

AMÉLIORATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES

Programme Prescrire Question de Pratiques : premiers résultats



Résumé

● Le programme Prescrire *Question de Pratiques* est un programme d'amélioration des pratiques professionnelles. Il associe recueil et analyse de la pratique, renforcement des connaissances et échanges pluriprofessionnels, dans le but d'identifier obstacles et pistes d'amélioration sur un thème de soins précis.

● Le premier thème proposé, en 2013, était "Patients prenant un anticoagulant oral".

● 993 participants, dont notamment 83 infirmiers, 613 médecins et 292 pharmaciens ont débuté le programme. 662 ont effectué l'ensemble de ses étapes.

● Au total, une centaine de discussions pluriprofessionnelles se sont tenues dans l'Atelier, forum en ligne du programme. 450 participants ont répondu à l'enquête d'évaluation finale. Environ 2 000 observations ont été collectées en début et en fin de programme. Tous ces éléments apportent des informations sur l'évolution des pratiques au cours du programme.

● Les obstacles principaux rapportés par les participants, confirmés par l'analyse des observations de patients recueillies en début et en fin de programme, concernent la connaissance de la situation clinique et de l'environnement du patient, le suivi des traitements, la coordination et la communication entre soignants, et l'information des patients.

● Diverses pistes d'amélioration ont été élaborées au cours du programme, notamment une meilleure transmission des informations entre soignants et avec les patients, et un renforcement de la vigilance vis-à-vis des effets indésirables.

● Un progrès dans le suivi des patients prenant un anticoagulant oral a été observé par la plupart des participants au cours des 8 mois du programme.

Rev Prescrire 2014 ; 34 (372) : 781-784.

Depuis 2013, Prescrire propose à ses abonnés un programme d'amélioration des pratiques professionnelles : *Question de Pratiques* (sites internet formations.prescrire.org et app.prescrire.org). Ce programme à distance conjugue : l'observation et l'analyse de sa pratique grâce à des critères de qualité ; une actualisation des connaissances à intégrer à la pratique ; et des échanges pluriprofessionnels sur un forum en ligne, l'Atelier, dans le but d'identifier les obstacles et d'envisager des pistes d'amélioration (a).

En 2013, 662 soignants principalement de premier recours, infirmiers, médecins (en majorité) et pharmaciens, ont suivi l'ensemble des étapes des 8 mois du programme sur le thème "Patients prenant un anticoagulant oral" (1). Quelles informations peut-on tirer de cette première session ?

Amélioration des pratiques professionnelles : une démarche réflexive

Améliorer sa pratique est un processus continu et progressif. Ce processus conduit à remettre en question certaines habitudes, à intégrer des changements plus ou moins importants, à s'inspirer du savoir-faire d'autres soignants, etc.

Améliorer sa pratique implique de pouvoir faire le point régulièrement en prenant du recul sur le quotidien, de réfléchir à des changements de pratique, entre pairs ou au sein d'un groupe de travail pluriprofessionnel. ▶▶

a- Un groupe de professionnels a associé participation individuelle au programme *Question de Pratiques* et réunions présentiels à Paris dans le cadre d'une option construite par la Société de formation thérapeutique du généraliste (SFTG) (réf. 5).

► **Décrire, analyser, comparer sa pratique.** Dans le programme *Question de Pratiques*, chaque participant décrit sa pratique afin de l'analyser. Cette analyse est facilitée par l'utilisation de critères de qualité proposés par *Prescrire*, qui correspondent à des objectifs fondamentaux des soins : connaissance du patient, de ses traitements, d'éventuels facteurs de risque, etc. ; éléments d'un suivi efficace ; communication et coopération entre soignants impliqués dans la prise en charge ; information et participation active du patient.

Cette analyse aide le participant à comparer sa pratique, d'une part aux options fondées sur les données solides de l'évaluation clinique, et d'autre part aux pratiques d'autres professionnