

Nous avons interrogé uniquement les IDE de la MSP, cela était un choix pour cette thèse. Il aurait été compliqué, pour des raisons pratiques, de réaliser un focus group avec les IDE libérales hors de la MSP et les IDE des EHPAD à qui le protocole a été diffusé.

Il aurait été néanmoins intéressant de recueillir leur avis. Cela peut faire l'objet d'un prochain travail.

Le protocole étant pluriprofessionnel, il aurait été intéressant également de recueillir l'avis des autres professionnels de santé impliqués dans le protocole (biologistes et pharmaciens), ainsi que l'avis des patients concernés par le protocole.

4.2.2. Limites des résultats

Les résultats ne sont pas significatifs, car plus qualitatifs que quantitatifs, mais ils peuvent cependant servir dans un deuxième temps pour élaborer un questionnaire dans le cadre d'une étude quantitative.

Les principaux résultats montrent que le protocole est diversement utilisé par les professionnels de santé, parfois peu utilisé par certains médecins. Il est pourtant basé sur des données de référence de prise en charge des déséquilibres d'INR (documents AFSSAPS 2008 et HAS 2008 sur les surdosages en AVK).

Cela peut amener à penser que les médecins généralistes ont du mal à suivre les recommandations de bonnes pratiques. Pour quelles raisons ? Quels sont les freins à utiliser les données de références ?

Les résultats montrent également que le protocole est très utile pour les IDE, ceux-ci l'utilisant quotidiennement. La protocolisation des soins paraît plus importante pour les infirmières que pour les médecins. Cela leur donne un sentiment d'autonomie et de valorisation de leur profession, par la réalisation d'actes médicaux.

Cela entraîne une réflexion sur la délégation des actes médicaux aux professionnels paramédicaux, par le biais de ces protocoles.

Cela questionne également sur l'organisation des soins primaires en général, sur l'évolution de la profession infirmière, les nouveaux rôles, et les nouvelles compétences de ces derniers.

Il peut être intéressant d'étudier l'organisation des soins primaires à l'étranger, pour comparer les diverses pratiques et voir si l'on peut s'inspirer d'autres modèles.

Les médecins ont soulevé un point important dans le focus group. Ils instaurent de moins en moins d'AVK en première intention, qu'ils ont remplacé par les NACO.

Cela peut expliquer le fait que certains utilisent peu le protocole.

4.3. Quels sont les freins des médecins généralistes à l'application des recommandations de bonne pratique ?

Les recommandations de bonne pratique sont définies par l'ANAES comme « des propositions développées avec une méthode explicite pour aider le praticien et le patient à rechercher les soins les plus appropriés dans des circonstances cliniques données. Leur objectif principal est de fournir aux professionnels de santé une synthèse du niveau de preuve scientifique des données actuelles de la science et de l'opinion d'experts sur un thème de pratique clinique, et d'être ainsi une aide à la décision en définissant ce qui est approprié, ce qui ne l'est pas ou ne l'est plus, et ce qui reste incertain ou controversé. » (44)

Les protocoles de soins rentrent dans ces « bonnes pratiques » puisqu'ils suivent des données de références, et sont une aide à la décision.

Plusieurs travaux se sont intéressés à ce sujet.

La méconnaissance des recommandations par le médecin généraliste reste le frein principal à leur application. Cela est confirmé par l'ANAES : pour qu'un médecin applique les recommandations, il faut bien entendu en premier lieu qu'il connaisse leur existence. (44)

Comme nous avons pu le voir dans le focus group, un des médecins n'était pas au courant de la diffusion du protocole avec la recommandation sur la prise en charge des déséquilibres d'INR, il ne pouvait donc pas les appliquer.

Une enquête a été réalisée auprès de 1905 médecins français, et publiée par la DREES en 2009 (45). Elle s'intéressait à 6 recommandations de bonnes pratiques, concernant l'asthme, l'HTA, les dyslipidémies, la migraine, la dépression et l'obésité de l'enfant.

Seul 10% des médecins connaissaient les 6 recommandations.

L'étude montre que 58% des médecins interrogés adhèrent fortement aux recommandations. 33% des médecins y adhèrent plus modérément car les trouvent trop nombreuses, prenant trop

de temps à consulter, évoluant trop rapidement, certains décrétant qu'elles ne sont pas adaptées à la médecine de ville.

Parmi les médecins n'adhérant pas aux recommandations, la quasi-totalité d'entre eux ne sont pas d'accord avec ces dernières.

Si le médecin se sent peu efficace dans la prise en charge d'une pathologie (par exemple l'obésité de l'enfant), il montre moins d'intérêt pour les recommandations.

Les médecins fortement adhérents aux recommandations sont en général des médecins plus jeunes. Il existe probablement un « effet de génération » et cela peut s'expliquer par une évolution de la formation médicale.

En effet, au cours de notre focus group, les médecins ayant le plus manifesté leur intérêt pour le protocole sont les plus jeunes de la MSP.

Les médecins d'une génération plus âgée ont peut-être eu moins l'habitude d'utiliser les protocoles ? Et par conséquent auraient plus de difficultés à changer leurs pratiques ?

Les médecins utilisant peu les recommandations de l'AFSSAPS concernant le surdosage en AVK, cela amène à se demander si elles sont adaptées pour équilibrer un INR en ville ? Cela n'a pas été évoqué par les médecins généralistes du focus group. A l'hôpital, il est aisé de reconstrôler un INR dès le lendemain de la découverte d'un déséquilibre d'AVK. En ville, les médecins se laissent en général plus de temps.

La mise en place des recommandations par les médecins est influencée par plusieurs facteurs : l'organisme qui en est à l'origine (44), les médecins accordant plus leur confiance dans les recommandations d'origine professionnelles que dans celles issues d'organisme de financement. Les recommandations doivent également être claires et fondées sur des preuves scientifiques. (46)

Cela est confirmé dans une thèse sur les recommandations en médecine générale (47). 13 médecins généralistes ont été interrogés lors de focus group, sur les freins ressentis à l'application des recommandations de bonne pratique. Même si ces résultats sont peu puissants et non généralisables, car émanant d'une étude qualitative, ils en restent néanmoins intéressants.

Le frein principal est également la méconnaissance des recommandations.

D'autres facteurs expliquent la non-utilisation des recommandations. Le « facteur humain » est un élément important à prendre en compte, la plupart des médecins ne trouvant pas les recommandations adaptées aux patients.

Les médecins regrettent que les recommandations ne soient pas élaborées par des médecins généralistes. Ils évoquent les conflits d'intérêts avec l'industrie pharmaceutique.

Ils peuvent ressentir une perte de liberté en lien avec la standardisation des soins.

Certains résultats de l'étude DREES sont confirmés (45) : les recommandations sont trop nombreuses, et les médecins manquent de temps en consultation pour les appliquer. Ils manquent de temps également pour se former à ces recommandations. Le lien avec l'âge est également décrit dans cette thèse.

Des médecins ont pu dire qu'ils n'étaient pas d'accord avec les recommandations, ou qu'ils n'étaient pas prêts à changer leurs pratiques professionnelles si elles se révélaient efficaces, préférant ainsi écouter leur expérience.

Cela varie évidemment en fonction de la personnalité et des croyances personnelles de chaque médecin.

Le patient peut parfois se révéler le frein à l'application des recommandations, du fait de son manque d'adhésion thérapeutique.

Les médecins généralistes peuvent ne pas être d'accord avec les recommandations (entre 39 et 45% d'entre eux selon les études et selon l'ANAES).

Une étude qualitative française a cherché à montrer, en prenant l'exemple du diabète de type 2, que les médecins généralistes ne peuvent suivre les recommandations de l'ANAES car celles-ci ne sont pas adaptées à leur pratique. (48)

Seulement 45% des médecins sont complètement en accord avec les référentiels. Comme dans l'étude de la DREES (45), ce travail décrit que les médecins ne suivant pas les recommandations sont le plus souvent en désaccords avec celles-ci.

Les médecins interviewés développent un discours ambivalent concernant les référentiels. Ils sont plutôt positifs dans le sens où ils considèrent que ces documents permettent de fixer des cadres communs, notamment dans le suivi des patients, et permettent de mettre à jour leurs connaissances. Ils critiquent par contre « l'uniformisation » des pratiques, qui entraîne une limitation de leur exercice, ce qu'ils estiment ne pas être en accord avec l'exercice de la médecine générale libérale.

Le défaut d'observance du patient n'aide pas le médecin à appliquer les recommandations.

Les médecins reconnaissent leurs limites humaines, et avouent être en permanence dans le compromis entre les données de références, leurs expériences personnelles, et le patient. (48)

Ce risque d'uniformisation des soins et de « standardisation » via les recommandations de bonnes pratiques et les protocoles, peuvent selon certains médecins les priver de liberté. Ces protocoles ne peuvent prendre en compte toutes les situations, tous les patients. (49)

Cela a bien été dit lors du focus group, que le protocole était applicable de façon différente, en fonction du niveau de compréhension du patient.

Une étude qualitative sur les représentations des recommandations professionnelles par les médecins généralistes, réalisées auprès de 11 médecins parisiens en 2006, a montré que 39% des médecins trouvaient les recommandations plutôt inutiles, et difficiles à appliquer en pratique. 28% les trouvent utiles mais celles-ci pourraient être améliorées. (50)

Cela confirme les résultats de plusieurs autres études : les recommandations constituent un atout pour le praticien, même s'ils n'y recourent pas toujours dans sa propre pratique. Ces recommandations sont estimées trop longues, pas assez synthétiques, complexes et difficiles à mémoriser. Les médecins pensent qu'elles sont élaborées par des experts éloignés de la pratique de terrain, ou qui ne la comprennent pas. Comme dans d'autres travaux, ce sont plutôt des médecins installés depuis longtemps qui avancent que les recommandations sont, dans l'ensemble, difficiles à tenir.

L'HAS reste néanmoins prudente sur l'application des recommandations, indiquant que les recommandations de bonnes pratiques sont « des synthèses rigoureuses de l'état de l'art et des données de la science à un temps donné. Elles ne sauraient dispenser le professionnel de santé de faire preuve de discernement dans sa prise en charge du patient qui doit être celle qu'il estime la plus appropriée, en fonction de ses propres constatations ». (51)

Le protocole AVK de la MSP fait 4 pages et est donc peut être un peu long et peu pratique à utiliser en consultation.

Alors comment faire pour que les médecins prennent connaissance des recommandations de bonne pratique et ne les oublient pas ?

L'ANAES en 2000 et l'HAS en 2014 ont analysé les différents moyens de diffuser les recommandations de bonne pratique. Les rappels informatiques semblent être la meilleure façon pour que les médecins mettent en place les recommandations. (44)

La diffusion seule des recommandations sur des documents imprimés, sans intervention n'a pas assez d'impact. (44, 46)

Les systèmes d'aide à la prescription ont un impact positif sur les actions de prévention en médecine générale (46). Ils sont également efficaces pour prescrire la bonne posologie de médicament. On peut donc se dire que ce système pourrait être intéressant pour les AVK. Avec des alertes à intégrer au logiciel de la MSP (« votre patient a un INR à tant, vous devez modifier la posologie de ...% », ou « votre modification d'AVK est en dehors des recommandations » ...)

Le fait d'expliquer clairement les recommandations à un ensemble de professionnels de santé par une personne qualifiée se révèle efficace. (46) On peut donc supposer qu'une réunion avec les médecins et les infirmiers par un des référents de l'élaboration des protocoles pluriprofessionnels est nécessaire. Elle a été réalisée pour les médecins et IDE de la MSP, et pour les IDE des EHPAD de Saint- Nazaire.

Cette intervention peut s'accompagner d'un changement des pratiques de prescriptions dans jusqu'à 70% des cas (46).

Nous avons pu constater un changement de méthode de travail avec plusieurs IDE dans la MSP.

Le mélange de ces méthodes est conseillé (46).

4.4. La collaboration interprofessionnelle

4.4.1. Généralités

La collaboration interprofessionnelle peut être définie comme « un type de pratique professionnelle dans laquelle la recherche de consensus et l'ouverture des territoires professionnels jouent un rôle majeur. Il existe un échange volontaire de connaissances, de compétences et d'expertise ». (52)

La loi HPST a créé la notion de « coopération » entre professionnels de santé, définie comme « une démarche ayant pour objet d'opérer entre eux des transferts d'activités ou d'actes de soins ou de réorganiser leurs modes d'intervention auprès du patient » (53).

La collaboration est basée sur l'interdépendance et la confiance entre professionnels. Il faut pour cela réussir à comprendre les attentes professionnelles de l'autre, évaluer ces compétences et l'intérêt personnel du professionnel pour la pratique collaborative. La définition des rôles de chacun et la communication apparaissent à la fois comme des outils pour aider au développement de la collaboration et des indicateurs de son degré d'évolution (52).

Les pouvoirs publics favorisent la coopération pluriprofessionnelle en soutenant les MSP par des aides financières et en créant un statut juridique de SISA (Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires). (54, 55)

La loi HSPT a donc permis de développer des protocoles de coopération, avec possibilité de pratiques dérogatoires, que les professionnels de santé peuvent élaborer et soumettre à l'ARS, qui le transmet par la suite à l'HAS, ce qui renforce le cadre juridique. Les premiers protocoles de coopération ont été initiés en 2011. (55)

Les protocoles de coopération ont été développés pour une meilleure collaboration entre professionnels de santé. Ils sont à distinguer des PPSR, qui entrent dans une démarche collective d'amélioration des pratiques mais sans cadre légal. (56)

« En l'état actuel du droit, le développement des coopérations passe par la mise en œuvre d'un plus grand nombre de protocoles. Cette augmentation pourrait être facilitée par la simplification

des procédures d'élaboration de protocoles locaux d'une part et, parallèlement, par la conception de protocoles nationaux ("clé en main") d'autre part. » (54)

Le protocole AVK de la MSP Laennec n'est pas un protocole de coopération validé par l'ARS. C'est un PPSPR qui permet néanmoins une collaboration interprofessionnelle, une harmonisation et une amélioration des pratiques au sein de la structure.

4.4.2. Intérêts

Les nouvelles formes de coopération entre professionnels permettent de faire évoluer le système de santé et permettent une amélioration de la qualité des soins. Elles font évoluer les rôles des différents professionnels de santé, avec un enrichissement des tâches. Elles permettent de renforcer leur motivation, de rendre plus attractives certaines professions paramédicales, en améliorant la reconnaissance de leurs compétences, et en permettant de faire évoluer leur carrière. (57, 58)

De plus, l'exercice libéral est plus attractif s'il est pluriprofessionnel. Pour l'instant il n'y a pas d'impact économique sur les dépenses de santé car il y a un coût de formation et de qualité des soins. (58)

Une étude a montré des bénéfices à l'utilisation des protocoles (59), bénéfices que l'on retrouve également dans notre focus group. L'étude en question a des limites puisqu'elle est qualitative, elle est peu puissante et non généralisable.

20 professionnels de santé (médecins, IDE et cadres) exerçant en hospitalier ou en ambulatoire (Hôpital À Domicile HAD) ont été interrogés sur les potentiels changements dans leur pratique suite à la mise en place d'un protocole de soins pour la transition entre chirurgie ambulatoire urologique et HAD. L'étude avait pour objectif d'évaluer les impacts sur les pratiques professionnelles d'un tel protocole.

Des effets bénéfiques ont été décrits : remise en question de la part des soignants sur leurs pratiques professionnelles, meilleure traçabilité de l'information, sécurisation des soignants sur leurs soins, sécurisation des patients, harmonisation des pratiques, continuité des soins entre professionnels, répartition des tâches entre professionnels.

Le point négatif était le risque de technicisation des soins au détriment du relationnel.

Il est montré que les professionnels intervenant à domicile chez des patients en situations complexes se sentent parfois isolés, sans harmonisation des interventions et avec des difficultés pour se coordonner.

C'est pourquoi, l'enjeu est de trouver un compromis entre les activités professionnelles formalisées et la préservation des marges de liberté chez les professionnels. Il est montré enfin que la conduite du changement nécessite un pilotage afin d'encourager la participation des professionnels en limitant les comportements de résistance.

4.4.3. Obstacles

La France est en retard dans le développement des soins primaires et dans la coopération médecins – infirmiers et la délégation de tâches. Afin de faire évoluer la qualité des soins ambulatoires, il est nécessaire d'appliquer une politique de soutien des structures pluridisciplinaires et de reconnaître juridiquement les nouvelles compétences des acteurs de santé. (55)

La collaboration entre les professionnels de santé peut être freinée tout d'abord par la différence de formation entre eux. En effet, les médecins généralistes ont un bac+9, les paramédicaux un bac+3. La création de master pour infirmière en pratique clinique va permettre d'améliorer cela. (60)

De plus, le fait d'être rémunéré à l'acte ne favorise pas cette collaboration car chaque professionnel veut évidemment éviter toute perte de revenu. Les aides financières apportées aux MSP tendent à valoriser cette coopération, en rémunérant les réunions entre professionnels de santé.

D'autres freins relevés à cette coopération concernent le statut juridique définissant les rôles et les actes de chacun, la nécessité de formation, la perte de la « relation privilégiée » entre le patient et son médecin, et l'identité professionnelle, les craintes étant que les patients pensent que la qualité des soins sera moindre si les missions effectuées auparavant par les médecins le sont par d'autres professionnels de santé. (55)

Concernant les protocoles de coopération, le principal frein à leur développement est la complexité des procédures administratives pour les mettre en place, (55) et la lenteur pour la validation par l'ARS et l'HAS (jusqu'à 3 ans !). (61)

Une étude hospitalière a montré que les protocoles peuvent être utiles pour les soignants « débutants », les soignantes expérimentées en voient moins la nécessité et aimeraient plus de temps et de moyens pour réaliser leurs actes plutôt que suivre des protocoles, elles craignent des soins devenant stéréotypés. (62)

Cela n'a pas été confirmé par les IDE de notre focus group, qui utilisent tous autant le protocole, indifféremment de leur expérience et de leur âge.

4.4.4. Intérêt de la collaboration interprofessionnelle dans le suivi de l'équilibre des AVK

2,5% des hospitalisations seraient causées par un événement indésirable grave (EIG) évitable. Parmi les EIG causes d'hospitalisation, l'étude nationale sur les événements indésirables graves liés aux soins (ENEIS) révèle qu'entre 48% et 58% des EIG impliquent un produit de santé et que la moitié des cas est jugée évitable (63). Avec 81% des EIG associés à un médicament, l'étude sur les événements indésirables liés aux soins extra-hospitaliers confirme leur implication majeure dans l'iatrogénie (64). Dans le contexte des soins ambulatoires, le patient ou son entourage sont directement à l'origine de 23% des EIG et les AVK sont impliqués dans 26% des cas.

Un des facteurs contribuant aux événements indésirables liés aux AVK est l'absence d'utilisation du carnet AVK.

Les autres principales causes immédiates de survenue des EIG sont :

- une erreur d'indication thérapeutique par méconnaissance des recommandations,
- un défaut de surveillance notamment par défaut de vigilance de l'état de santé ;
- un problème de communication entre médecins et soignants ;
- le problème de traçabilité des informations concernant le patient, notamment dans le cadre de l'exercice isolé des professionnels de santé ;

Cela montre bien l'intérêt de la collaboration entre professionnels de santé.

L'étude des causes d'EIG a mis en évidence un défaut de respect des bonnes pratiques de prescription et de suivi des patients. Ces causes n'impliquent pas uniquement le médecin et la collaboration entre les professionnels de santé de soins de premiers recours peut les prévenir.

Une thèse s'est intéressée en 2013 aux facteurs responsables des déséquilibres d'INR (65). Parmi les causes, ont été retrouvés :

- mauvaise observance ou mauvaise compréhension du traitement, de l'INR par le patient, qui ne connaît pas les risques liés au sous-dosage et surdosage ;

- durée prévue pour le prochain contrôle INR non respectée (seulement 32.7% de prises en charge adaptées) qui est de 7 jours en moyenne alors qu'il est recommandé de contrôler l'INR entre 2 et 4 jours après changement de posologie ;
- mauvaise communication entre les patients, le laboratoire et les professionnels de santé ;
- règles hygiéno-diététiques non expliquées au patient, ou non rappelées lors des consultations liées au déséquilibre de l'INR (règles hygiéno-diététiques expliquées seulement à 63,4% des patients).

Toutes ces études montrent à quel point la communication et la coopération entre les professionnels acteurs de la prise en charge et les patients sous AVK est importante, ainsi que l'application des recommandations et l'éducation thérapeutique.

4.5. L'organisation des soins primaires à l'étranger

Les rôles des médecins et des infirmiers dans le système de soins des pays européens, du Canada et des États-Unis, leur coopération et la délégation de tâches dépendent de plusieurs facteurs : l'organisation du système de santé dans ces différents pays, la volonté de développer les soins primaires, leur financement, l'évolution de la démographie médicale, l'organisation et l'évolution de la profession infirmière et son expertise, et la demande croissante des soins au domicile du patient, effectués dans beaucoup de pays quasiment exclusivement par les infirmiers. (66)

Le travail de groupe est en train de se développer en France (avec notamment l'augmentation du nombre de MSP ces dernières années), mais cela fait bien longtemps que nos confrères européens, américains et canadiens collaborent ensemble de façon pluriprofessionnelle.

Au Canada et aux États-Unis la délégation de tâches est expérimentée déjà depuis les années 1960, faisant apparaître de nouveaux métiers : les nurse practitioner depuis 1980 et les physicians assistants ou auxiliaire médicaux. (67)

Plus de 90% des médecins travaillent en groupe en Suède, en Finlande, au Royaume-Uni et au Québec. En Allemagne, en Italie et en Belgique, le travail individuel est majoritaire, puisque moins de 30% des médecins sont installés dans un cabinet de groupe. (68)

4.5.1. Organisation des soins primaires au Royaume-Uni

92% des médecins généralistes exercent dans des cabinets privés pluriprofessionnels où le champ d'intervention des infirmiers est large, notamment dans les soins de première ligne (66). Seulement 8% des médecins exercent dans des cabinets individuels.

Les professionnels de santé collaborent ainsi via les Primary Care Trusts, réseaux groupés de cabinets privés avec médecins, infirmiers, pharmaciens, kinésithérapeutes, dentistes..., ils gèrent l'offre de soins ambulatoires locale et permettent d'embaucher du personnel soignant. (59)

Le National Health System (NHS) passe contrat directement avec les cabinets de groupe depuis la mise en place du New General Practitioner contract en 2004. C'est le NHS qui finance ainsi les cabinets. (68)

La coopération entre médecins généralistes et infirmiers a été développée au vu de la pénurie de médecins (59), est favorisée et encouragée par le financement du salaire de l'infirmier. (66)

Le revenu perçu par le cabinet médical dépend de la quantité de patients pris en charge et des services fournis par le cabinet. Les infirmiers sont recrutés pour remplir ces missions, et cela est intéressant financièrement pour les médecins, car leur salaire est assuré à au moins 70% par les autorités locales. (66)

Les médecins sont, depuis 2004, payés à la performance, ce qui les incite à atteindre des objectifs qualitatifs et à développer la pratique collective. (59)

Deux concepts permettent aux infirmiers d'élargir leur champ d'actions et leurs responsabilités. En mars 1998, a été créé le "NHS direct" (National Health Service Direct). Il s'agit d'un service de gardes téléphoniques, assurés par des infirmiers 24h/24, ces derniers ont un rôle d'orientation des patients, à l'aide d'un logiciel d'aide au diagnostic.

Il existe également les "NHS walk-in-centres" depuis 2000, ce sont des centres accessibles 7 jours sur 7 de 7h à 22h, où les infirmiers réalisent des consultations, traitent des pathologies mineures, font la promotion de santé, dans des endroits fréquentés de la ville. (66)

Les infirmiers assurent également le suivi de pathologies chroniques.

Il existe des « nurse practitioner », c'est-à-dire des infirmières praticiennes formées, qui exercent depuis la fin des années 1980 en première ligne, dans les régions où la démographie médicale est pauvre. Elles effectuent des actes habituellement réservés aux médecins, en suivant des protocoles. Les infirmières praticiennes de première ligne peuvent même effectuer des consultations, diagnostiquer et prescrire pour des pathologies médicales fréquentes mineures. (69)

4.5.2. Les pays scandinaves

En Finlande : 90% des médecins sont regroupés dans des centres de soins pluriprofessionnels. Les centres de santé sont le pivot central du système de soins. (68)

En Suède : le travail pluriprofessionnel est privilégié, 98% des médecins exerçant en groupe. Les soins primaires sont regroupés uniquement dans des centres de santé mêlant médecins généralistes, infirmiers, autres professionnels de santé (dont parfois des spécialistes, les centres étant ainsi pluri-spécialisés), depuis les années 1980. Les médecins sont salariés de ces centres de santé. (68)

Les infirmières en pratiques avancées ont d'ailleurs obtenu le transfert du droit de prescription. (66)

4.5.3. Au Canada (Québec et Ontario)

Au Québec : 90% des médecins généralistes exercent de façon pluriprofessionnelle et pluri-spécialisée.

En Ontario : 60% des médecins sont en groupe, le plus souvent de façon mono-spécialisée. (68)

Il a été mis en place les "Family Health Networks" (FHN), équivalent au Québec des "Groupes de Médecine de Famille" (GMP), expérimentant un nouveau modèle d'organisation des services de santé. Ces structures sont composées de médecins et infirmiers pour un travail en équipe, et une délégation de certaines activités aux infirmiers (notamment en termes de conseil et de suivi). Cela permet de renforcer le rôle de première ligne en soins primaires des infirmiers, et sur le plan législatif, les infirmiers peuvent avoir des activités cliniques qui leur sont réservées. (66)

Les GMP au Québec sont en contrat avec les autorités locales, et reçoivent des aides financières pour rémunérer le personnel administratif, pour louer des espaces supplémentaires, pour embaucher des infirmiers, et reçoivent des forfaits de rémunération supplémentaire pour les médecins en fonction du nombre de patients dans les GMP, s'ils effectuent des gardes... (59)

Au Québec et en Ontario, les compétences des infirmiers sont réunies dans une liste d'actes contrôlés, qui se partagent entre professions régulées, afin de favoriser leur collaboration. Au Québec, le champ d'exercice infirmier a une reconnaissance juridique. (66)

La profession d'infirmière en pratique avancée existe également au Canada, avec droit de prescription. Les infirmiers sont salariés et il n'existe pas de paiement à l'acte. (66)

4.5.4. Autres pays européens

En Allemagne, les médecins généralistes libéraux travaillent dans 75% des cas de façon individuelle, et s'ils sont installés en cabinet, ce sont des cabinets « mono-professionnels » (68)
Les infirmiers collaborent peu avec les médecins dans le cadre des soins primaires. (66)

En Belgique : environ 30% des médecins travaillent en groupe, et parmi eux, seuls 5% travaillent dans nos équivalents de MSP. (68)

En Italie : seuls 15-20% des médecins travaillent en groupe, la plupart sont installés individuellement. (68)

4.5.5. Délégation de tâches à l'international

Le transfert d'activités du médecin vers l'infirmier est déjà expérimenté dans les pays anglo-saxons, sous le terme de « pratique infirmière avancée ». Elle regroupe les “clinical nurse” ou infirmière clinicienne spécialisée, qui exercent le plus souvent à l'hôpital et permet le développement des soins infirmiers, de la recherche et de la formation ; et les “nurse practitioner” ou infirmière praticienne, qui est formée au diagnostic de certaines pathologies, à la réalisation d'actes ou de prescriptions, en complément du médecin. Ces dernières sont développées en soins primaires en Ontario et au Royaume-Uni. (66)

Les infirmières en pratiques avancées ont d'ailleurs obtenu le transfert du droit de prescription au Royaume-Uni, au Canada et en Suède, notamment pour le suivi des patients à leur domicile au Royaume-Uni. Cela permet d'élargir leur champ de compétences. (66)

Ce développement des activités infirmières dépend en grande partie de l'évolution de la démographie médicale. Ce développement est important en Suède, au Canada et au Royaume-Uni car la densité médicale y est modérée, à l'inverse de l'Italie ou de l'Allemagne. (66)

Il n'existe pas de décrets de compétences des infirmiers au Royaume-Uni, en Italie, en Suède, aux Pays-Bas et en Allemagne, où dans ce dernier pays la délégation de tâches dépend de ce que le médecin accepte de déléguer. (66)

Au Royaume-Uni, les qualifications infirmières sont définies dans leur programme de formation. Le Nurse and Midwifery Council délivre le droit d'exercer, sous couvert de la législation. (66)

Dans la plupart de ces pays (Ontario, Québec, Allemagne, Pays-Bas), les infirmiers sont salariés et il n'existe pas de paiement à l'acte. (66)

Quatre études anglaises, plutôt anciennes, ont montré que les soins primaires pouvaient être efficacement confiés aux infirmières praticiennes. (67)

Une méta-analyse anglaise à partir de 38 études contrôlées sur la délégation de tâches montre en 1995 que la qualité des soins, des prescriptions des infirmiers à compétence étendue est équivalente à celle du médecin, et qu'ils obtiennent une meilleure observance aux recommandations thérapeutiques et une meilleure satisfaction des patients. Leur durée de consultations est plus longue, et elles demandent plus d'examens complémentaires (67). Ces résultats sont intéressants même si la méthodologie de l'étude est peu rigoureuse et la puissance insuffisante.

Une étude non contrôlée réalisée en Espagne sur 3 ans, de 2009 à 2012, a évalué le retentissement d'une formation permettant aux infirmières de prendre en charge des patients adultes en soins primaires. Elle a montré qu'une intervention pluridisciplinaire auprès des infirmières a effectivement permis l'amélioration de leur capacité à prendre en charge des patients relevant de soins primaires (plus de cas résolus au fur et à mesure de la formation, et moins de patients reconsultant). (70)

Sur le plan économique : l'efficience n'est pas toujours retrouvée, car les infirmiers prennent plus de temps avec le patient qu'un médecin et la création de nouveaux services entraînent des dépenses, ainsi que la formation des délégués à court terme. Mais le fait de réorganiser les soins primaires permet tout de même de réduire les coûts liés au recours à l'hôpital. (59)

4.6. Expérimentations et délégation de tâches en France

4.6.1. Généralités

La délégation de tâches correspond à la délégation d'actes qui sont habituellement effectués par une certaine catégorie de professionnels de santé vers une autre catégorie. Les professionnels déléguant gardent la responsabilité des actes délégués. La responsabilité du délégué est engagée dans la réalisation de l'acte. (71)

Le transfert de tâches est défini comme l'action de déplacer l'acte de soin, d'un corps professionnel à un autre : les activités sont confiées dans leur totalité, y compris en termes de responsabilité, à une autre profession. Les professionnels non médicaux sont donc autonomes dans la décision et la réalisation. « Dans tous les cas, le professionnel qui se voit déléguer ou transférer un acte de soin ou une tâche doit posséder les compétences nécessaires, c'est-à-dire la maîtrise d'une combinaison de savoirs (connaissances, savoir-faire, comportement et expérience) en situation ». (71)

L'article 131 de la loi du 9 août 2004, relative à la politique de la santé publique, a permis de poser un cadre légal à la coopération entre professionnels de santé et aux transferts de compétences entre les professions médicales et les autres professions de santé. (72)

Cette délégation de compétences s'est révélée nécessaire au vu tout d'abord de l'évolution défavorable de la démographie médicale avec disparité de répartition des médecins. (58, 71)

En effet, selon le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM), en 2016, 88 886 médecins généralistes exerçaient en France, soit 8.4% de moins qu'en 2007, année où ils étaient 97 012 (73). En 2014, les médecins généralistes étaient 90 630 en France (74). Cette tendance se confirme avec une forte probabilité d'atteindre 86 203 médecins généralistes en 2020 (74) puis 81 455 médecins généralistes en 2025. (73)

Une des raisons de cette diminution préoccupante du nombre de médecins généralistes est le nombre important de départs en retraite. (73)

L'évolution de la démographie médicale va dépendre des décisions publiques prises aujourd'hui et de l'évolution des choix individuels des jeunes médecins. Selon la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, le nombre de médecins en activité ne retrouverait son niveau actuel qu'en 2030. (75)

Cela va néanmoins permettre de favoriser le regroupement professionnel et de déléguer aux paramédicaux. (59)

La délégation de tâches est essentielle également au vu du vieillissement de la population, du développement des pathologies chroniques et des patients polypathologiques nécessitant des soins primaires, au vu de la nécessité d'efficience des prises en charge avec difficultés de financement de la santé, et au vu de l'aspiration des différents acteurs de santé de faire évoluer leur profession, leurs activités. (58, 72)

De plus, le souhait de nouvelles conditions d'exercice des médecins, surtout des jeunes diplômés, la demande de reconnaissance des professions paramédicales, la maîtrise des dépenses de santé sont en faveur d'une nouvelle organisation des soins primaires en France. (76)

Cette substitution de tâches déjà existante est permise par l'instauration des protocoles. L'objectif de cette délégation est de dégager du temps pour que les médecins puissent réaliser des actes où leur expertise est plus nécessaire, et de rendre leurs conditions d'exercice meilleures. (59)

4.6.2. Expérimentations françaises

Le premier rapport du Pr Berland relatif à la démographie des professions de santé puis la loi du 9 août 2004 ont rendu possible les expérimentations de coopération entre professionnels de santé et le transfert de compétences. Cela permet de déroger aux décrets d'actes limitatifs des professions paramédicales.

Le transfert de compétences est désormais cadré depuis la création de l'ordre infirmier, l'article 51 de la loi HSPT de 2009 et l'universitarisation des études infirmières depuis septembre 2009 avec un cursus « LMD ».

Les médecins manquent de temps pour satisfaire la demande croissante de soins, d'information, d'accompagnement, de soutien et d'éducation thérapeutique de leurs patients, ce qui prouve la nécessité de déléguer certaines tâches aux paramédicaux, qui de leur côté, cherchent à faire évoluer leurs professions.

La délégation de tâches et les pratiques avancées existent depuis longtemps, de façon officieuse. (77)

Cinq expérimentations ambulatoires ou hospitalières ont été réalisées par l'Observatoire de la Démographie des Professions de Santé, dirigé par Pr Berland à partir de décembre 2003, visant à réfléchir sur l'évolution des professions de santé et sur les modalités de transfert ou de délégation de tâches et de compétences entre la profession médicale et les autres professions de santé. (78)

Il s'agissait dans ce travail d'expérimenter des délégations d'actes techniques, de prévention ou de prise en charge de pathologies chroniques. Ont été expérimenté la prise en charge des patients en hémodialyse par une infirmière, le suivi de patients traités pour une hépatite C par une infirmière experte, la coopération entre manipulateur en électroradiologie et médecin radiothérapeute, la collaboration entre ophtalmologiste et orthoptiste en cabinet de ville et la coopération entre médecin spécialiste et diététicien pour le traitement des diabètes de type 2.

Les actes à réaliser (prescription d'examens complémentaires, réalisation de vaccin, renouvellement d'ordonnance, signes devant faire alerter un médecin par les infirmiers) étaient inscrits dans des protocoles.

Ces 5 études ont permis de montrer que la réalisation d'actes médicaux par des professionnels paramédicaux formés est faisable et dans des conditions de sécurité satisfaisantes pour le patient, en collaborant étroitement avec le médecin et en réorganisant le travail.

La sécurité de cette collaboration entre médecin et infirmier est garantie par la formation spécifique des infirmiers, par la disponibilité des médecins et par la protocolisation des activités (77), ce qui a été en effet décrit par les infirmières de notre focus group.

Une étude a confirmé que les médecins généralistes étaient partants pour déléguer certains actes décrits par Pr Berland aux infirmiers. Cette étude transversale nationale multicentrique a été réalisée en 2014 dans 128 cabinets de médecine générale accueillant des internes en stage de niveau 1 (79). L'objectif principal était de décrire la fréquence et les caractéristiques des soins transférables des médecins généralistes à d'autres professionnels de santé.

18,1% des procédures de soins réalisées par les médecins sont estimées transférables. Il s'agit principalement de la prise de la tension artérielle, le poids, la taille, la prescription médicamenteuse, l'éducation thérapeutique et la réalisation de vaccins.

50,2% de ces procédures transférables le sont sous conditions, notamment via un protocole pluriprofessionnel de soins prédéfini.

Les professionnels auxquels les procédures sont transférables sont les infirmiers (67,1%) et les pharmaciens (32,7%).

Les procédures estimées peu transférables étaient l'interprétation et la prescription d'examen complémentaires, la référence à un spécialiste.

La crainte des médecins d'une menace de leur statut et de leurs revenus est un possible frein au transfert de procédures.

Une autre expérimentation de la coopération médecin – IDE a été initiée en 2004 en Poitou-Charentes, via le dispositif ASALEE (Action de Santé Libérale En Equipe) (76). C'est la première en France à s'intéresser à la coopération des professionnels de santé dans le champ des soins de premiers recours. L'objectif d'ASALEE est de déléguer aux infirmiers des missions d'éducation et de prévention, en organisant notamment des consultations d'éducation thérapeutique pour le diabète et l'hypertension artérielle, de dépistage des troubles cognitifs après 75 ans, du dépistage des facteurs de risques cardio-vasculaires, et en assurant le suivi des dossiers informatisés des patients (rappel de dates d'examen). Ces infirmiers, salariés d'ASALEE interviennent dans des cabinets médicaux, et sont en collaboration avec le médecin en suivant des protocoles précis.

En 2004, ASALEE travaillait avec 3 cabinets dans les Deux-Sèvres (12 médecins généralistes et 3 infirmiers), puis 18 cabinets en 2007 dans d'autres régions (41 médecins généralistes et 8 infirmiers).

Cette étude a donc évalué la coopération entre médecin et infirmier dans le cadre du diabète de type 2. Les principaux résultats montrent que la coopération médecin – IDE est efficace et efficiente. La consultation d'éducation thérapeutique permet d'améliorer l'équilibre glycémique (repose sur l'HbA1c uniquement, les autres données cliniques tel que l'IMC, la survenue de complications ne sont pas prises en compte) et le suivi. Les données concernant l'HbA1c ne sont basées que sur 588 patients sur les 1684 inclus dans le dispositif ASALEE.

L'informatisation des données améliore également le suivi. Les dépenses des patients suivis par ASALEE ne sont significativement pas plus importantes pour l'Assurance maladie.

Le projet se développe, puisqu'en novembre 2014, 14 équipes (médecins et infirmiers) étaient engagées dans le processus initié par l'association ASALÉE en Pays de la Loire. (80)

Ces résultats confirment les données retrouvées dans la littérature internationale. Des méta-analyses réalisées par Cochrane montrent que les infirmières formées peuvent délivrer des soins de qualité équivalente à celle des médecins. Le temps médical dégagé est difficile à préciser. L'impact économique est également difficile à évaluer et est lié au système de soins. La charge de travail des médecins est la même si les infirmiers effectuent des activités qui jusqu'alors n'étaient pas satisfaites. L'objectif économique étant de redistribuer le temps médical à une autre activité. Des efforts restent à faire sur la protocolisation des soins qui est une des garanties à la délégation de tâches. Mais les différents acteurs médicaux et paramédicaux paraissent motivés à l'évolution de leurs pratiques et à la collaboration pluriprofessionnelle. (78)

Une étude réalisée en milieu hospitalier en 2014, pour une prise en charge très spécifique d'oncologie, a recueilli les ressentis des infirmières sur la délégation de tâches protocolisée (81).

Cela n'est probablement pas superposable aux ressentis des infirmières libérales mais reste intéressant.

Les infirmiers du Pôle Anticancéreux Orlaux de l'Hôpital de Jour oncologie de l'hôpital Saint-Antoine ont un rôle important dans l'explication du traitement et de sa surveillance. Ils contrôlent les bilans biologiques des patients et donnent eux-mêmes leur accord pour la prise de la chimiothérapie, sous certaines conditions. Ils vérifient sur le tableau international de critères des toxicités, les effets secondaires des différentes molécules de chimiothérapie. En cas d'effet secondaire égal ou supérieur à un grade 2 (sur une cotation de 0 à 4), un avis médical est demandé. Cela leur donne plus de responsabilité et de valorisation de leur profession. « Il incombe à chacune de connaître ses limites et de s'adresser aux médecins, toujours présents, au moindre doute. Nous percevons aisément toute la confiance que nous accorde l'équipe médicale du service et c'est très appréciable ».

Une enquête interne de satisfaction a été réalisée en 2013 auprès des patients. Ces derniers paraissent satisfaits d'être pris en charge par les infirmiers, et ressentent une plus grande proximité avec les professionnels et sont sereins car peuvent joindre l'équipe sans difficulté. Ils apprécient également le fait d'avoir des interlocuteurs qualifiés qu'ils connaissent. (81)

De multiples études internationales montrent que les patients expriment plus aisément leurs appréhensions et leurs difficultés auprès d'une infirmière que d'un médecin. C'est pourquoi il paraît possible que l'infirmière évalue l'observance des traitements et les effets secondaires des traitements. Dans ce contexte de délégation de prescription, l'infirmière n'a pas pour rôle de se substituer au médecin. Elle permet, avec ses qualités de soignante, une prise en charge curative et éducative plus complète du patient. (81)

Même si les patients se montrent satisfaits de la prise en charge des infirmières (67, 81), des études qualitatives ont tout de même rapporté des doutes ressentis par ceux-ci sur les compétences des autres professionnels et la peur d'une altération de la relation médecin-patient. Des difficultés à faire changer leurs représentations et leurs habitudes peuvent se rencontrer. Il peut également exister une crainte des professionnels d'augmenter leur charge de travail et de devoir assumer de nouvelles responsabilités médico-légales dû aux transferts de compétences. (79)

On peut alors se demander pourquoi la France est-elle en retard dans la coopération et la délégation entre médecins et paramédicaux ? Qu'est ce qui freine les médecins généralistes ? Pourquoi n'y a-t-il pas plus d'infirmière de pratique avancée comme dans d'autres pays voisins ?

Il semble nécessaire de revoir la formation paramédicale, de redéfinir les professions et leurs missions sur le plan juridique, de valoriser les coopérations par rémunérations. (58)

4.6.3. Les freins à la délégation de tâches ressentis par les médecins généralistes

18 médecins généralistes ont été interrogés en 2007 via des focus group sur la délégation de tâches aux infirmiers.

Les actes à déléguer selon les médecins généralistes, varient en fonction du type et du lieu d'exercice, mais concernaient pour la plupart des tâches chronophages de leur activité : promotion de la santé, tâches administratives, certains gestes techniques simples (vaccins, prises de sang, pansements).

Pour la majorité des médecins, et surtout ceux exerçant en milieu rural, leur souhait était de se libérer plus de temps pour les actes médicaux afin d'améliorer la prise en charge des patients.

Les médecins généralistes exerçant en milieu rural ou dans des MSP, étaient intéressés à déléguer la promotion de la santé, le suivi des pathologies chroniques stabilisées et certains gestes simples

de consultation de première ligne (poids, taille, pansements). Ils ne sont pas encore prêts à déléguer les actes diagnostiques ou thérapeutiques.

Les obstacles évoqués par les médecins à la délégation de certains actes étaient liés :

- à la mise en place logistique notamment l'absence de locaux, ce qui m'a été confirmé par mon directeur de thèse, qui a voulu mettre en place une infirmière de pratique avancée ASALEE dans sa MSP, mais n'a pas pu, faute de locaux pour qu'elle exerce son activité (plus de salles de consultation disponible) ;
- aux IDE : difficultés de formation, de recrutement de personnel compétent et motivé dans un contexte de pénurie dans certains secteurs ;
- à la prise en charge des patients : crainte d'une altération de la prise en charge globale et de la relation médecin - malade, avec une déshumanisation de l'exercice, ce qui a bien été confirmé par d'autres études (79) ;
- à la crainte d'une évolution de l'exercice de la médecine générale : changement du rythme et monotonie des consultations, dépréciation du métier, augmentation de la charge administrative, coordination difficile à mettre en place ;
- à la question de la responsabilité, que les médecins souhaitent partager avec les professions paramédicales ;
- à des raisons financières : comme d'autres travaux l'ont montré (58, 79, 80) les médecins craignent une diminution des revenus liée au paiement à l'acte.

4.6.4. L'infirmière en pratique avancée

L'institut expert français auprès du premier ministre « Centre d'analyses stratégiques » a émis en 2011 plusieurs suggestions pour améliorer la coopération interprofessionnelle. Comme dans ses pays voisins, elle souhaite créer un statut et un diplôme d'infirmier clinicien en soins primaires, qui exercerait en MSP et serait complémentaire du médecin généraliste. Il bénéficierait d'une formation avec diplôme master. Il serait alors le point d'entrée dans le système de soins ambulatoires des patients. (58)

Ses champs de compétences seraient l'accueil et l'orientation au sein des MSP, la prévention et l'éducation à la santé, le suivi des pathologies chroniques avec consultations dédiées et la gestion des soins de première ligne. Ces soins seraient pour la prise en charge d'affections bénignes. Dans le cadre des pathologies chroniques, l'infirmier pourrait notamment analyser les résultats biologiques et ajuster si nécessaire les thérapeutiques prescrites par le médecin. (58)

Cela se révélerait intéressant pour notre problématique des AVK et de la gestion du déséquilibre des INR.

Il faudrait statuer sur sa formation, sa rémunération, son cadre d'intervention, son niveau de responsabilité et d'autonomie par rapport au médecin généraliste. (58)

Ainsi a été créé l'article 119 de la loi 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, qui décrit un exercice en pratique avancée (IPA : Infirmière en Pratique Avancée) pour les paramédicaux en France. (82)

L'infirmier(ère) en pratique avancée est définie en 2008 par le Conseil International des Infirmiers ainsi : « un(e) infirmier(ère) diplômé(e) qui a acquis des connaissances théoriques, le savoir-faire aux prises de décisions complexes, de même que les compétences cliniques indispensables à la pratique avancée de sa profession. Les caractéristiques de cette pratique avancée sont déterminées par le contexte dans lequel l'infirmier(ère) sera autorisé(e) à exercer ». Cette infirmière en pratique avancée peut être soit une infirmière spécialiste clinique qui devient experte dans le champ clinique infirmier, ou une infirmière praticienne qui peut effectuer des activités supplémentaires qui étaient auparavant uniquement médicales. Supervisée par un médecin, cette dernière peut réaliser une évaluation clinique, un diagnostic, des prescriptions.

Les IPA ont donc déjà été instaurées dans les pays voisins, et les expériences se révèlent positives, cela peut être une stratégie prometteuse face aux défis de santé publique français.

Quelle formation en France pour devenir infirmier de pratique avancée ? Il faut évidemment un diplôme d'infirmier pour rentrer dans la fonction d'IPA, associé à une expérience professionnelle d'un certain nombre d'années (83) permettant d'acquérir une maîtrise du raisonnement clinique. (82)

Il faut par la suite passer un master en sciences infirmières pour acquérir des bases théoriques de soins infirmiers et de méthodologie de recherche en soins infirmiers. Cet enseignement va permettre la diffusion dans la pratique et dans l'environnement de travail des résultats de recherche, en sécurisant les interventions auprès des personnes. Un champ d'expertise validé par un diplôme universitaire à minima est souhaité, afin de renforcer une expertise métier sur un champ ou domaine d'exercice clinique. (82)

L'infirmier en pratique avancée est donc un nouveau concept en France, puisque pour le moment, seulement 300 infirmiers sont inscrits au master qui leur permet l'exercice de pratique avancée (master en « sciences cliniques infirmières » ou en « science cliniques en soins infirmiers »). Les premières offres de formations d'infirmier en pratique avancée débuteront en octobre 2018 à Nantes. (84)

L'objectif étant d'avoir un nombre important d'IPA d'ici 2020. (83)

Un groupe d'expert a élaboré les dix compétences attendues d'une infirmière de pratiques avancées en France, qui sont des missions et non plus des actes (82) :

1. Evaluer une situation clinique et établir un diagnostic dans le champ de compétences ;
2. Concevoir et conduire un projet de soins personnalisé ;
3. Développer des réflexions éthiques dans les situations de soins des personnes soignées ;
4. Mettre en œuvre des actions à visée diagnostique et thérapeutique dans le champ de compétences ;
5. Initier et mettre en œuvre des soins éducatifs, préventifs et de dépistage dans le champ de compétences ;
6. Etablir des partenariats de soins en vue d'une collaboration centrée sur la personne soignée ;
7. Analyser la qualité et améliorer sa pratique professionnelle et celle de ses pairs ;
8. Rechercher, analyser et produire des données professionnelles et scientifiques ;
9. Organiser une activité de consultation infirmière de pratique avancée, en première ligne dans les centres de soins, ou de deuxième ligne dans un domaine d'expertise ;
10. Informer, former les patients et les familles.

L'infirmier peut renouveler les traitements des personnes présentant des pathologies chroniques stables, et peut prescrire des examens complémentaires dans son champ de compétences.

Des réticences peuvent exister parmi les médecins, car ces derniers appréhendent une baisse de leurs activités et par conséquent de leurs revenus. (83)

5. CONCLUSION

Le vieillissement de la population, l'augmentation du nombre de pathologies chroniques prises en charge en ville, l'évolution défavorable de la démographie médicale et la disparité de répartition des médecins ont rendu nécessaire l'évolution de l'organisation des soins primaires. La collaboration interprofessionnelle est devenue indispensable, et est facilitée par l'utilisation de protocoles pluriprofessionnels de soins en premier recours.

Notre travail a permis de mettre en évidence les différences d'utilisation du protocole AVK entre les médecins et les IDE, les freins à la mise en place du protocole, les bénéfices du protocole. Les médecins plus âgés se servent moins des protocoles, suivent leur expérience personnelle plus que les recommandations, comme environ 45% des médecins généralistes. Les jeunes médecins ont plus tendance à suivre les données de référence, cela est probablement dû à l'évolution de la formation médicale.

Le protocole AVK de la MSP Laennec est sans doute un peu trop riche et difficilement utilisable par les médecins en consultation. Les infirmiers l'utilisent davantage, s'autonomisent et réalisent des actes médicaux.

Néanmoins, il améliore la relation triangulaire entre médecin, IDE et patient, apporte un gain de temps pour les médecins, une sécurité pour les IDE, et une harmonisation des pratiques professionnelles entre les professionnels de la MSP.

Les améliorations à apporter concernent la visibilité du protocole au sein de la MSP. Les rappels informatiques sur le logiciel semblent être efficaces, ainsi que l'aide à la prescription et l'explication du protocole par une personne qualifiée.

Il serait intéressant de développer un outil informatique commun aux médecins, IDE, biologistes et pharmaciens pour coordonner la prise en charge des déséquilibres d'AVK, de sorte à ce que tous les professionnels de santé soient au fait des modifications des posologies d'AVK, du prochain contrôle, et qu'il n'y a pas de doublons de prise en charge.

Ce travail a également fait ressortir l'évolution des rôles des professionnels de santé, notamment des infirmiers, et la place croissante de la délégation de tâches.

Nos confrères européens et canadiens encouragent la coopération entre professionnels et la délégation de tâches depuis de nombreuses années. La plupart de ces pays ont des infirmières praticiennes qui réalisent des consultations, ont un rôle éducatif et de prévention, et qui peuvent même prescrire ou renouveler des ordonnances. Une évolution des rôles infirmiers dans ce sens est en train de se mettre en place en France, via notamment les protocoles pluriprofessionnels de soins, la création du master d'infirmière en pratique avancée.

L'objectif étant de libérer du temps pour les médecins et de valoriser la profession infirmière.

Il y a peu d'infirmiers inscrits à ce master pour le moment. Il faut laisser du temps à son développement et essayer de rassurer les médecins réticents en dédramatisant la réalisation d'actes médicaux par les infirmiers.

En attendant, les protocoles pluriprofessionnels semblent être une étape intermédiaire, une transition progressive entre le rôle de l'infirmière actuelle et celui de l'infirmière de pratique avancée.

6. ANNEXES

ANNEXE 1 :

Questionnaire sur les AVK pour l'harmonisation des pratiques dans la MSP

Merci de remplir ce questionnaire qui a pour but de faire un point sur les pratiques dans la MSP et d'harmoniser nos interventions auprès des patients dans le cadre de l'écriture d'un protocole sur les AVK.

Surdosage asymptomatique, que faites-vous si ?

INR mesuré	INR cible 2,5 (fenêtre entre 2 et 3)	INR cible ≥ 3 (fenêtre 2,5- 3,5 ou 3- 4,5)
INR < 4		
$4 \leq \text{INR} < 6$		
$6 \leq \text{INR} < 10$		
$\text{INR} \geq 10$		

Vous recommandez de prendre le médicament le matin le midi ou le soir :

Dose initiale et palier d'ajustement en général :

Sintrom Dose initiale : _____
 Palier d'ajustement : _____

Coumadine Dose initiale : _____
 Palier d'ajustement : _____

Préviscan Dose initiale : _____
 Palier d'ajustement : _____

Débutez-vous parfois avec des doses plus faibles ? (entourez votre réponse) oui non

Si oui pourquoi ? _____

Quand faites-vous le premier contrôle, après la première prise d'AVK ? _____

Quel est le rythme des contrôles ultérieurs ? _____

Après un changement de posologie, quand faites-vous le premier contrôle ? _____

Quelles sont pour vous les principales associations médicamenteuses contre indiquées avec les AVK ? _____

Peut-on prescrire des AVK chez la femme enceinte ? _____

Peut-on prescrire des AVK chez un patient atteint d'un cancer ? _____

Pour quelle clairance (fonction rénale) sont-ils contre-indiqués ? _____

Quelles sont les informations que vous recherchez pour l'adaptation des doses : (entourez vos réponses)

INR	oui	non
Posologie actuelle	oui	non
INR précédent ?	oui	non
Date de l'INR précédent ?	oui	non
Précédent changement date et posologie	oui	non
Autre ? -----		

Est-ce que vous notez la cible sur l'ordonnance du patient ? _____

Où peut-on trouver la cible et la posologie dans votre dossier patient ? _____

ANNEXE 2 : Le protocole AVK de la MSP Laennec

MSP Laennec 44600 Saint Nazaire			
DATE DE CREATION : 08/02/2017	Référence 006	PROTOCOLE « A.V.K »	
DIFFUSION		NATURE DE LA MODIFICATION	
Médecins, Infirmiers, Pharmacien, Coordinatrice		- Classeur dans la salle de réunion - Stockage informatique	
		Néant	

1. Objet

Ce protocole a pour but de mieux prendre en charge les patients sous A.V.K

Objectif :

- Harmoniser les pratiques entre les différents médecins généralistes
- Améliorer la collaboration entre les MG, IDE, pharmacien et biologiste
- Mieux informer le patient

2. Professionnels concernés

Médecins, Infirmiers, Pharmacien, Biologistes

3. Personnes référentes du protocole :

Benoît PREL, Médecin généraliste

Jean Marc LOREAL, Médecin généraliste

4. Population cible :

Tout patient traité aux AVK

5. Documents références

AFSSAPS juillet 2008 schéma commun AVK

HAS Prise en charge des surdosages en AVK

6. Déroulement du protocole :

Cf page 2

7. Documents associés :

- Explication du traitement AVK
- Carnet de suivi du traitement
- Oubli du traitement et saignements

8. Indicateurs :

Nombre de cible INR noté dans dossier patient (visible dans le dossier médical)

Nombre d'ordonnances de traitement et de prélèvement bien remplies (cible + phrase complémentaire)

Distribution des documents associés

Satisfaction des professionnels (questionnaire)

Rédigé par : Valérie CADORET	Vérifié par : Benoît PREL, Jean Marc LOREAL, Frédérique LE QUINTREC	Validé par : Tous les professionnels	Suivi des mises à jour :
Date :	Date :	Date :	
Date de la prochaine évaluation			

Changement de posologie

Adaptation des posologies selon l'INR :

< 1,5 : augmentation de 15 % soit $\frac{1}{4}$ de CP pour Préviscan et $\frac{1}{2}$ de Coumadine (2mg) tous les jours + contrôle INR à J7

Entre 1.5 et 2 : augmentation de 10% soit $\frac{1}{4}$ de CP pour Préviscan et $\frac{1}{2}$ de Coumadine (2mg) tous les 2 jours, ou absence d'augmentation si événement intercurrent (oubli d'une prise, prise d'un nouveau traitement temporairement, erreur de régime alimentaire, ou dosage proche de 2) + contrôle systémique à J7

Entre 2 et 3 : pas de modification

< 4 : diminution de 10% soit $\frac{1}{4}$ de CP pour Préviscan et $\frac{1}{2}$ de Coumadine (2mg) tous les 2 jours, ou absence de diminution si événement intercurrent (prise d'un nouveau traitement, erreur de prise, erreur de régime alimentaire, si dosage proche de 3) + contrôle systémique à J7

Avis Médecin traitant si INR > à 4 ou échec d'adaptation au long cours (se poser la question d'un changement de molécule)

Recommandations HAS : Surdosage asymptomatique

- **Privilégier la prise en charge ambulatoire si le contexte le permet**
- **Préférer l'hospitalisation s'il existe un ou plusieurs facteurs de risque hémorragique individuel**

INR mesuré	INR cible 2,5 (fenêtre entre 2 et 3)	INR cible ≥ 3 (fenêtre 2,5- 3,5 ou 3- 4,5)
INR < 4	Pas de saut de prise Pas d'apport de vitamine K	Pas de saut de prise Pas d'apport de vitamine K
4 $\leq$ INR < 6	Saut d'une prise Pas d'apport de vitamine K	Pas de saut de prise Pas d'apport de vitamine K
6 $\leq$ INR < 10	Arrêt du traitement 1 à 2 mg de vitamine K par voie orale (1/2 à 1 ampoule buvable forme pédiatrique)	Saut d'une prise Avis spécialisé recommandé pour discuter un traitement éventuel par 1 à 2 mg de vitamine K par voie orale (1/2 à 1 ampoule buvable forme pédiatrique)
INR ≥ 10	Arrêt du traitement 5 mg de vitamine K par voie orale (1/2 ampoule buvable forme adulte)	Un avis spécialisé sans délai ou une hospitalisation est recommandé

- **Contrôler l'INR le lendemain, si l'INR reste supratherapeutique, les mesures correctrices proposées restent valables et doivent être reconduites.**

Dans quels cas l'INR cible est à 3,7 (entre 3 et 4,5) ?

- Valvulopathies mitrales
- Prothèse mécanique en position mitrale
- Prothèse mécanique en position aortique avec autre facteur de risque embolique.



Traitement antivitamine K



A quoi sert-il ?

Un traitement anticoagulant, permet de fluidifier le sang afin d'empêcher la formation de caillot qui pourrait boucher les veines ou artères.

Les 7 règles d'or

1. Respecter la dose prescrite et les heures de prise.
2. Faites votre INR régulièrement.
3. Signalez votre traitement à tous les professionnels de santé.
4. Contactez rapidement votre médecin en cas de saignement.
5. Remplissez toujours votre carnet.
6. Ayez une alimentation adaptée.
7. En cas de nouveau traitement demandez l'avis de votre médecin.

Conseil nutritionnel :

Certains aliments sont très riches en vitamines K, ils peuvent être consommés mais d'une façon ponctuelle et en petite quantité.



Il faut surtout éviter les variations brusques de son alimentation habituelle par l'exclusion ou l'apport massif de légumes.

Comment surveiller l'efficacité du traitement AVK ?

L'efficacité est évaluée grâce à la mesure de l'INR par une prise de sang.

Fréquence : 2 fois par semaine pendant les premières semaines de traitement, puis une fois par mois.

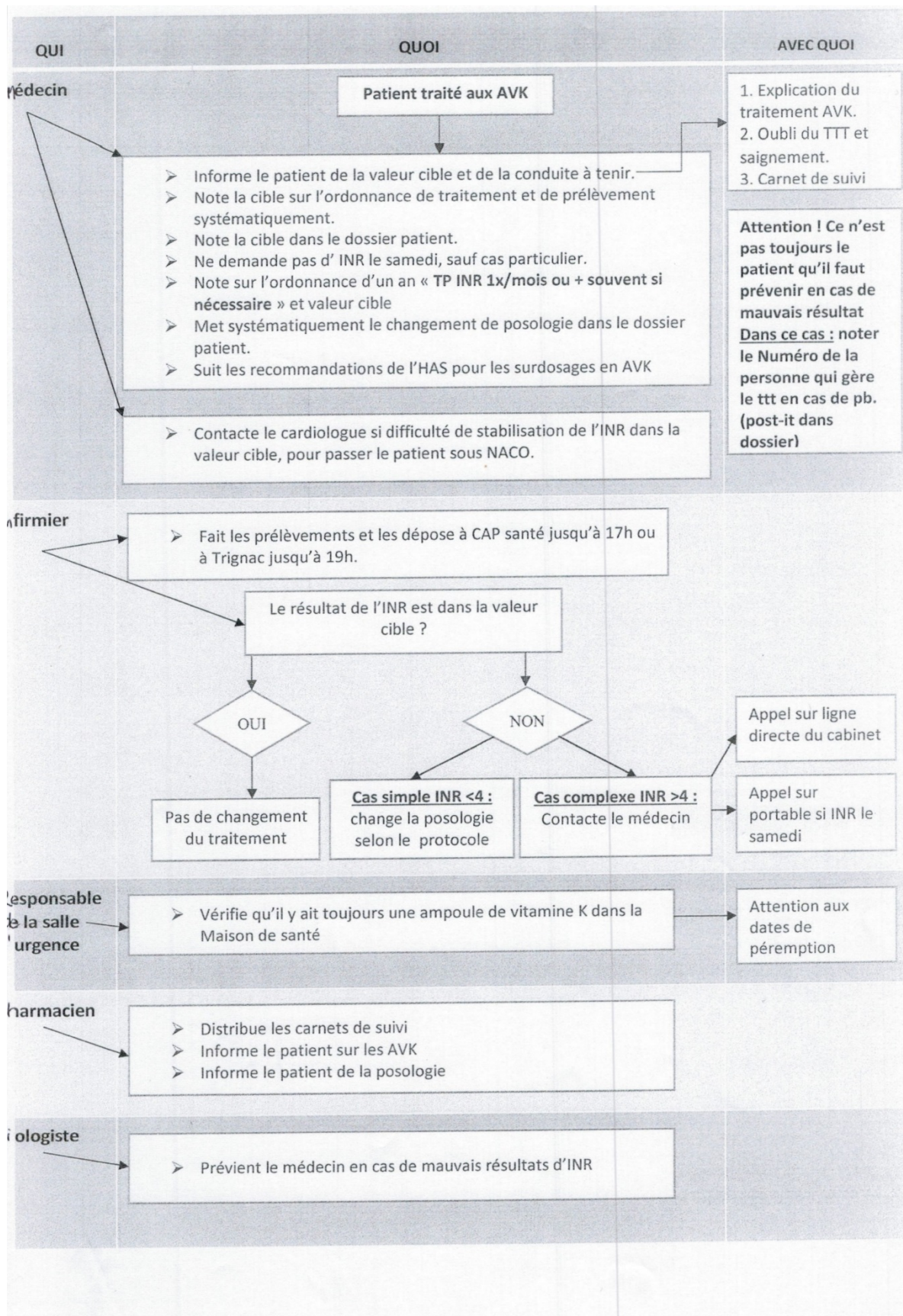
Les valeurs : votre médecin définira une fourchette de valeurs dans laquelle l'INR devra se trouver, c'est ce qu'on appelle l'INR cible.

3 cas :

Votre INR est inférieur à la fourchette	Votre INR se situe dans la fourchette	Votre INR est supérieur à la fourchette
Votre traitement est sous dosé (risque de thrombose)	Votre traitement est adapté	Votre traitement est sur dosé (risque de d'hémorragie)
Contactez votre médecin	Poursuivre le traitement aux mêmes doses	Contactez votre médecin

A chaque prise de sang vous devez noter les résultats de votre INR dans votre carnet de suivi ainsi que les posologies.







Que faire si on oublie son traitement AVK

Le traitement par anticoagulant oral (AVK), Préviscan[®], Coumadine[®], Sintrom[®] doit être pris à heure régulière, et de préférence le soir.

Si vous oubliez de prendre votre traitement : il ne faut surtout pas doubler la dose le lendemain.

La prise médicamenteuse oubliée peut être rattrapée : si vous prenez votre médicament le soir au dîner vous pouvez le prendre jusqu'à minuit après il faudra attendre le lendemain et le reprendre à l'heure et à la dose habituelle.

Pensez à noter les oublis dans votre carnet de suivi.

Que faire en cas de saignement ?

Voici quelques conseils pratiques pour des situations auxquelles vous pouvez être confronté (e).

Sans gravité

- **Vous saignez des gencives :** ces saignements surviennent souvent après brossage des dents. L'hémorragie est rarement importante et s'arrête la plupart du temps spontanément. Si le saignement ne s'arrête pas spontanément, compressez la zone qui saigne à l'aide d'une compresse.
- **Vous saignez du nez :** mouchez vous pour éliminer les caillots et penchez la tête en avant en pinçant le nez pendant 5 à 10 min. Si cela se reproduit plusieurs fois, rapprochez vous de votre médecin.
- **Vous avez des bleus :** ils correspondent à des saignements sous-cutanés : prévoyez un INR de contrôle et consultez votre médecin.

Préoccupant

- **Vous présentez du sang dans les urines ou dans les selles (coloration rouge ou noire)**
- **Vous avez des crachats sanglants**
Faites un INR et consultez votre médecin

Urgent

- **Vous avez des vomissements sanglants**
Appelez le SAMU (15)

ANNEXE 3 : Guide d'entretien : questionnaire en lien avec le « protocole AVK »

1) La diffusion du protocole AVK

Comment avez-vous diffusé le protocole AVK à vos patients ? (Lors d'une consultation ordinaire ou dédiée ? Si consultation ordinaire : cela a-t-il été chronophage ?)

Comment avez-vous reçu le protocole ? Vous êtes venu à la réunion d'information ?
Auriez-vous aimé plus d'échanges, d'explications sur le protocole ?

2) La facilité d'utilisation du protocole AVK

Trouvez-vous que les supports diffusés sont adaptés : au patient ? Aux professionnels paramédicaux ? (Répondre par Oui / Non)

3) L'harmonisation des pratiques professionnelles

Trouvez-vous plus facile techniquement d'adapter les posologies d'AVK en fonction de l'INR avec ce protocole ?

A votre avis, les pratiques professionnelles sont-elles plus harmonisées ? Entre confrères ? Avec les paramédicaux ?

4) Les changements dans votre pratique professionnelle

Ce protocole a-t-il changé votre pratique quotidienne ? Etes-vous moins sollicité par les patients ? Les IDE ? Les établissements de santé ? Dorénavant, abordez-vous différemment les patients sous AVK ?

Ou pour les IDE, sollicitez-vous moins les médecins ? Avec des prescriptions anticipées, adapteriez-vous seul la posologie d'AVK ?

5) Les améliorations à prévoir

Que changeriez-vous de ce questionnaire ? Comment mieux l'utiliser ? Comment mieux le diffuser ?

ANNEXE 4 : Caractéristiques socio-professionnelles des participants

1. Profession :
☐ Médecin
☐ IDE
2. Age :
3. Sexe :
☐ F
☐ M
4. Date d'installation :
5. Expérience(s) antérieure(s) :
6. Maître de stage universitaire :
☐ Oui
☐ Non
7. Avez-vous un autre type d'exercice ?
☐ Non
☐ Oui -> Lequel ?

ANNEXE 5 : Présentation du focus group

Bonsoir, merci de votre présence au focus group.

L'objectif de ce focus group est d'échanger tous ensemble et de débattre autour du protocole AVK qui a été mis en place au sein de la MSP il y a maintenant 1 an, dans le cadre d'une thèse ayant pour but d'évaluer votre perception et l'intérêt selon vous, médecins et IDE, de ce protocole.

Le protocole AVK est le protocole pluriprofessionnel de soins en premiers recours le plus utilisé par les soignants. Ces protocoles pluriprofessionnels de soins en premier recours sont des outils pratiques d'aide à la décision coordonnée de professionnels de santé de différentes disciplines et permettent la bonne coordination des soins entre médecin - IDE - patients, en simplifiant la prise de décision.

Les AVK sont la première cause d'hospitalisation pour accidents iatrogéniques. Environ 30 % des événements indésirables médicamenteux graves sont dus aux anticoagulants oraux. 17000 hospitalisations par an (soit 13% des hospitalisations) pour effet indésirable sont dues aux AVK, 5000 accidents hémorragiques d'évolution fatale par an sont dus aux AVK.

Il faut donc absolument maintenir l'INR dans la zone cible, afin d'éviter les sur- ou sous- dosages d'AVK.

Plusieurs études ont montré que l'élaboration d'un protocole pluriprofessionnel améliorerait l'adhésion aux recommandations de bonnes pratiques, améliorerait la qualité de prise en charge des patients, réduisait le risque de survenue d'événements indésirables, améliorerait l'organisation des professionnels, réduisait les variations de pratiques entre professionnels.

Ces protocoles sont donc primordiaux, d'où la nécessité de leur évaluation.

Daniel et moi seront les observateurs du focus group. Daniel ne prendra pas la parole. Il restera neutre étant donné qu'il est mon directeur de thèse et afin de ne pas créer de biais de subjectivité ou d'enquêteur. Dr Rousselot a accepté d'être l'animateur.

Ce focus group sera enregistré afin d'être ensuite analysé, toutes les données seront anonymisées.

Plusieurs questions vont vous être posé pendant environ 1h30, n'hésitez pas à donner votre avis, vous pouvez vous exprimer librement sur le sujet, quand vous le souhaitez, afin de rendre le débat riche en échanges et en avis divergents. Nous avons besoin de l'opinion de tout le monde !

Nous allons essayer de faire en sorte que tout le monde a le même temps de parole, afin que le débat soit équilibré.

Je vous distribue une fiche à remplir afin de connaître le profil socio-professionnel de chacun au mieux.

ANNEXE 6 : Verbatim du focus group du 15.05.2018

JR : « Moi, en tant qu'animateur je reprends le questionnaire qui a été fait par Morgan, ce n'est pas un questionnaire fermé, par définition c'est très ouvert, ma fonction sera surtout de redistribuer la parole. Sachant quand même que vous parlez devant un micro et qu'il faut essayer d'écouter celui qui parle et de pas faire trop de discussions en aparté.

Tout le monde est prêt. Ma première question, enfin le premier chapitre c'est, en plus moi je suis en dehors du système, j'ai pas d'avis, c'est le protocole AVK : comment a-t-il été conçu, enfin diffusé auprès des patients, des médecins déjà, des IDE, puisque finalement si j'ai bien compris il y a des médecins et des IDE du cabinet, euh, est-ce que vous pensez que cette diffusion a été bien réalisée, est-ce que pour vous il reste des questions en suspens ? La parole est libre. Surtout faut que chacun essaie de parler à peu près à tour de rôle. »

Médecin1 : « Du coup on l'a construit notamment IDE1 t'étais dedans, IDE2 aussi et Médecin3, et un autre médecin qui n'est pas là, euh voilà, on l'a construit, enfin on a fait dans le cadre d'un protocole, on avait toute une liste de questions, repris les données de l'HAS et puis autour de discussions, on avait abouti à un protocole, on l'avait diffusé pas forcément si bien que ça, puisque finalement toi Médecin2 t'étais pas forcément au courant que ça avait démarré. Peut-être qu'on en avait pas parlé correctement je sais pas trop, et après dans la façon de diffuser, on l'avait vu ici si je me souviens bien, et puis on avait invité tous les infirmiers avec qui on avait eu l'occasion de bosser plus souvent, voilà pour qu'ils soient au courant de ça, voir s'ils étaient intéressés, s'ils voulaient y participer.

JR : « Du côté infirmier, comment vous avez vécu ça ? Si je comprends bien il y avait un infirmier qui faisait parti du bureau de conception »

IDE1 : « Il y en avait 2 en fait, IDE2 et moi on était tous les 2 dans le groupe de travail, et IDE3 est arrivée après. »

IDE3 : « Ouais. En fait moi je l'ai découvert sur place en le pratiquant, puis IDE1 et IDE2 me l'avaient présenté aussi, donc en fait après je l'ai utilisé au fur et à mesure. »

IDE2 : « Alors faut savoir que ce protocole, on était très attachés nous en tant que paramédicaux à ce protocole parce que c'est notre quotidien, on est confrontés à ça tous les jours, et le fait de travailler sur un protocole qui uniformise un peu nos pratiques, en tant qu'infirmier, pour nous c'était très important. Très, très important parce qu'on est confrontés à ça tous les jours, tous les jours, tous les jours. Et les patients sont très demandeurs, ils comprennent pas l'intérêt, l'utilité de faire ce genre de prise de sang, donc réexpliquer avec un support écrit (*insiste sur ces 2 mots*), pour nous c'était très, très important, voilà, d'apporter chez le patient, car nous on voit essentiellement les patients pour les TP / INR à domicile, on en fait quelques-uns au cabinet mais plus volontiers à domicile, c'était très important d'avoir un support écrit qu'on leur réexplique, pour qu'ils s'approprient un petit peu notre mode de fonctionnement quoi. »

IDE1 : « Alors moi pour ma part j'utilise plus, je pense que toi tu le donnes plus, enfin tu l'expliques peut-être plus aux patients, moi je m'en sers beaucoup plus pour des patients, en fait, qui sont complètement déments, avec des gros troubles cognitifs, qui sont incapables de gérer leur traitement et pour qui c'est nous qui sommes responsables des prises médicamenteuses, ce qui nous permet d'éviter d'appeler le médecin dès qu'on fait un prélèvement en fait.

JR : « Si je comprends bien ça veut dire que dans votre fonction vous avez ce qu'on appelle la délivrance de médicament, vous préparez les piluliers, parce qu'il y a des troubles cognitifs. »

Médecin1 : « Ce qui était un des objectifs du protocole. C'était de pouvoir faire comme la Lantus à l'hôpital, une espèce d'ordonnance par anticipation, en fonction des critères : « on peut faire ça »,

en se donnant une marge de sécurité, et en dessous des critères « on appelle le médecin », au-dessus « on l'appelle aussi », mais quand on reste dans les clous, ça permet d'avoir cette... »

Médecin3 : « De limiter les inquiétudes. »

JR : « Les docteurs à gauche, vous avez pas beaucoup parlé... »

Médecin3 : « Donc j'ai fait partie de la conception, on reçoit énormément de coups de fils pour des taux parfois très proches de la normalité, de la cible, et ce protocole était là aussi pour limiter les inquiétudes, pour que les INR qui soient entre 1,85 et 2, et entre 3 et 3,20, pour dire « que pour l'instant bah là on ne change rien, et euh 5 jours ou une semaine plus tard vous refaites un dosage et on voit dans quel sens ça va quoi ». Et puis bon, c'était fait pour des personnes un peu démentes qui ne pouvaient pas gérer leur traitement, mais aussi pour des gens bien cortiqués, bien leur expliquer faisait que quand ils recevaient, car ils vont maintenant au labo très aisément, quand ils voyaient leur taux dans leur cible ou très près de la cible, de ne pas appeler. »

Médecin4 : « Ou des patients qui d'eux même étaient tranquilisés, et puis appelaient juste pour dire « quand est ce qu'on fait le prochain INR ? », juste pour ça. Ça c'était quelque chose qui... y a un avant et un après, parce que avant on avait à chaque fois un rôle explicatif, alors que là c'est tellement bien cadré qu'on euh... pour les gens bien cortiqués je parle, après leur avoir expliqué la fourchette sur laquelle on devait s'inquiéter, après ils appelaient juste pour savoir quand est ce qu'on fait le prochain, ou même les échanges avec les infirmiers c'est ça aussi. »

Médecin5 : « Je rajouterais qu'en plus ça permettait d'harmoniser nos pratiques quand il y avait des surdosages. Avoir des conduites à tenir assez précises en fonction du taux et du risque hémorragique. De décider de l'hospitalisation ou pas des gens. »

JR : « Toi Médecin2, puisque tu... »

Médecin2 : « Sur l'intérêt c'est évident. Je pense qu'on est tous unanimes sur l'intérêt et le but, moi il y a eu un petit couac à l'allumage, alors est-ce que c'est... je pense que j'ai pas dû faire suffisamment attention, ou est-ce que je n'étais pas là ce jour-là je sais plus, en fait du coup j'ai découvert l'allumage neuf mois après, et je l'ai beaucoup réutilisé depuis. Mais voilà, donc du coup sur la pertinence des contenus, du moyen de communication, c'est tout à fait adapté, et ce dont on a besoin, après là la question c'était juste sur la diffusion, j'avoue j'ai fait parti de ceux qui ne l'ont pas utilisé. Voilà on a plusieurs activités au sein de la maison de santé, donc est-ce que j'étais concentré sur d'autres choses je ne sais pas, donc du coup peut-être la nécessité de le faire revivre régulièrement en fait. Et c'est toute la difficulté avec les protocoles c'est-à-dire que j'étais sur un protocole précédent ou investi dans le groupe de travail et finalement quand on est dedans, c'est logique on est beaucoup plus attentif, et petit à petit dans le temps, si on ne fait pas des rappels réguliers, notamment si on en reparle en semaine, je pense qu'on a besoin de les faire vivre les protocoles. Le fait est que quand on en a reparlé je l'ai réutilisé du coup maintenant pour les autres questions je vais pouvoir participer sans soucis, mais je pense que c'est peut-être ça la difficulté au sein de la maison de santé, je parle pas avec les professionnels extérieurs, mais entre nous de relancer régulièrement, à intervalle régulier, tous les 2-3 mois, en faisant tourner les sujets pour qu'on puisse y penser, parce que on a tellement de sujets et tellement de patients que des fois le risque c'est que ça passe à la trappe alors que c'est très utile à la pratique, donc c'est juste un petit couac, mais qui s'est corrigé de ma part »

JR : « Petite observation, si j'ai bien compris, quand vous l'avez fait au départ, vous aviez fait une première réunion d'informations et vous aviez contacté des infirmiers en dehors du cabinet, alors on peut supposer qu'il y a des gens qui sont de consultation ici mais qui ont des infirmiers en dehors, et c'est une question un peu piège, mais puisque c'est la diffusion du protocole, il a été dit

tout de suite qu'il fallait peut être relancer l'intérêt, qu'un protocole s'il est pas entretenu il peut ne pas servir ou... »

IDE2 : « Bah en fait là, petit aparté, quand on a sorti le protocole et qu'il a été écrit, donc y avait une trame, je sais que moi avec mes collègues infirmiers du secteur, ceux qui avaient été invités à la maison, on en a discuté en dehors de la maison de santé pour que chacun se l'approprie et chacun le comprenne, et pour rebondir sur ce que disait Médecin5, pour que nos pratiques soient toutes uniformisées, et qu'on soit en harmonie avec euh..., qu'on applique les protocoles mais que la prise en charge soit vraiment très harmonieuse donc le fait d'avoir une trame écrite, on en discutait en dehors de la maison de santé avec d'autres cabinets qui avaient été invités, qu'on se l'approprie et qu'on aille tous dans la même direction. Et je sais que nous en tant qu'infirmiers, je sais pas si vous l'avez-vous les filles, mais on l'a dans nos sacs (les filles confirment), toujours avec nous, et quand on l'a et que vous avez un résultat qui vous paraît un peu anormal, on reconsulte le protocole et ça nous permet de gérer et de ne pas appeler les médecins sauf si voilà on est en difficulté mais le fait d'avoir une trame écrite, nous ça nous permet quand même d'avoir un support et bon ça nous rassure. »

Médecin2 : « La question est de savoir si les autres l'utilisent encore en fait, les autres cabinets je veux dire ? »

Médecin1 : « Y a les EHPAD qui les utilisent. On est en train de le diffuser à quelques EHPAD.

Médecin5 : « Je trouve d'ailleurs qu'on est moins sollicités par les patients, qui appellent moins pour l'équilibrage de leur taux. »

JR : « Auriez-vous aimé plus d'échanges ou d'explications au départ ? On y a peut-être répondu un peu là, mais si quelqu'un... »

Médecin6 : « Moi je dirais que c'est ce que dit Médecin2, c'est qu'on a besoin de le faire vivre, faut se le rappeler effectivement... Moi j'avoue que je m'en suis pas tellement servi, j'ai dû le donner 1 ou 2 fois au début. Après c'est vrai que la prescription des AVK je trouve que ça a été un peu supplanté aussi par les NACO, on a moins de patients sous AVK, enfin, y a moins de traitement inaugural par les AVK je trouve, quand même. Donc moi je n'ai pas vu tellement la différence, depuis le protocole, alors peut-être que vous avez géré les choses sans que je sois au courant, je ne sais pas... »

Médecin3 : « Oui y a peut-être des choses qui ont été appliquées, par exemple les INR qu'on avait du mal à équilibrer, on les a passés sous NACO. T'appelles le cardio en disant « j'en ai marre que ça passe de 4 à 1,5 est-ce que tu ne penses pas qu'on peut le mettre sous Eliquis... ? ». Je pense que ça a limité nos cas un peu difficiles. »

Médecin6 : « Oui. »

Médecin2 : « Je pense qu'il y a peut-être deux intérêts dans les deux cas, c'est-à-dire qu'il y a l'intérêt pour vous les infirmiers, je pense que c'est vraiment un gain en terme de facilité de gestion des traitements, quand c'est compliqué, avec les patients déments par exemple, je pense que pour vous, à mon avis, moi c'est l'impression que j'en ai, je sais pas si vous allez confirmer ou pas, mais c'est un réel plus pour la pratique. Et pour moi pour l'utilisation sur les dernières semaines, c'est plus pour de l'éducation thérapeutique, que de la gestion du traitement anticoagulant. Moi je l'ai plus utilisé pour que ça soit l'occasion de discussion autour du traitement, sur « qu'est-ce qui fait varier, qu'est-ce qu'on doit surveiller en cas d'urgence ? » donc finalement c'était plus un prétexte pour faire de l'éducation au patient, de mon point de vue moi en tant que médecin, de ce que ça m'a apporté personnellement. Et pour vous par contre (les IDE), peut-être beaucoup plus sur l'INR en fait. »

Médecin1 : « Oui il y a quand même trois parties dans ce protocole. Il y a une partie simplifiée « éducation » (« qu'est-ce que c'est un AVK, qu'est ce qui peut faire modifier etc. »). Il y a une partie « que faire en cas d'hémorragie et puis grave ou pas grave etc. », et cette partie « gestion de l'INR ». Et je pense que chacun en fonction de notre aisance, de notre « culture du truc », on l'a plus ou moins utilisé je pense. »

IDE2 : « Y a aussi le fait que nous on est confrontés à ça tous les jours, le fait que les patients comprennent qu'on travaille en partenariat avec leur médecin traitant, et pour eux c'est hyper important. C'est-à-dire qu'ils savent qu'euh..., le résultat on l'interprète, on en discute avec eux, et le fait qu'ils savent qu'on se met toujours en rapport avec le médecin traitant, ça les sécurise quelque part, et nous ça nous facilite le travail. Donc c'est bien pour ça qu'on vous appelle moins et c'est vrai qu'on les gère de plus en plus. Peut-être qu'on vous appelle moins et que vous avez moins d'appels, mais aussi pour le patient, il se sent plus en sécurité, et le fait qu'il y a ce protocole et qu'on se réfère toujours à ce qui a été décidé ici, et qu'ils savent que c'est sous couvert de leur médecin traitant. C'est comme ça que je l'interprète moi. Pas toi IDE1 ? »

IDE1 : « Bah je ne sais pas, moi ils sont tous euh... (*déments ndlr*) » (*Rires*)

JR : « Vous n'avez pas les mêmes patients ? »

IDE1 : « Non c'est vrai, nous (*IDE1 et IDE3*), vraiment au niveau de la gestion de l'INR, on est clairement sur des gens qui sont incapables de gérer leurs INR tout seuls. Donc c'est juste, au final, plutôt que de vous appeler toutes les semaines en vous disant « il y a ça, on fait quoi ? », nous ça nous permet de gérer ça dans notre coin, et puis de vous appeler vraiment quand on est en difficulté ou quand on n'arrive pas à trouver l'équilibre... Enfin c'est vrai qu'on n'a pas les mêmes patients... Donc en effet nous de notre côté vous êtes moins appelés. Ça nous fait gagner du temps aussi. »

Médecin2 : « C'est le but aussi. »

JR : « Qui a été à l'initiative de ce travail, tout à fait au départ, qui a eu cette idée ? »

Médecin3 : « Ça avait été un petit peu collégial, lorsqu'on avait dit qu'on avait quelques protocoles à faire. Pourquoi pas les AVK en premier ? »

IDE2 : « Je pense que c'est un protocole qui avait dû être fait dans d'autres maisons de santé... »

Médecin3 : « On en avait fait un avec Médecin4 à Vannes, il y a une dizaine d'années, 10-15 ans je crois... »

JR : « Bon après finalement, pour vous est-ce que le support est adapté au patient ? Alors oui, vous avez beaucoup parlé entre paramédicaux pour exprimer votre satisfaction, est-ce que maintenant si on se réfère un peu au patient, j'ai entendu parler d'éducation thérapeutique, donc forcément... Je sais pas comment ça s'est passé vous avec vos patients, est ce que ça a changé ? Est-ce que ça a été une charge ? Est-ce que ça vous a apporté quelque chose ? Est-ce que ça s'est bien passé ? Est-ce que vous l'utilisez ? Est-ce qu'il y a beaucoup de patients qui prennent ça comme un papier puis bon après « ah bah vous m'avez donné ça mais je sais pas... ». Vous voyez ce que je veux dire ? »

Médecin4 : « Oui. Moi je pense qu'on est passé d'une période où on était un peu au feeling, avec un truc pas très structuré, et ça c'est vrai parce que « chassez le naturel, il revient au galop », on a eu une formation là-dessus, après la formation avec le temps tu sais ça s'effiloche un petit peu, tu ne veux pas reprendre les fondamentaux, et moi je te rejoins totalement, c'est bien ce que tu as dit, parce que faut remettre une couche quoi. Et après donc on passe d'une phase où on fait un peu le

truc au feeling au téléphone le soir, répondre à un patient, tandis que là y a un cadre quoi. Et il faut s'y tenir. »

Médecin3 : « Et on ne participe pas tout à fait de la même façon en fonction des patients. Là j'ai une patiente qui a une valve mitrale, son INR doit être euh..., se situer entre 3 et 4,5, donc c'est quand même un INR pas très facile à gérer, mais globalement avec les conseils que je lui avais donnés, eh bien elle gère vraiment très... elle ne panique pas sauf quand son INR passe à 6, même à 6,5 c'est arrivé, donc là elle donne un coup de fil, mais quand elle est à 5, elle ne s'inquiète pas vraiment. Elle s'inquiète plutôt quand elle est 2,5, là elle m'appelle aussi... Mais la plupart du temps elle gère elle-même. Et puis y a des patients avec qui ça ne me viendrait même pas à l'idée de leur dire « vous allez faire ceci, cela ». T'as un choix aussi de patients avec lesquels tu peux travailler. »

JR : « Attends je ne comprends pas trop, est ce que tu peux développer ta pensée ? Y a des patients avec qui ça te viendrait pas à l'esprit de... ça veut dire que tu l'utilises pas du tout pour ces patients ? »

Médecin3 : « Non parce que, c'est des gens qui ne s'inquiètent pas particulièrement de leur santé. On dit « faut prendre tel médicament », il le prend. Mais dans la gestion de son INR, il n'ira pas quoi. Enfin je suis peut-être euh... »

JR : « ...ça veut dire qu'il y a une deuxième catégorie de patients, bon y a ceux on va dire qui sont déments, et puis y a des gens pour qui leur santé... »

Médecin3 : « ...ils te la donnent quoi. »

JR : « Et à ce moment-là le support, ça n'apporterait rien ? »

Médecin3 : « Non. »

JR : « Est-ce que quelqu'un a envie de réagir là, parmi les médecins ? »

Médecin6 : « Moi je partage ce que dis Médecin3, car je pense à un monsieur que j'ai qui a 86 ans, qui a un INR réglé comme du papier à musique, et je l'appelle jamais. Et lui il fait son truc, il a tout pigé, il est intact intellectuellement, et je n'ai pas besoin d'euh... voilà je ne vais surtout pas lui donner ça car je me dis que ça va l'embrouiller... Il me raconte qu'il coupe ses comprimés, et s'il y a de la poussière quand il coupe, il prend ou il ne prend pas la poussière (*rires*). Il est extraordinaire. Mais alors comme dis Médecin3, ces gens-là on n'a pas besoin de leur mettre de protocole, ils sont totalement autonomes et surtout on n'y touche pas. »

Médecin2 : « Là du coup on parle beaucoup de l'INR et de l'équilibre, mais je trouve que ce qui m'intéressait moi le plus c'était la partie « en cas de saignement ». Alors, je le fais de mémoire, mais y a les saignements mineurs, moyens ou majeurs, donc du coup quand même là c'est des choses où on leur apporte des choses qu'on ne dit pas habituellement en consultation. Il se dit « ah oui donc là si je saigne du nez, je fais ça », « si par contre je me vide, bon j'appelle le 15 ». J'exagère un peu mais ça c'est l'occasion de discuter chez ces gens-là qui sont bien équilibrés, je suis d'accord avec toi, pour moi ça n'a aucun intérêt de leur donner la grille d'INR, par contre ça peut avoir un intérêt de leur donner les signes par rapport au saignement. Et aussi il y en a qui s'inquiètent pas forcément si ils voient un INR à 7, ils vont se dire « c'est au-dessus », mais ils ne vont pas paniquer. Et par contre ça peut être un signe d'alerte, en disant « attention, au-dessus de 5, il faut prendre de la vitamine K ». Je veux dire c'est deux extrêmes, les saignements, savoir ne pas s'inquiéter pour pas grand-chose, et à l'inverse par contre si l'INR est au-dessus de 5, il faut vraiment tirer la sonnette d'alarme et venir voir. Je trouve que c'est l'occasion de rappeler ça, car pour des gens, 3, 4, ou 5, ils ne feront pas la différence, alors qu'effectivement... En tout cas c'est comme ça que je l'ai présenté avec certains. »

Médecin1 : « Moi aussi je suis un peu comme toi, c'est-à-dire que le protocole je le « coupe ». Quand je vais l'imprimer pour les gens, je ne vais pas forcément donner l'intégralité du protocole, enfin notamment la première partie « Présentation et que faire en cas d'hémorragie ? » ça je vais le transmettre car effectivement c'est l'éducation. Mais après comme toi Médecin3, y a certains patients, je sais que de toute façon, ils ne pourront pas le gérer parce qu'ils ne veulent pas ou qu'ils ne vont pas comprendre, donc je pense que ça ne sert à rien de leur donner la fiche. Les gens qui maîtrisent depuis longtemps, effectivement ça n'a pas d'intérêt. Et y en a on sent qu'ils ont juste besoin d'un petit rappel, c'est vrai que cette fiche-là « équilibre de l'INR », je la donne voilà quand les gens ils gèrent eux même, mais on sent que le petit coup de pouce supplémentaire ça peut les aider. »

IDE3 : « Nous on en voit des patients comme ça, où vraiment ils s'en fichent, enfin ils viennent, ils disent « voilà le médecin m'a dit de venir à telle date, il me dira le résultat, il me dira combien je prends ». J'en ai discuté avec certains qui sont pourtant cortiqués, je leur ai parlé du protocole, ils me disent « oui oui, il me la présenté mais non, je demande au médecin ». C'est vrai que c'est la « référence », ils ne cherchent pas quoi. »

JR : « Et ce dont parlait Médecin3 aussi, c'était, si j'ai bien compris, les patients qui veulent pas euh... pour qui c'est un mystère qui est réservé au docteur et puis voilà. Enfin ceux-là ils font encore attention, mais y a ceux pour qui bon, ils prennent ça comme du Doliprane ou de l'Aspirine... »

IDE1 : « Y en a qui sont très euh... c'est une de tes patientes qui fait ça « oh j'en ai mis un demi de plus tous les jours, ça devrait le faire » (*rires*) « je le sentais que j'en avais besoin d'un demi de plus ». Voilà y en a qui ont quand même leur petite formule magique... »

JR : « Et pourtant, toi tu parlais tout à l'heure que ça te servait comme support d'éducation... »

Médecin2 : « Bah je vois bien que c'est une fusée à plusieurs étages... L'équilibre de l'INR c'est en fonction du patient, par contre s'assurer qu'ils aient bien compris que : sous-dosage, on sait qu'il peut y avoir un risque thrombotique, mais le risque hémorragique est encore supérieur quand ils sont en surdosage, c'est-à-dire, moi ça m'intéresse de savoir s'ils sont capables de dire ce que c'est un surdosage et quel est le risque, qui à priori est plus aigu que le sous-dosage, et puis comment réagir en fonction d'un saignement. J'ai trouvé que vous aviez très bien fait le protocole, parce que du coup ça hiérarchise, ça peut banaliser des choses, et on a des patients qui vont s'inquiéter pour rien aussi, mais je veux dire cette partie de l'éducation, ça permet de s'assurer que même qu'ils soient impliqués ou pas dans leur santé, enfin qu'ils aient compris les risques du traitement en fait. Et celle qui joue avec un demi de plus, est-ce qu'elle l'a bien compris ce risque... Ce n'est pas forcément le chiffre de l'INR qui nous intéresse, c'est plus de savoir est-ce qu'elle a compris finalement les risques du traitement ? »

JR : « Ça fait pas mal de choses à lire quoi. Est-ce que vous pouvez réagir là-dessus ? Bon on est dans une zone populaire on va dire, ça veut dire qu'il faut quand même pouvoir intégrer tout ça, c'est un message un peu complexe... Non ? Personne ? Justement les paramédicaux est-ce que vous avez déjà ressenti ça ? Indépendamment des gens déments je veux dire. »

IDE2 : « On prend l'essentiel du protocole, on leur laisse, ils s'en imprègnent, ils le lisent. Mais en fait l'intérêt pour nous c'est qu'ils l'aient compris, on revoit l'essentiel du protocole. C'est-à-dire les signes d'alerte, l'intérêt de faire la prise de sang, la nécessité d'être rigoureux dans la prise des médicaments, et en fait qu'ils se l'approprient. Mais de toute façon, enfin c'est comme ça que je fonctionne, on revoit ensemble avec le patient, les différents points essentiels du protocole, qu'ils sachent déjà pourquoi on contrôle, bien sûr les signes d'alerte, la nécessité d'être rigoureux, mais voilà, et c'est au cours de la prise de sang qu'on revoit ça très souvent. »

Médecin3 : « Qui a eu des phénomènes hémorragiques ces derniers temps ? »

Médecin6 : « Moi j'ai perdu un patient l'année dernière, qui a fait un sous-dural. Un monsieur de 93 ans et qui a été refusé en neurochir à Nantes, ce qui a mis en colère le gériatre qui s'en était occupé, qui avait trouvé ça totalement injustifié. Mais il en est décédé oui. »

Médecin3 : « Mais parce qu'il avait un taux d'INR... ? »

Médecin6 : « Non non, c'était un monsieur qui était bien équilibré mais qui a chuté en fait. »

Médecin3 : « C'est sa chute oui, qui a fait que... d'accord. Mais ce n'est pas un déséquilibre de son INR ? »

Médecin6 : « Non mais peut être qu'à ce moment-là il était dans une zone un peu à risque... Puisqu'on nous dit que ça fait un peu le yoyo... »

Médecin2 : « Ma grand-mère est décédée de ça, elle a fait une hémorragie cérébrale sur un déséquilibre de l'INR... »

Médecin5 : « Et moi j'ai eu l'effet inverse, une dame qui prenait pour une ACFA du Préviscan, elle était à un moment sous-dosée, elle a fait un embolie, une ischémie aiguë du membre inférieur, elle en est décédée. »

Médecin4 : « Je ne sais pas si on avait évoqué le problème de l'observance, car déjà quand on nous dit que l'observance des médicaments en général, est vraiment... je sais plus mais à chaque fois je tombe sur le derrière quand on me dit ça... Alors est ce que l'observance des AVK, même si c'est un produit dangereux, est ce que les gens sont meilleurs ? C'est vraiment important. »

Médecin3 : « Je pense qu'ils sont quand même plus près de ce médicament-là qu'un Crestor, enfin qu'une statine ou qu'un Diamicron de temps en temps, tu vois. J'ai l'impression que ce médicament-là... euh la preuve... et puis il est entouré ce médicament-là, c'est-à-dire qu'aussitôt que quelqu'un n'est pas apte à gérer sa prise, on met un infirmier. Donc l'observance est là hein, tu ne mettras jamais un Préviscan à un Alzheimer, enfin t'auras toujours un infirmier derrière. »

IDE3 : « Je pense quand même qu'à l'instauration du traitement, ils sont assez prévenus. Enfin on a eu le cas d'une dame qui a fait un AVC et qui a eu ça et ce qu'elle avait retenu en sortant de l'hôpital c'était « c'est un médicament dangereux, il faut que le surveille ». Enfin après il a fallu revoir l'éducation avec elle au fur et à mesure des prises de sang comme disait IDE2, et l'alimentation. On avait eu un problème où la dame avait mangé, enfin avait pas respecté le régime alimentaire et c'est vrai que son INR avait complètement... était rendu à 7,5, quelque chose comme ça et ça l'avait inquiété, et on avait cherché le pourquoi et on a reparlé de l'alimentation. C'est vrai que quand il y a des problèmes ça nous permet de revenir sur « pourquoi » et reprendre au fur et à mesure le protocole avec eux. Puis maintenant c'est une dame qui a été un moment autonome, puis après le cardiologue a décidé d'arrêter le traitement mais c'est vrai qu'avec le protocole elle a acquis des connaissances. »

Médecin1 : « C'est vrai que ça va changer un peu avec les NACO, mais y a assez peu de traitement où on passe autant de temps en hospitalisation à faire de l'éducation. Sur l'introduction, plusieurs jours de suite, il y a un infirmier et un médecin qui passent, pour rappeler l'INR, couper les comprimés, etc. »

IDE2 : « Quand ils sont hospitalisés ! »

Médecin1 : « Pour l'introduction j'entends. Alors nous c'est compliqué, et les NACO ça va régler le problème, ça va être beaucoup plus simple à gérer, mais quand y a des introductions de Préviscan ou d'AVK, à chaque fois, avant que les gens sortent, ils ne sont pas à l'équilibre, mais on les a briefés quand même un certain nombre de fois sur ce traitement, donc effectivement vu la lourdeur du traitement c'est un peu mieux. »

Médecin2 : « Et puis après du coup le fait que t'ai une prise de sang de surveillance, c'est quand même un traitement où tu peux plus, de façon subjective, voir si c'est suivi régulièrement, C'est-à-dire qu'on voit assez vite quand ça se déséquilibre n'importe comment, c'est qu'on peut plus suspecter une mauvaise observance. A l'inverse les NACO, je pense que du coup comme y a pas de surveillance, là tu risques beaucoup plus une mauvaise observance parce que... Je sais pas j'imagine qu'il y a peut-être un côté psychologique de se dire « j'ai ma prise de sang tous les mois ou plus souvent », il y a une surveillance active donc il y a une prise un tout petit peu plus active, ou sinon on voit si ce n'est pas régulier... Je pense qu'il y aura plus de déséquilibre ou de mauvaise observance. »

JR : « Est-ce que dans les mauvaises observances vous aviez des patients qui faisait une prise de sang tous les 3 mois, tous les 2 mois et demi, est-ce que ça a changé les pratiques là ? »

Médecin6 : « Oh il y en a qui zappent quand même de temps en temps. J'en ai un, je l'ai passé sous NACO, comme ça je ne suis pas embêté. »

Médecin4 : « C'est exceptionnel... Mais y en a oui, qui comprendront jamais. »

Médecin3 : « Y en a un qu'on connaît bien, qui pourtant est très bien cortiqué, il faisait une prise de sang tous les 2-3 mois... »

JR : « Et est-ce que parmi les médecins, parce qu'il y a quand même une génération un peu différente là, y a une pyramide, est-ce que pour le coup les NACO, bon enfin moi je suis un vieux maintenant, et c'était plutôt les AVK avant, est-ce que les pratiques sont uniformes ou pas au cabinet ? Est-ce que vous avez discuté de ça ? Entre l'utilisation des NACO et des AVK ? »

Médecin3 : « Moi à titre personnel, aussitôt qu'il y a des soucis avec un équilibre de l'INR, j'appelle le cardio pour voir si y a une possibilité de passer sous NACO, pour ne plus avoir ces risques et ces variations. »

Médecin4 : « Ouais enfin on l'initie jamais ça, sans avoir un avis. »

Médecin1 : « Moi sur la découverte d'ACFA au cabinet, je ne passe pas par le Préviscan, je vais directement... Enfin si c'est possible je prends un avis cardio, mais je mets un NACO directement maintenant. »

Médecin5 : « Oui moi aussi. »

Médecin6 : « Sur une ACFA ? »

Médecin1 : « Oui sur une ACFA découverte ici, enfin sachant que le cardio va dire « on démarre le traitement », il le revoit la semaine suivante, le traitement est initié... »

Médecin4 : « Et si ce sont des patients qui prennent un AVK depuis très longtemps ? Moi je profite d'une consultation (*cardio*) pour poser la question, c'est ce que je veux dire. »

JR : « Donc ça voudrait signifier que, en fait vous avez quand même une initiative temporaire, qui est validée par le spécialiste. »

Médecin3 : « C'est vrai que c'est plus aisé quand même, tu regardes la fonction rénale, c'est possible, tu mets le NACO. Et tu peux attendre l'avis cardio 3 jours après, 4 jours après, c'est quand même... »

JR : « Y a quand même une chose là, puisque je relis le questionnaire, ce qui est intéressant c'est que vous clairement les paramédicaux, vous vous l'êtes approprié, et que vous utilisez les quatre pages (*du protocole*) mais que pour la relation médecin - patient, ce n'est pas forcément la même chose. C'est-à-dire qu'il y a la page « saignement », si j'ai bien entendu, pour d'autres ça se négocie un petit peu pour montrer que c'est important. Et justement est-ce que le support, dans la mesure où il est uniforme, est-ce qu'on peut dire qu'il est adapté à toute votre population, enfin je ne sais pas si vous comprenez ce que je veux dire... »

Médecin2 : « Après il n'est pas tout à fait uniforme, justement, comme il y a trois parties, enfin trois feuilles, si je ne me trompe pas... »

JR : « Donc si tu réponds à la question, ça veut dire que tu peux utiliser une feuille ? »

Médecin2 : « Oui. »

JR : « D'accord, c'était pour que ce soit précisé. Je l'avais sous-entendu mais ça n'a pas été clairement dit... »

IDE1 : « Moi clairement la version que j'utilise..., enfin celle que j'ai avec moi c'est le tableau de... pour la pratique... »

Médecin1 : « On n'a pas effectivement la même utilisation. »

IDE2 : « Oui le tableau technique... »

Médecin5 : « Moi je l'utilise jamais. »

Médecin1 : « C'est vraiment l'objectif, c'était ça, c'était vous donner l'aptitude pour modifier le traitement, vous. Et nous, on utilise la partie pour l'éducation. »

Médecin2 : « C'est aussi pour ça, il peut continuer à être utilisé si on continue à le faire vivre. Parce que ça peut correspondre à différents usages. »

JR : « Alors moi, ce que j'observe de l'extérieur c'est que finalement ça donne aux infirmiers et infirmières une responsabilité qui me paraît supérieure à la moyenne, enfin quoi que maintenant les infirmières dans les EHPAD ont cette responsabilité, mais il me semble que ce n'est pas, enfin on en parlera plus tard, mais par rapport à ce que c'était avant, ça vous donne beaucoup plus de responsabilité dans la prise en charge des traitements. Et en même temps si y a un gag, vous pouvez vous sentir responsables aussi ? »

IDE1 : « Je pense qu'on le vit bien ! »

IDE2 : « On le vit bien sachant que dans les services de soins, on fonctionne par protocole et... »

JR : « Oui j'ai dans l'idée que dans les EHPAD c'est un peu comme ça... »

IDE3 : « Non alors moi j'ai travaillé en EHPAD pendant 2 ans, on avait pas du tout de protocole, on passait notre temps au téléphone avec les médecins, puis c'est vrai que y avait pas forcément de bon suivi. Enfin moi ici je me sens plus rassurée, au moins je sais que j'ai un cadre où je peux me

référencer, et puis y a plus de sécurité je pense, je me sens pas du tout plus responsable, alors que je fais la même chose en fait. »

JR : « Donc ça voudrait signifier que, ayant fait la double expérience, ça t'apporte une sécurité, une rationalité et une compétence, enfin en plus t'as l'impression que les médecins sont plus compétents ? »

IDE3 : « Oui voilà c'est ça. »

IDE1 : « Le fait de le pratiquer, on arrive à prendre un peu de..., pas de distance mais... Y a certains patients qu'on commence à connaître aussi, et moi je trouve ça plus rassurant de maîtriser le sujet en fait. Parce qu'au final, quand on appelle le médecin, il nous dit « fais ça » donc nous, bêtement, on applique un truc qui vient d'au-dessus et sur lequel on n'a aucune maîtrise. Alors qu'au final, en ayant un protocole comme ça, on voit bien qu'il y a un arbre décisionnel qui fait que si on augmente de telle dose ce n'est pas « comme ça dans le vent ». Et ça nous permet aussi, pour certains patients, on dit « attends, dans le protocole c'est écrit ça », mais on sait bien que lui, si on fait ça, ça va pas se passer comme ça, et le fait d'avoir le protocole et de l'appliquer au quotidien, ça nous donne justement... Alors moi je ne vois pas ça comme négativement la responsabilité, mais plutôt justement une expérience supplémentaire qui fait qu'on est plus compétent, et qu'on va être meilleur pour les patients en fait. »

Médecin5 : « Il est assez précis je trouve le protocole dans la prise en charge des INR mal équilibrés... »

IDE1 : « Je l'ai jamais vu comme un danger en tout cas ! »

IDE3 : « On peut se référer à ce qu'ils ont mangé etc. Enfin on les voit au quotidien, donc on sait s'ils ont chuté, s'il y a une plaie, ou quelque chose comme ça, on analyse tout, de manière plus globale. »

JR : « Oui vu de l'extérieur on a l'impression que vous êtes les interlocuteurs privilégiés... »

IDE1 : « Alors pour le coup, IDE3 et moi on a les mêmes patients, on se partage la tournée, et tous ces patients qui ont des gros troubles cognitifs, clairement parfois on est le seul passage de la journée donc en effet, c'est nous qui les connaissons peut-être le mieux... »

IDE2 : « Après c'est l'occasion de reprendre à domicile, ce qui a été dit en consultation. C'est-à-dire qu'en consultation, le médecin informe son patient, l'informe sur l'importance d'être observant, l'importance des prises de sang, et ils reçoivent énormément d'informations et ils n'ont pas tout saisi, et ce qui permet que voilà, le protocole une fois qu'ils l'ont lu, de poser des questions qui ont été abordées pendant la consultation, et de revoir ça à tête reposée. »

JR : « C'est un canevas rationnel... »

IDE2 : « Voilà, voilà, tout à fait ! »

JR : « ...et uniforme. »

IDE2 : « Tout à fait ! »

JR : « Et les docteurs, ils pensent quoi là ? »

Médecin2 : « Ça semble beaucoup plus logique que vous ayez une part d'autonomie, enfin ça paraît aberrant que pour les patients que vous gérez au quotidien, que vous n'ayez pas la possibilité

d'avoir cette autonomie et ce n'est pas une compétence de diagnostique ou autre, je veux dire c'est la gestion d'un traitement, c'est votre cœur de métier, donc ça me semble logique d'avoir la possibilité d'être autonome. C'est plutôt aberrant l'inverse, il me semble. »

Médecin1 : « Et c'est que tout le monde y gagne. »

Médecin5 : « Et ça vous permet de réagir quand nous on n'est pas là, pas disponibles, un soir, un weekend, en vacances... Y a un arbre qui est précis. »

IDE2 : « Exactement ! »

Médecin4 : « Et puis nous par notre exercice aussi, on a rompu une barrière qu'on avait avant, entre les infirmiers et les médecins, on n'avait pas cet échange. Les autres infirmiers on les croisait comme ça dans la rue ou au téléphone... Maintenant on bosse ensemble, on échange ensemble, chacun y trouve sa place. »

Médecin2 : « C'était aussi un des sous-objectifs de ce protocole, qui n'est pas si évident à mettre en place que ça. Après la difficulté par rapport à ça, c'est de savoir qui gère le traitement : est-ce que c'est le médecin ? l'infirmier ? et quel infirmier ? est-ce que c'est le patient lui-même ? la famille ? Et ça faisait aussi parti de ce protocole-là, de noter à la fois dans l'ordonnance la dernière posologie pour être à jour, de le noter dans les antécédents, et aussi les coordonnées des infirmiers. C'était aussi cet échange-là... »

Médecin5 : « Et par rapport au rôle de l'infirmier, je rajouterais que c'est comme pour l'insuline, ils adaptent les doses eux-mêmes souvent, sans nous appeler. »

IDE1 : « Faut préciser aussi qu'en libéral, on a quand même une liberté de mouvement... En théorie, on agit que sur le protocole, et c'est vrai que c'est comme la gestion de l'insuline, on a quand même une latitude de mouvement, par notre expérience on sait que parfois on prend un peu de liberté sur notre exercice professionnel... Alors le protocole pour ça est super parce quand il est passé 20 heures, on a plus de médecin joignable, notre quotidien en libéral c'est ça. On est censé exercer sous couvert d'un médecin sauf que, le samedi après-midi, le dimanche, y a pas de médecin... »

IDE2 : « C'est vrai qu'on est souvent appelé, y a qu'à voir la différence entre notre exercice auprès de la maison de santé et notre exercice auprès d'autres cabinets médicaux. C'est-à-dire qu'avec le protocole de la maison de santé, on a cette latitude comme tu l'as dit, on gère, et pour certains cabinets de médecins sur Saint-Nazaire ou ailleurs, il faut qu'on appelle. Le souci c'est que des fois, on reçoit les résultats tard, on appelle, le médecin est absent pour diverses raisons et on se retrouve avec un résultat pas dans les normes... Qui est-ce qui gère au final ? C'est nous qui prenons la décision... Alors que quand on travaille avec un protocole écrit, on se dit que même si les médecins ne sont pas là, on respecte le cadre qui a été décidé au sein de la maison de santé, et voilà, on respecte la ligne de conduite. »

JR : « Alors c'est quand même intéressant, est-ce que tu peux développer ? Parce que ça peut aussi être une source de crise, si par exemple un soir « je dis que » et que 3 jours après le patient revoit le médecin « et qui est-ce qui vous a dit ça ? l'infirmier ? »

IDE2 : « Alors concrètement, des fois ça se passe comme ça, c'est-à-dire que le patient récupère son résultat sur internet, ou ceux qui n'ont pas internet appellent le laboratoire, et finalement ils ont le résultat tardivement, et lorsqu'il le reçoit, ils appellent leur médecin traitant qui est absent et au final ils appellent l'infirmier « bon bah voilà j'ai ça comme résultat, qu'est-ce que je fais ? » Et quand on travaille au sein de la maison de santé avec un protocole, on applique ce que l'on a décidé collégialement, et quand vous avez un patient en dehors de la maison de santé, on appelle leur

médecin traitant, y en a qui connaissent le protocole et y en a qui l'ignore, et on refait ce qu'on faisait avant, on reprend nos anciennes habitudes, et quand le médecin est absent, on est contraint de gérer « pour ce soir, vous prenez telle dose, mais demain matin vous appelez votre médecin traitant pour confirmer ou infirmer ce que je vous dis ce soir, et on reconstruit à J5, J6 » C'est ça quoi. »

Médecin2 : « Mais en tant que tel, quand on est dans la fourchette, on n'est pas plus compétent que les infirmiers ou eux pas plus compétents que nous pour gérer ça. Après savoir si faut donner de la vitamine K ou autre... Je veux dire dans la mesure de ce qui a été déterminé dans le protocole, il n'y en a pas un qui est plus compétent que l'autre. »

IDE1 : « Après ce serait intéressant d'avoir le point de vue des autres cabinets infirmiers. Parce que c'est vrai que nous on travaille en maison de santé, donc on a une façon de travailler qui est différente, on est en confiance avec tout le monde, on n'hésite pas à prendre le protocole car on sait qu'on l'a construit ensemble. Et qu'on n'a pas un médecin de la maison de santé qui va nous tomber dessus le lendemain parce qu'on aura pris la décision de faire telle ou telle chose. »

IDE3 : « Et puis l'information circule davantage. »

IDE1 : « Et puis on se connaît. Moi sincèrement il y a des cabinets de médecins en ville avec qui je ne jouerais pas à adapter une dose, même si je suis quasiment sûre d'avoir raison. Par diplomatie. »

Médecin3 : « Oui j'ai eu des coups de fil d'infirmier ou infirmière que je suis persuadé que je n'aurais pas de votre part. »

Médecin2 : « Alors j'ai eu hier un INR à 1,98, c'était un coup de fil d'une EHPAD, on leur avait proposé d'utiliser le protocole, mais le médecin coordinateur n'a pas donné son accord... Ça fait un coup de fil à la secrétaire, la secrétaire te passe le coup de fil... Et puis elle sait très bien qu'il n'y a rien à faire mais... Donc c'est une perte de temps pour tout le monde et les infirmières elles en rigolent et elles étaient plutôt enthousiastes qu'on en discute avec elles. Il n'y avait pas eu l'aval du médecin coordinateur... On se retrouve sur des situations aberrantes. Pour 0,02... Tout le monde le sait en plus... »

Médecin6 : « C'est le côté médicolégal de l'affaire, c'est une façon de se couvrir... »

Médecin2 : « C'est exactement ça. Soit on applique à la lettre... »

JR : « La question 3 est tournée autour de l'harmonisation des pratiques professionnelles, je pense que vous avez pas mal abordé le sujet, on peut peut-être développer ça mais globalement vous êtes tous d'accord. Qui a pensé le protocole au niveau intellectuel ? »

Médecin3 : « On était 3 ou 4... »

JR : « Vous vous êtes basé sur des sources ? »

Médecin3 : « Oui sur les recommandations de l'HAS. »

JR : « Est-ce que pour les paramédicaux, il y a des recommandations particulières ? »

IDE1 : « Oui sur la gestion des AVK, on peut avoir des recommandations d'éducation thérapeutique mais que je ne connais pas. Par contre clairement sur la gestion de l'INR, on est complètement soumis, de toute façon à part dans le cadre d'un protocole, c'est pas du tout à nous de... Enfin dans notre décret de compétences, ce n'est pas dedans. »

IDE2 : « Alors officiellement non, mais notre métier est en pleine évolution et voilà, d'ici quelques années on en reparlera, mais aujourd'hui, effectivement ce n'est pas dans notre décret de compétences. »

JR : « Est-ce que vous voulez développer un peu sur ce que vous venez de dire ? »

IDE2 : « Il y a la réalité et il y a la formation. Il y a la théorie et il y a la pratique. Et en ce qui nous concerne infirmier, infirmière, des fois il y a un fossé entre notre pratique quotidienne et notre théorie. Dans notre formation, il y a un décalage. C'est bien pour ça je vous dis que notre métier est en pleine évolution. Et que notre formation au sein de l'école infirmière est revue très souvent. Et qu'aujourd'hui, toutes ces pratiques avancées, c'est... il y a des groupes de travail par rapport à ça. »

JR : « C'est un peu une sous-question, c'est-à-dire que les pratiques avancées d'une part ça peut être intéressant pour les médecins, car ils sont un peu moins dérangés, et pour vous, c'est aussi... »

IDE2 : « Oui, tout en restant dans notre champ de compétences quand même... Il y a le rôle des médecins, le rôle des paramédicaux, et chacun reste dans son champ de compétence. Et c'est vrai que notre métier est en pleine évolution. Mais du coup, pour en revenir au protocole, on regarde notre champ de compétences, et voilà, sous couvert d'un médecin, sans empiéter sur le rôle fondamental du médecin traitant. »

JR : « Et est-ce que vous y voyez un côté négatif ? Parce que finalement là, on va dire que c'est plutôt le côté positif que vous développez. Est-ce que vous voyez un côté négatif à cette évolution de pratiques ? »

IDE2 : « Non, parce que c'est de la réalité ! »

IDE1 : « Non, on est en train de rejoindre la réalité du terrain en fait. »

JR : « En gros, c'est presque la relation infirmier – patient qui est une réalité que vous vivez tous les jours, qui vous amène à faire évoluer vos pratiques, c'est ça ? »

IDE1 : « Clairement les INR ou certaines choses, quand on n'a pas de médecin disponible... Enfin moi par exemple le truc qui m'est arrivé, c'est l'INR du samedi matin. Alors l'INR du samedi matin c'est super, sauf que le samedi après-midi, appeler SOS médecin pour une gestion d'INR, je pense que ça va bien les faire rire... Donc quand ça nous arrive, de toute façon on est face au problème, qu'est-ce qu'on fait, on s'adapte au mieux, on a déjà géré des INR, on voit à peu près le... Voilà, on se dit « on va faire comme ça » et puis on va réévaluer lundi matin. Ça c'est notre réalité de terrain. Donc avoir un protocole, c'est dire qu'en effet on a une réalité de terrain et au moins on agit dans un champ légal, avec un arbre décisionnel, et pas « à l'arrache », parce qu'on n'a pas trouvé mieux que de faire ça. »

Médecin2 : « C'est clair que ça donne un cadre et ça confirme vos prises de décisions, qui seront légitimes dans ce cas-là, et qui pourraient être remises en cause sinon. »

JR : « Alors on va recentrer un peu sur le questionnaire, donc les pratiques professionnelles sont harmonisées, ça vous l'avez dit, mais ça suppose que les relations soient harmonieuses aussi au départ, parce que si elles ne le sont pas... C'est difficile d'harmoniser des pôles plus et des pôles moins, je veux dire, si c'est des aimants qui se repoussent, ça peut aussi générer des tensions voire des crises, est-ce que vous pourriez parler de ça ? C'est une harmonisation de pratiques, à condition de travailler sur le même bateau. »

Médecin3 : « On est dans le même bateau... Je veux dire, il n'y a pas de soucis là-dessus. Je suis à l'aise avec tout le monde. »

Médecin5 : « Le protocole a été travaillé avec différentes professions quand même, les infirmiers, les médecins... »

JR : « Oui ça j'ai bien compris, mais c'est qu'après, il y a les relations interpersonnelles... »

Médecin6 : « C'est ce que disait IDE1 tout à l'heure, le fait d'être sous le même toit et de se connaître, fait qu'il y a une relation de confiance naturelle, et ça c'est inhérent à la maison de santé je pense. Quand on a monté le projet de la maison de santé, il y avait un terme qu'on entendait souvent, c'était « l'horizontalisation des pratiques », et là on est en plein dedans. On n'est plus vertical, on horizontalise, c'est-à-dire que le savoir, les compétences se diffusent et se partagent. C'est le but de la maison de santé. »

Médecin5 : « Et y a des moments où on se rencontre : au terme de nos RCP, nos réunions mensuelles... »

JR : « Les infirmiers ont parlé de leurs relations avec leurs collègues libéraux, est-ce que vous les médecins vous pourriez parler de vos relations avec vos collègues ? Car finalement ça amène à ce que ce protocole soit diffusé à Saint-Nazaire, en tout cas c'est l'impression que ça donne en tant qu'observateur... »

Médecin2 : « Je crois que pour les autres cabinets libéraux ça peut justement avoir un intérêt parce que là on parle d'harmoniser, puisqu'il y a les liens personnels, mais on peut harmoniser les pratiques en dehors des liens personnels, avec les autres cabinets et pour les EHPAD. Ça serait aussi un gain en confort de travailler avec des gens, même avec qui on n'a pas de lien personnel et d'harmoniser. Après par contre, je pense qu'effectivement ça peut être mal vu de sortir un protocole, ça peut être mal interprété par d'autres cabinets je pense... »

Médecin1 : « Ça a été présenté dans les EHPAD, en disant pour les patients du cabinet, vous pouvez l'utiliser il n'y a pas de soucis, après si vous le diffusez avec l'accord des médecins des autres résidents, il peut être utilisé il n'y a aucun problème. C'était pas du tout l'idée d'imposer le protocole de la maison de santé à l'EHPAD et de le diffuser à tout le monde, ce n'était pas ça l'idée, même si ça peut être entendu autrement, il peut être utilisé, il n'y a aucun problème, mais bien sûr avec l'accord des médecins traitant des autres résidents. »

JR : « Côté infirmier, vous l'avez exprimé par rapport à des médecins extérieurs, mais est-ce que vous avez eu des réflexions de la part de collègues ? Ils pourraient se dire « vous, vous avez de la chance, tandis que moi dans mon cabinet c'est le bazar, l'INR du samedi ça me tombe dessus... » Est-ce que vous avez eu des réflexions du genre ? »

IDE2 : « J'ai pas eu d'écho négatif. »

IDE1 : « Moi non plus, après je ne suis pas ici depuis très longtemps non plus. »

IDE2 : « Non je pense que les collègues infirmiers le voient comme je vous l'ai décrit tout à l'heure : travailler sous un cadre légal pour rassurer tout le monde, les patients, les soignants... Et je n'ai pas eu d'écho négatif, non. On en a discuté au début, lorsqu'il a été instauré, et c'est vrai que comme disait Médecin2, il faut toujours le faire revivre, et c'est vrai que quand on se croise on n'en reparle pas, mais je n'ai jamais eu d'écho négatif, jamais. Même sur les autres protocoles d'ailleurs, car on a fait d'autres protocoles, je n'ai jamais entendu quoi que ce soit de négatif sur des choses qui avaient été instaurées. »

JR : « Bon vous avez déjà un peu répondu aux questions qui vont suivre, par définition ce sont des questions ouvertes. Est-ce que vous voudriez aborder autre chose ? »

Médecin1 : « Oui, une des failles qu'on n'a pas..., enfin que finalement on est en train d'aborder, et qu'on connaissait quasiment dès le départ, c'était « comment on fait pour évaluer la vie de ce protocole : est-ce qu'il est bien diffusé ? est-ce que c'est en nombre de protocoles diffusés ? en nombre de personnes concernées ? » C'était une des failles : comment on l'évalue finalement ? Est-ce que ça passe par un focus group ? Est-ce que ça passe par de l'objectivité ? ... »

JR : « Par définition, compte tenu du nombre, on ne peut pas faire de quantitatif, enfin ça aurait pu être un travail quantitatif. Ceci étant dit, ça peut être intéressant que chacun dise une approximation quantitative du nombre de protocole diffusé par rapport au nombre de patients sous AVK. Est-ce que vous pouvez donner chacun un nombre, en faisant un tour de table ? »

Médecin4 : « Ah c'est difficile... J'en ai parlé peut-être euh... franchement j'ai du mal à quantifier... Non je vais improviser là et je vais dire des bêtises. »

JR : « Ce que j'aimerais que tu me dises c'est si t'en a au moins parlé au deux tiers de tes patients ? A un tiers ? »

Médecin4 : « Bon là c'est vraiment à la louche... Je pense qu'il y a au moins deux tiers de mes patients qui sont au courant de l'évolution qu'on a eu par rapport au suivi de l'INR. »

JR : « Bon j'ai ma réponse ! »

Médecin4 : « Oui mais ce n'est pas très précis ! »

Médecin5 : « Moi je n'ai pas dû le donner à beaucoup de patients, à 1 ou 2 peut être le protocole. Mais je m'en sers plus pour moi en fait. Je le garde sur mon bureau comme ça, et quand j'ai un doute sur un taux ou une conduite à tenir, je le regarde. Ça m'arrive assez souvent. »

Médecin1 : « Moi j'ai changé ma pratique par rapport notamment à... sur l'ordonnance, comme je le disais tout à l'heure, enfin surtout au départ, car après on oublie un peu, mais au départ ça m'avait permis de beaucoup changer ma pratique par rapport à la traçabilité, que ce soit bien clair. Après est-ce que je l'ai diffusé beaucoup ? Pas tant que ça. Parce que me connaissant, je jugeais que ce n'était pas utile, ou que le public était pas adapté... »

JR : « Il y a quand même un effet « public », t'en a parlé tout à l'heure, tu le redis là... T'en a parlé à des gens qui étaient pas réceptifs parce qu'ils avaient des troubles cognitifs, ou aussi des gens que vous ne « sentez pas » et d'autres qui sont hyper compétents, et ceux-là on en parle même pas, parce qu'ils savent tout. »

Médecin4 : « C'est vrai que je l'ai pas beaucoup donné. Mais lors d'un échange pour donner un conseil, ou pour changer une dose, ou un truc comme ça, ça m'est arrivé alors que je le faisais pas du tout, mais appuyé par le protocole, j'ai dit aux gens, même au téléphone, « je vais vous donner les cadres de danger qu'il y a, flippez pas il y a de la marge ». C'est vrai qu'avant on sautait au plafond quand il y avait un INR à 4,5, alors que maintenant on ne saute plus au plafond quand il y a 4,5. Enfin tu vois, c'est le genre d'échange que j'ai eu après avec mes patients. »

JR : « Ça veut dire quand même que pour les médecins, ça vous sécurise dans vos réponses. »

Médecin4 : « Et puis qu'on le fait passer aux patients aussi. Avant je pense qu'ils étaient un peu sur une planète sauvage, ils se disaient « je dois être entre 2 ou 3, ou je dois être entre 3 et 4,5, qu'est-ce qu'il se passe si je suis en dessous ? qu'est-ce qu'il se passe si je suis vraiment au-dessus ? »

Médecin6 : « Moi je l'ai quasiment pas utilisé, sauf au début, où j'ai dû en donner 1 ou 2, mais c'est pareil, je vais me répéter, mais y a pas beaucoup de patients qu'on met sous AVK je trouve. Après en fait, je me rends compte que quand je prescris du Préviscan maintenant, j'ai fait un copier-coller des recommandations Vidal, c'est ce que j'étais en train de regarder. Parce que dans la monographie Vidal qu'on a sur nos postes, on peut faire des copier-coller. Je ne sais pas si vous faites ça de temps en temps, et ça je le fais depuis qu'on a abordé ce sujet des AVK, et y a une petite recommandation dans le Vidal justement : « ce médicament doit être attribué en une prise par jour, il est préférable que la prise ait lieu le soir afin de modifier la posologie dès que possible après les résultats de l'INR ». Je crois que j'ai dû mettre ça, faudrait que je revérifie dans les posologies qui sont formatées. Donc moi je le mets, et j'en mets un peu plus, notamment, je crois qu'il y a un moment dans le protocole où on parle de l'ingestion de légumes verts, tout ça. Donc je n'ai pas trop utilisé le protocole, mais son existence, et le fait qu'on en parle comme ça de temps en temps, m'a un peu plus sensibilisé à la prévention vis-à-vis des patients. Parce que maintenant j'imprime, quand je prescris le Préviscan, ce petit paragraphe. Je le retrouve pas là mais il est sur mon ordi. Après c'est vrai que je n'arrive pas moi à... C'est ce que dit Médecin1, c'est une faille un peu du protocole, on a du mal à l'évaluer, et je ne sais pas trop dans quelle mesure on a été épargné de coups de fil... Je ne sais pas. »

IDE2 : « Je ne me souviens plus quand est-ce que j'ai dû vous appeler la dernière fois. »

IDE1 : « Moi non plus. J'ai demandé pour certains cas un peu durs à équilibrer, mais sinon... »

IDE2 : « On fait des INR tous les jours. Plusieurs fois par jour. Et je me souviens plus quand est ce que je vous ai appelé ! »

JR : « C'est pour ça que vu de l'extérieur, on a l'impression que vous ne donnez pas beaucoup d'AVK, mais que les infirmiers font beaucoup de ... *[inaudible]* »

IDE3 : « C'est ce que je pensais, des fois vous devez perdre le fil, où est-ce qu'on est rendu dans les posologies en fait. Parce que c'est vrai qu'il y en a beaucoup que nous on gère, on trace tout au domicile du patient, mais je pense que c'est quand ils doivent venir vous voir, vous devez vous dire « ah ouais d'accord on est passé de ça à ça, c'est pour ça que j'ai reçu tel INR ». Oui vous devez perdre le fil. C'est comme les insulines, des fois quand ils reviennent avec leur cahier, vous vous dites « ah on est rendu à tant », et on voit sur les ordonnances après que ça a été remodifié. Je pense que oui, vous perdez le fil de ceux que nous on gère. »

JR : « Donc en fait, donc non seulement il y a une délégation de tâches, mais il y a une délégation de responsabilité là. C'est un peu la même chose mais... »

Médecin4 : « Toute tâche est responsable... »

Médecin6 : « Quand je fais une modification au téléphone, je crée une consultation dans le logiciel où je mets que je suis passé de $\frac{3}{4}$ à $\frac{1}{2}$..., comme ça je ne perds pas trop la main... »

Médecin3 : « Oui moi aussi c'est pareil, je fais ça. »

Médecin6 : « Mais quand c'est nous qui gérons... »

IDE3 : « C'est vrai que nous on n'a pas la possibilité de le faire... »

Médecin1 : « C'est le principe de ce type d'ordonnance, comme l'insuline et tout ça, t'as un protocole, tu l'appliques en fonction... »

Médecin2 : « Alors moi ça doit faire 3 mois, j'ai dû le donner 4 ou 5 fois, mais en en parlant on se dit que ce qui nous manque c'est justement la traçabilité. Là c'est du papier donc on avait le choix de soit l'avoir sur le bureau et de l'imprimer, soit de les prendre en papier. Et ce qu'il manque c'est dans notre logiciel, de dire « j'en ai parlé à tel patient ; il a été éduqué par rapport au protocole ; on a parlé du protocole avec lui ». Ce qui fait qu'au fur et à mesure qu'on va revoir les patients, enfin on se souvient globalement de certaines discussions, heureusement on n'oublie pas tout, mais c'est comme pour le tabac, on sait plus si on leur a posé la question s'il fumait ou pas, c'est un peu la même chose, le risque c'est qu'on ne sait plus si on leur a déjà présenté le protocole. Il y a un effet initial, je pense que tout le monde l'utilise au début et puis après du coup est-ce qu'on s'essouffle, est-ce qu'on oublie d'en reparler, est-ce qu'on ne sait plus à qui on en a parlé ? En tout cas c'est vrai que ce serait important de savoir nous quand on l'initialise et vous les infirmiers quand vous l'utilisez, peut-être de pouvoir tracer « pour tel patient on l'utilise, coté infirmier et sur tel patient, les médecins l'ont présenté, notamment sur le versant éducation ». Du coup ça serait peut-être aussi des éléments plus objectifs. »

Médecin1 : « T'as ça, d'un côté t'as l'élément objectif « j'ai donné le papier, ou je n'ai pas donné le papier » et t'as cet élément un peu subjectif ou finalement tout ce protocole te fait tilter sur ta modification d'ordonnance, un petit truc que tu vas dire au patient, qui n'est pas traçable finalement. »

Médecin2 : « Oui c'est vrai que c'est important à l'avenir de savoir qui a été inclus ou pas, sans faire une étude quantitative précise... Le fait d'avoir un chiffre (*l'INR*) à donner une fois par mois, ça donne un rendez-vous régulier, alors que si on n'a pas ce chiffre-là du coup... »

IDE2 : « Je pense que nous on le fait vivre un peu tous les jours. On n'a pas parlé du carnet de surveillance, les patients ont un carnet de surveillance, et moi je sais qu'à travers le carnet j'ai le protocole en tête. Si vous voulez, dans les carnets de surveillance, nous on note la date de l'INR, la dose prise par le patient, le prochain contrôle. Et quand le résultat n'est pas bon, on reprend sur le carnet l'historique des prises d'AVK ou des prises de sang, et comme vous avez des notes un peu explicatives au début du carnet de surveillance, on s'imprime plus ou moins tout le protocole qui a été créé, et on le transpose avec le carnet, on fait un mix des deux. Le protocole je ne vais pas dire que je le fais vivre tous les jours, mais quasiment. Je ne sais pas ce que mes collègues en pensent... »

IDE3 : « Nous, tous nos patients sous AVK l'ont chez eux, ont le tableau. »

IDE1 : « Ah bah nous oui, ils ont le protocole chez eux, avec le carnet de suivi. »

Médecin2 : « C'est intéressant du coup de parler de ça, pour vous ça a un côté systématique, pour nous c'est plus un côté prise de conscience, qu'il faut faire attention sur l'ordonnance, c'est marrant ça n'a pas les mêmes effets sur les professionnels. »

Médecin1 : « Dans le protocole, t'as une partie très cadrée avec les modifications d'INR et puis t'as l'autre partie explicative... »

JR : « Est-ce que ça voudrait dire en quelque sorte, qu'il y a aussi deux façons de traiter l'information au patient, c'est que vous les médecins c'est l'ordinateur, et les infirmiers c'est le carnet avec le support qui pour vous est réellement un plus, parce que ça donne une liberté... Mais là, est-ce que justement si on parle de l'intérêt de ce protocole..., vu de l'extérieur on a l'impression que du côté des médecins ça s'épuise un peu, je suis un peu critique..., alors qu'au contraire pour les infirmiers même si vous êtes que trois et qu'il n'y a pas un bon équilibre, c'est très important, mais que par contre des fois on sait pas si on en a parlé aux gens, d'un air de dire « ce serait peut-être bien qu'on leur en parle, mais si je leur ai déjà dit, on va quand même pas repasser 10 minutes

à parler de ça...» Est-ce que là y a pas quelque chose qui témoigne d'un manque d'intercommunicabilité dans votre système là ? »

Médecin2 : « On est en plein dedans, en plein développement... Oui si vous, vous gérez un INR d'un patient du cabinet, comme dis Médecin6, on remarque un changement de posologie, « ça a été augmenté d'un quart », et bien s'il y avait un réel outil commun, effectivement on sait que c'est augmenté, on sait que c'est fait et comme ça pas besoin d'y repasser. Dans un sens ou dans l'autre, on sait que ça a été géré. On n'a pas le même support pour l'instant. »

JR : « Je pense que ça n'était pas forcément prévu dans le canevas, mais c'est intéressant. »

Médecin2 : « Oui, pour vous si on les a appelés, ça vous évite de le faire et à l'inverse si nous on voit dans le dossier, parce que par ordre chronologique, vous avez déjà fait les modifications... »

IDE3 : « Et puis vous recevez pas forcément les résultats en même temps que nous. Nous on va les consulter directement sur le site, vous vous les recevez par fax ou les labos vous appellent quand il y a un truc. Donc des fois vous nous appelez pour nous dire, et du coup il y a des doublons, on était déjà au courant... »

IDE2 : « Oui on les reçoit sur nos téléphones. Donc c'est instantané. »

JR : « Et est-ce que ça c'est une pratique générale, c'est-à-dire que les infirmiers reçoivent directement les résultats d'INR ? »

IDE1 : « Non, on les consulte. On sait qu'on a prélevé des INR, on sait qu'à telle heure on peut avoir les résultats. »

IDE3 : « Tous les infirmiers qui travaillent avec Biolam ont leur code d'accès, libre à chacun d'aller les consulter. »

JR : « Ça veut dire que les laboratoires de ville vous permettent cet accès... »

IDE2 : « Oui, et on les reçoit sur nos téléphones. »

IDE1 : « Pour certains résultats. On est bloqué sur certains, mais les INR par exemple, on peut. »

JR : « Ça veut dire qu'il y a un protocole laboratoire spécifique qui a été mis en place pour vous ? »

IDE2 : « On a les codes d'accès où on peut comme un médecin, recevoir des résultats. »

JR : « Alors question 4, ce protocole a changé la pratique quotidienne ? La relation triangulaire médecin – IDE – patient vous paraît-elle meilleure ? Etes-vous moins sollicités par les patients coté médecin ? C'est ce que j'ai cru comprendre. Côté infirmier, j'ai compris le contraire... »

IDE1 : « On n'est pas plus sollicités, c'est juste qu'avant on prélevait l'INR, on récupérait l'INR, on appelait le médecin en disant « l'INR est à tant, on fait quoi ? ». Maintenant on récupère l'INR et on adapte la dose et puis voilà. Donc en fait les médecins s'en aperçoivent plus, c'est géré. »

Médecin2 : « C'est un bon résumé ! »

IDE3 : « Et puis ils savent qu'il y a un double contrôle. Que les médecins du cabinet vont avoir le résultat et que nous aussi. Ils savent qu'on regarde dans la journée, et que le médecin en plus le reçoit. »

JR : « Je vais poser une question perfide : est-ce que vous pensez que les médecins ne les regardent même plus parce qu'ils savent que vous avez changé... ? »

IDE3 : « C'est une bonne question ! »

Médecin2 : « C'est aussi ça la question, on sait même pas si vous vous l'avez regardé. C'est perfide mais c'est vrai que dans un système idéal, il faudrait un serveur et le premier qui regarde l'INR, coche « je l'ai vu » et « je l'ai géré », il faudrait 2 colonnes différentes. J'exagère mais c'est toujours cette difficulté, c'est vrai que l'information elle est multiple, elle peut passer par le fax, elle peut passer par le mail, elle peut passer par l'infirmière, par la famille, donc du coup à chaque fois, on ne sait pas qui l'a gérée, et des fois effectivement ça nécessite des coups de fil. »

Médecin6 : « C'est vrai que quand tu rentres de ta semaine de vacances, ce qui m'est arrivé hier, et que tu tombes sur tes 80 mails, et que tu tombes sur un INR à 5,5, tout de suite tu vas voir dans le dossier si c'est géré ou pas. Et on est obligé de sortir, d'aller voir les dossiers des patients... »

IDE2 : « En fait c'est relativement simple, les patients pour lesquels on a la gestion des médicaments, on gère de A à Z. Par contre, les patients qui viennent simplement en prélèvement à la maison de santé, c'est des patients qu'on ne connaît pas pour certains, soit ils sont hors de la maison de santé, soit ils sont dans la maison de santé mais on ne les connaît pas, ils viennent ponctuellement et c'est vrai que ceux-là on ne les gère pas. »

Médecin6 : « Bon là où on est quand même un peu bordé c'est quand il y a un INR foireux, on est prévenu par le labo quand même... en principe. On a un fax ou un coup de fil. Je ne sais pas si y a des gags ? Je ne crois pas. »

JR : « Je ne sais pas si tout le monde peut avoir une comparaison de la pratique avant le protocole et maintenant ? »

IDE2 : « Pour nous c'est le jour et la nuit ! Je pense que vous l'avez compris à travers nos témoignages. Comme tu le disais, avant on récupérait le résultat, on appelait le médecin traitant, on attendait la réponse du médecin, on retournait chez le patient et on modifiait la dose. Là c'est un gain de temps. Vous récupérez les résultats, vous êtes chez le patient, vous gérez tout de suite, avec le patient. Ça nous facilite le travail, ça rassure le patient. Pour nous paramédicaux, c'est le jour et la nuit. »

JR : « Pour les docteurs ? »

Médecin4 : « On est plus sereins, et puis on s'appuie sur quelque chose qui a été de façon collégiale, qui a été bien délimité. C'est sûr que c'est une sérénité. »

Médecin3 : « On a mis aussi dans le protocole que les INR qui étaient en dents de scie, faut essayer de changer, et c'est vrai que ça a diminué le nombre de nos INR qui étaient chahutés. Bon y a plus de NACO qui sont mis qu'avant. J'ai l'impression d'avoir de moins en moins d'INR vraiment soit trop bas, soit trop hauts. Je ne sais pas si vous avez cette impression-là ? Les INR à 1,50 c'est quand même rare. Et quand tu le vois en fait c'est qu'on a décidé de l'opérer et qu'il y a eu un arrêt du Préviscan et tu te dis « ah oui ». Mais c'est vrai que les INR supérieurs à 6 ou inférieurs à 1,5 ont quand même sacrément diminué. »

Médecin4 : « Là on dérape un peu du sujet, mais c'est vrai que la question c'est en 5 ans par exemple, de combien a été diminué la prescription globale en France des AVK, par rapport aux NACO ? ... »

Médecin2 : « C'est vrai qu'en 9 mois, je ne savais pas qu'il y avait le protocole qui était en place, c'est vrai que vous vous en avait fait beaucoup plus, après nous on est noyés dans la masse, moi je ne m'aperçois pas que j'ai moins de coups de fil. Pas parce que de base j'en a beaucoup, mais au quotidien moi je ne m'en aperçois pas puisqu'effectivement vous gérez en amont. Donc du coup je l'ai pas ressenti de façon flagrante le changement, mais parce que finalement vous faites probablement le boulot en amont. Après ça fait travailler sur d'autres points dans la gestion du traitement, j'ai plus l'impression que c'est ça. Enfin moi ça m'oblige à me remettre plus en question sur la gestion du traitement dans ma pratique. Mais je l'ai pas ressenti, ce n'est pas quelque chose qui pourrait être quantifiable, et puis finalement, on est appelé pour tellement d'autres choses en journée... Moi je ne ressens pas forcément la différence en nombre d'appels pour le nombre d'INR, mais parce que j'ai probablement pas prêté attention et parce que probablement beaucoup de choses sont faites en amont, mais ce n'était pas le but en soi. Je pense que le but c'était que vous ayez une autonomie, et nous ça nous oblige à changer nos pratiques sur l'éducation et l'attention portées au traitement, je le vis plus comme ça. »

JR : « Médecin6 ? »

Médecin6 : « Qu'est-ce que je peux dire ? Non je réfléchissais, je pense que de toute façon, la prescription des AVK, ça reste pour nous une prescription anxiogène en fait. Et je me dis que d'avoir fait ce protocole, c'est certainement de nature à horizontaliser les pratiques, c'est ce que je disais tout à l'heure, on est plus transversal et je pense qu'on gagne en sécurité en usant de ce protocole. Et je me dis aussi qu'il y a une autre thèse qui va arriver, qui sera sur le pool de patients qui vont se réunir au sein de la maison de santé et qui vont avoir des choses à dire sur le fonctionnement de la maison de santé, et je me dis que le fait qu'ils voient qu'il y a des protocoles qui sont mis en place, c'est aussi un gage de sécurité pour le public. Donc je pense que c'est important les protocoles, c'est certainement une façon de sécuriser notre exercice et puis de montrer aux patients qu'effectivement ça peut être géré par les infirmiers et y a plusieurs responsables, y a plusieurs partenaires qui peuvent réagir sur un problème particulier. »

JR : « Une autre question maintenant : les améliorations à prévoir ? Que faut-il changer ? Par exemple qu'il y ait la possibilité de modifier l'information au niveau du dossier médical du patient ? »

Médecin3 : « C'est mis dans le protocole, aussitôt qu'on change quelque chose, il faut le mettre dans le dossier... »

IDE1 : « Oui mais ce n'est pas un outil commun, nous on a notre dossier... »

Médecin3 : « Peut-être avec le nouveau logiciel ? »

Médecin2 : « C'est vrai que vous les infirmiers quand vous êtes en visite, vous ne pouvez pas le faire. »

IDE1 : « Ce sont des choses qui sont en projet... »

IDE3 : « C'est vrai qu'avec l'arrivée du nouveau logiciel, il y aura plus de communication là-dessus et peut-être moins de doublons d'appels, on pourra peut-être encore plus voir le nombre d'échanges diminué par rapport à ça, on se référera davantage au protocole. »

JR : « C'est vrai que ce n'est pas facile de suivre un questionnaire type... »

Médecin2 : « La dernière question on y a répondu un peu au fur et à mesure... »

JR : « Après pour conclure, c'est intéressant, moi je vois ça de l'extérieur, mais c'est un protocole parmi d'autre si j'ai bien compris. Il y a d'autres choses qui ont été mise en place, j'ai entendu parler de l'insuline plusieurs fois, vous avez la même chose pour l'insuline ? »

IDE3 : « Ah nan justement, c'est nos pratiques ça... »

Médecin1 : « L'insuline c'est l'exemple qu'on prend toujours car à l'hôpital t'as ta prescription, individuellement c'est censé être sur les ordonnances... »

JR : « Donc vous attendez plus de choses, que l'intérêt ce soit pour les médecins d'avoir une aide à la prescription sur les ordonnances ou sur des papiers qui soient formalisés, ce qui permet de faire tous la même chose pour les mêmes maladies et les traitements. Parce que par exemple, là vous avez protocolisé les AVK mais pour l'insuline, pour l'instant vous suivez les protocoles hospitaliers qui vous sont transmis en ville. Enfin j'avais l'impression qu'il y avait la même chose pour les insulines que pour les AVK. »

IDE1 : « Il existe des protocoles mais les patients sortent avec leur ordonnance type. »

IDE2 : « Le seul souci c'est que vous avez le protocole et puis l'ordonnance-protocole... Vous avez des véritables protocoles faits par les endocrinologues et là y a des objectifs glycémiques, la réactivité qu'il faut avoir par rapport à telle ou telle glycémie, et vous avez des ordonnances un peu « batardes », pardon du terme, enfin mal rédigées. Alors que le protocole des AVK qui a été fait ici, vous avez tout. Vous avez le cadre, les médecins qui l'ont rédigé en collaboration avec les paramédicaux. Et nous dans notre décret de compétences, on a le droit de faire ces pratiques-là sous couvert des médecins. Et que ça soit signé. Et pour en revenir aux insulines, on a des pseudo-protocoles où le cadre est un peu bancal, et ce n'est pas le cas ici. C'est-à-dire qu'ici c'est carré, c'est signé, c'est fait de façon collégiale, et y a un cadre. Et nos ordonnances pseudo-protocoles qu'on a sur les insulines... voilà... sauf celles rédigées par les diabétologues, où c'est carré. Vous avez une page entière de protocole, il faut le lire 4 fois pour bien le comprendre. Et pour en revenir au protocole des AVK, c'est notre décret de compétences. On a le droit de gérer les traitements. »

JR : « Est-ce que ça veut dire que vous êtes demandeurs de ça, au sein du cabinet ou pas ? Car vous pouvez considérer aussi que ça peut être épuisant, ou lourd... »

IDE2 : « Oh ce n'est pas épuisant du tout, moi je le vois pas comme ça. »

IDE1 : « Non, dans le sens où c'est des patients dont on gère les traitements, qu'on va voir régulièrement, c'est pas plus lourd de récupérer les INR. C'est juste qu'on saute la case d'appeler le médecin, donc au contraire, ça va nous alléger. Après je pense que si on nous disait « bon bah tous les INR que vous prélevez au cabinet, vous gérez les adaptations de doses », on se dirait « non, là ce serait lourd ». Mais comme c'est nos patients qu'on gère au quotidien, au contraire ça nous facilite grandement les choses, et ça nous permet d'agir dans un cadre. »

IDE2 : « Et chose un peu en aparté, c'est un petit peu aussi valoriser nos pratiques. Et ça peut nous faire du bien aussi pour nous. »

7. BIBLIOGRAPHIE

1. Fédération Française des Maisons et Pôles de Santé. Lexique. [en ligne] <http://www.ffmps.fr/index.php/exercice-coordonne/vous-exercez-en-msp/protocoles-de-soins-pluriprofessionnels/10-accueil>. Consulté le 10 janvier 2018.
2. Fédération Française des Maisons et Pôles de Santé. Protocoles pluriprofessionnels. [en ligne] <http://www.ffmps.fr/images/NMR/Protocoles-pluriprofessionnels.pdf>. Consulté le 10 janvier 2018.
3. Fédération Française des Maisons et Pôles de Santé. Protocoles Pluriprofessionnels. Première journée de la FFMPs, 30 et 31 mars 2012. [en ligne] http://ffmps.free.fr/ffmps/PROTOCOLES_PP_FFMPs.html. Consulté le 10 janvier 2018.
4. Fédération Nationale des Centres de Santé. [en ligne] <https://www.fncs.org/les-protocoles-pluriprofessionnels-des-outils-au-service-des-equipes>. Consulté le 10 janvier 2018.
5. Mettre en œuvre un protocole pluriprofessionnel [en ligne] <http://studylibfr.com/doc/2237710/mettre-en-%C5%93uvre-un-protocole-pluriprofessionnel>. Consulté le 11 janvier 2018.
6. Haute Autorité de Santé. Points clés et solutions. Organisation des parcours. Note méthodologique et de synthèse documentaire « Comment élaborer et mettre en œuvre des protocoles pluriprofessionnels ? ». Février 2015.
7. Ministère des affaires sociales, de la santé et du droit des femmes. Arrêté du 8 décembre 2015 fixant la liste des orientations nationales du développement professionnel continu des professionnels de santé pour les années 2016 à 2018.
8. Loi n°2016-41 du 26 janvier 2018 concernant la modernisation de notre système de soins. Article L4130-1. Code de la santé publique.
9. Ordre National des Infirmiers. Nouveaux rôles infirmiers : une nécessité pour la santé publique et la sécurité des soins, un avenir pour la profession. Septembre 2010;1-5.
10. Chabot J-M. Un protocole pluriprofessionnel, c'est... et ça n'est pas... Références universitaires. La revue du praticien. 2015;(65).
11. Qu'est-ce qu'une Maison de Santé Pluriprofessionnelle ? APMSL [en ligne] <http://www.apmsl-paysdelaloire.com/maisons-de-sante-pluri-professionnelles/quest-ce-quune-maison-de-sante-pluri-professionnelle/> Consulté le 18 avril 2018.
12. Etat des lieux. APMSL [en ligne] <http://www.apmsl-paysdelaloire.com/en-pays-de-la-loire/etat-des-lieux/> Consulté le 18 avril 2018.
13. Agence Régionale de Santé. Dossier de presse. Renforcer l'accès territorial aux soins en Pays de la Loire. Février 2018;1-18.

14. Afrite A, Mousquès J. Formes du regroupement pluriprofessionnel en soins de premiers recours. Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé. Septembre 2014;(201):1-18.
15. Desgrées Du Lou G. Protocoles pluriprofessionnels, viser l'utilité. Le concours médical. 2017;(139):2-11.
16. Fédération Nationale des Centres de Santé. Séminaire concertation et protocoles pluriprofessionnels. Accord National. Article 8. Mars 2016.
17. Raynal M. Innovation dans le champ de la santé : Les nouvelles formes de coopération entre professionnels de santé. 2015;184.
18. Texier H. Étude de l'attractivité à l'installation en milieu rural des maisons de santé pluriprofessionnelles auprès des internes et jeunes diplômés de médecine générale d'Aquitaine. Thèse de médecine. Université de Bordeaux 2. 2013.
19. Ministère des Solidarités et de la Santé. Arrêté du 24 juillet 2017 portant approbation de l'accord conventionnel interprofessionnel relatif aux structures de santé pluriprofessionnelles. Journal Officiel de la République Française. 5 août 2017(182);56p.
20. Les Nouveaux Modes de Rémunération. Regroupement Autonome des Généralistes Jeunes Installés et Remplaçants. [en ligne]. <https://www.reagir.fr/jexerce/les-nmr/>. Consulté le 18 juillet 2018.
21. De Haas P. Le médecin généraliste au cœur du parcours de soins. Médecine des Maladies Métaboliques. févr 2017;11(1):1821.
22. L'ACI : accord conventionnel interprofessionnel. Fédération des Médecins de France. Mai 2018. [en ligne]. <http://www.fmfpro.org/l-aci-accord-conventionnel-interprofessionnel.html>. Consulté le 20 août 2018.
23. Accord Conventionnel Interprofessionnel. Présentation Fédérations Régionales. Fédération Françaises des Maisons et Pôles de Santé. Avril 2017.
24. Réunion de présentation de l'Accord Conventionnel Interprofessionnel Saint-Hilaire-du-Harcouët. Agence Régionale de Santé. Assurance Maladie Manche.
25. Chabot J-M, de Haas P. Du protocole pluriprofessionnel à la rémunération d'équipe : le DataSet. Convention on Health Analysis and Management. 2015.
26. Husser M. Protocole de soins et travail collaboratif interprofessionnel en soins primaires. Etude qualitative au sein d'un pôle de santé pluriprofessionnel. Thèse de médecine. Université Claude Bernard Lyon 2. 2015.
27. Haute Autorité de Santé. Etapes d'élaboration d'un Protocole Pluriprofessionnel de Soins en Premier Recours. Novembre 2011.
28. Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé. Les anticoagulants en France en 2014 : état des lieux, synthèse et surveillance. Avril 2014.
29. Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé. Castot A, Haramburu F. Hospitalisations dues aux effets indésirables des médicaments : résultats d'une étude

- nationale. Point sur la nouvelle campagne d'information sur les traitements anticoagulants antivitamine K. Septembre 2008.
30. Protocoles pluridisciplinaires de soins de santé primaire en maisons de santé, pôles de santé et centres de santé. AVK : gestion quotidienne. Document élaboré par un groupe de travail pluri professionnel avec la participation de la HAS. Novembre 2010.
 31. Blaise S, Satger B, Fontaine M et al. Evaluation d'un programme d'éducation thérapeutique pour les traitements anticoagulants oraux : expérience du réseau Ville-Hôpital GRANTED du secteur sud-Isère. *Journal des maladies vasculaires*. 2009;(34):346-353.
 32. Pernod G, Labarère G, Yver J et al. EDUC'AVK : Reduction of Oral Anticoagulant-related Adverse Events After Patient Education : A Prospective Multicenter Open Randomized Study. *J Gen Intern Med* 23(9):1441-6.
 33. Satger B, Blaise S, Fontaine M et al. Éducation thérapeutique des patients traités par anticoagulants oraux antivitamines K. *La Presse Médicale*. 2009;(38):1780-1787.
 34. Touboul P. Recherche qualitative : La méthode des Focus Groupes. Guide méthodologique pour les thèses en Médecine Générale.
 35. Moreau A, Dedienne M-C, Letrilliart L et al. Recherche en médecine générale. S'approprier la méthode du focus group. *La revue du praticien – médecine générale*. 2004;(645):382-384.
 36. Marty L, Vorilhon P, Vaillant-Roussel H et al. Recherche qualitative en médecine générale : expérimenter le focus group. *Exercer*. 2011;(98):129-35.
 37. Thibeault E-N. A propos de la méthodologie des entretiens de groupe focalisés [en ligne] <http://www.adjectif.net/spip/spip.php?article58>. Consulté le 18 juillet 2018.
 38. Renforcer l'accès territorial aux soins. Dossier de presse. Ministère des solidarités et de la Santé. Octobre 2017. 18p.
 39. Observatoire Régional de la Santé Pays de la Loire. Démographie des médecins en Pays de la Loire Généralistes. Situation 2017 et évolution. *La santé observée*. 2018;(1):1-4.
 40. Sicart D. Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Évaluation et des Statistiques. Les professions de santé au 1er janvier 2014. 94p.
 41. Barlet C. La profession d'infirmière : situation démographique et trajectoires professionnelles. Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Évaluation et des Statistiques. 2011;(759):8p.
 42. Infirmiers. La santé observée dans les Pays de la Loire. Observatoire Régional de la Santé des Pays de la Loire. 2015. 8 p.
 43. L'exercice ambulatoire des professionnels de santé. Portrait des professionnels de santé. Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Évaluation et des Statistiques. 2016;38-43.
 44. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. Efficacité des méthodes de mise en œuvre des recommandations médicales. Service des recommandations et références professionnelles. Janvier 2000.

45. Guerville M-A, Paraponaris A, Régi J-C et al. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Les pratiques en médecine générale dans cinq régions : formation médicale continue, évaluation des pratiques et utilisation des recommandations de bonne pratique. Octobre 2009;(708):8p.
46. Durieux P, Ravaud P, Dosquet P et al. Mise en œuvre des recommandations médicales : revue systématique des revues systématiques. Gastroenterol Clin Biol 2000;(24):1018-1025.
47. Laurène Jarlot. Les recommandations en médecine générale : freins et facteurs favorisant. Thèse pour le diplôme de docteur en médecine. Université de Lyon 1. 2016.
48. Bachimont J, Cogneau J, Letourmy A. Pourquoi les médecins généralistes n'observent-ils pas les recommandations de bonnes pratiques cliniques ? L'exemple du diabète de type 2. Sciences Sociales et Santé. 2006;(24):75-103.
49. Saisine n° 8. Les « bonnes pratiques » : Quand je ne suis pas en accord avec une « bonne pratique », comment fais-je en tant qu'Homme et en tant que soignant ? Comment je m'organise avec une pratique que je trouve « bonne » mais non adaptée à la situation présente ? Comité d'éthique. Centre Psychothérapique de Nancy. 2016. 19p.
50. Laure P, Trépos J-Y. Représentations des recommandations professionnelles par les médecins généralistes. Société Française de Santé Publique. 2006;(18):573-584.
51. Haute Autorité de Santé. Méthodes d'élaboration des recommandations de bonne pratique [en ligne]. https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_418716/fr/methodes-d-elaboration-des-recommandations-de-bonne-pratique. Consulté le 7 août 2018.
52. Bardet J-D. Les pratiques pharmaceutiques collaboratives en soins de premier recours dans le contexte de l'émergence des technologies de l'information et de la communication. Thèse pour le diplôme de docteur en médecine. Université de Grenoble Alpes. 2016. 405p.
53. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Article 51. Legifrance [en ligne]. https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2009/7/21/SASX0822640L/jo/article_51. Consulté le 20 août 2018.
54. Quelles opportunités pour l'offre de soins de demain ? (Volet 1). Les coopérations entre professionnels de santé. Centre d'analyse stratégique. 2011;254p.
55. Centre d'analyse stratégique. Quelles opportunités pour l'offre de soins de demain ? Volet 1. Les coopérations entre professionnels de santé. Décembre 2011;(254).
56. Protocoles pluriprofessionnels de premier recours. Union Syndicale des Médecins des Centres de Santé. [en ligne]. <http://www.lescentresdesante.com/professionnels/dossiers-professionnels/protocoles-pluri-professionnels-de-premier-recours/>. Consulté le 8 août 2018.
57. Génisson C, Milon A. Coopération entre professionnels de santé : améliorer la qualité de prise en charge, permettre la progression dans le soin et ouvrir la possibilité de définir de nouveaux métiers. Commission des affaires sociales. Rapport d'information. 2014;(318):57p.
58. Délégation, transfert, nouveaux métiers... Comment favoriser les formes nouvelles de coopération entre professionnels de santé ? Recommandation Haute Autorité de Santé en

- collaboration avec l'Observatoire National de Démographie des Professions de Santé. Avril 2008. 61p.
59. Centre d'analyse stratégique. Quelles opportunités pour l'offre de soins de demain ? Volet 1. Les coopérations entre professionnels de santé. Décembre 2011;(254).
 60. Nagy A-S. Partage de suivi de leurs patients par les médecins généralistes avec d'autres professionnels de santé. Thèse pour le diplôme de docteur en médecine. Université de Montpellier. 2016.
 61. Coopérations entre professionnels de santé. Bilan de cinq ans de mise en œuvre du dispositif en Ile-de-France. Agence Régionale de Santé. 2016.
 62. Lorient M. Accréditation, protocolisation et évolutions du travail soignant. Document Ecole Nationale de Santé Publique. 2004:225-232.
 63. Michel P et al. Étude nationale sur les événements indésirables graves liés aux soins. Document de travail. Direction de la Recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. 2011;(60).
 64. Michel P et al. Les événements indésirables liés aux soins extra-hospitaliers : fréquence et analyse approfondie des causes. Comité de Coordination de l'Évaluation Clinique et de la Qualité en Aquitaine.
 65. Lanson F. Étude des facteurs responsables du déséquilibre des anti-vitamines K dans les Alpes-Maritimes : étude prospective à partir de 64 cas. Thèse pour le diplôme de docteur en médecine. Université de Nice. 2013.
 66. Yann Bourgueil et al., « Pratiques, rôles et place des infirmières en soins primaires dans six pays européens, en Ontario et au Québec », Recherche en soins infirmiers 2008 (N° 93), p. 94-105.
 67. Centre de Recherche Et de Documentation en Economie de la Santé. Midy F. Efficacité et efficience du partage des compétences dans le secteur des soins primaires. Revue de littérature 1970-2002. Document de travail. Février 2003.
 68. Yann Bourgueil *et al.*, « La pratique collective en soins primaires dans six pays européens, en Ontario et au Québec : état des lieux et perspectives dans le contexte français ». Santé publique. 2009;(21);27-38.
 69. Berland Y. Mission « Coopération des professions de santé : le transfert de tâches et de compétences ». Rapport d'étapes. Octobre 2003.
 70. Jurado-Campos J, Zabaleta E, Anglada-Dilme M-T et al. Impact of a quality improvement intervention on nurses' management of same-day primary care flow. Journal of Nursing Management. 2015;(23);920-930.
 71. Délégation, transfert, nouveaux métiers... Conditions des nouvelles formes de coopération entre professionnels de santé. Recommandation Haute Autorité de Santé en collaboration avec l'Observatoire National de Démographie des Professions de Santé. Rapport d'étapes . Janvier 2007. 27 p.
 72. Ministère de la santé et des sports. Fiches pédagogiques Hôpital Patients Santé Territoire. Coopération entre professionnels de santé.

73. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Atlas de la démographie médicale en France. Situation au 1^{er} janvier 2016. 326p.
74. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Atlas de la démographie médicale en France. Situation au 1^{er} janvier 2014. 274p.
75. Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques. Etudes et résultats. La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales. 2009;(79)
76. Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé. Bourgueil Y, Le Fur P, Mousquès J et al. La coopération médecins généralistes/infirmières améliore le suivi des patients diabétiques de type 2. Principaux résultats de l'expérimentation ASALEE. Questions d'économie de la santé. 2008;(136)
77. Vasseur R. Coopérations/collaborations et transferts de compétences entre médecins et infirmières en cancérologie. Oncomagazine. Mai 2010;4(2):9-11.
78. Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé. Berland Y, Bourgueil Y. Rapport « Cinq expérimentations de coopération et de délégation de tâches entre professions de santé ». Juin 2006.
79. Pillot A, Supper I, Guérin M-H, et al. Transférabilité des procédures de soins des médecins généralistes à d'autres professionnels de santé : une étude transversale nationale multicentrique. Exercer. 2014;(114):186-93.
80. Observatoire Régional de la Santé Pays de la Loire, Union Régionale des Professionnels de Santé Pays de la Loire. Intégration d'infirmiers au sein de cabinets de médecine générale : l'opinion des médecins généralistes des Pays de la Loire. Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale. Décembre 2014;(10);1-8.
81. Baldacci G, Baudat V, Cazard M et al. La prescription infirmière comme acte sur délégation médicale protocolaire. Dossier formation. Spécial formation infirmière et cadre de santé. Juin 2014.
82. Ambrosino F, Barrière C, Danan J-L et al. Compétences attendues de l'infirmière de pratique avancée en France : recommandations d'experts à partir d'une étude Delphi modifiée. Competencies expected of the advanced practice nurse in France : Expert recommendations based on a modified Delphi study. Revue francophone internationale de recherche infirmière. 2018;(4):5-19.
83. Le décret qui définit la pratique avancée en soins infirmiers en cours de finalisation [en ligne]. <https://www.infirmiers.com/profession-infirmiere/competences-infirmiere/decret-infirmieres-pratique-avancee-se-fait-toujours-attendre.html>. Consulté le 1 août 2018.
84. GiC Réseau de la Pratique Avancée en Soins Infirmiers de l'Association Nationale Française des Infirmières et Infirmiers Diplômés et Étudiants. Réseau de la Pratique Avancée en Soins Infirmiers [en ligne]. <http://www.anfiide-gic-repasi.com>. Consulté le 1 août 2018.

Vu, le Président du Jury, Pr Senand Rémy,

Vu, le Directeur de Thèse, Dr Prin Daniel,

Vu, le Doyen de la Faculté,

Titre de Thèse : Protocoles pluriprofessionnels de soins et délégation de tâches : perception par les médecins généralistes et IDE d'une maison de santé pluriprofessionnelle à partir du « protocole AVK »

RÉSUMÉ

Introduction : Depuis 2010, les médecins et paramédicaux ont la possibilité de rédiger des protocoles pluriprofessionnels de soins de premier recours (PPSPR) au sein des maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP), permettant de définir les rôles de chacun et améliorant la coordination des soins. Le protocole antivitamine K (AVK) est le PPSPR le plus utilisé. L'utilité de ce protocole s'explique par la nécessité d'une coopération entre les différents professionnels de santé pour obtenir un équilibre strict de l'INR. Les AVK sont en effet la première cause d'accident iatrogène, et les surdosages ou sous-dosages en AVK entraînent une importante morbidimortalité. L'objectif principal est d'évaluer la pertinence, l'intérêt auprès des médecins généralistes et IDE d'un tel protocole et le retentissement sur leur pratique quotidienne.

Matériels et Méthodes : Une étude qualitative par focus group a été réalisée en mai 2018 auprès de 6 médecins généralistes et 3 infirmiers d'une MSP. Une retranscription verbatim et une analyse transversale descriptive thématique ont été réalisées.

Résultats : Le protocole AVK apporte une harmonisation des pratiques professionnelles, une amélioration de la relation triangulaire patient – médecin – infirmier, un cadre sécuritaire, un gain de temps pour tous, une autonomisation des infirmiers et une délégation de tâches. Le manque de temps, d'intérêt, l'oubli du protocole sont des freins à son utilisation. Un outil commun informatique de contrôle de l'INR pourrait être un apport selon les professionnels pour améliorer la prise en charge des déséquilibres d'INR.

Conclusion : Les PPSPR sont des outils permettant une délégation de tâches des médecins aux infirmiers. Ils favorisent une transition progressive du rôle infirmier actuel vers un rôle d'infirmier en pratique avancée, dont la formation se développe en France depuis 2018.

MOTS-CLÉS

Protocoles pluriprofessionnels de soins en premier recours ; AVK ; coopération interprofessionnelle ; harmonisation des pratiques ; délégation de tâches ; transfert de compétences ; focus group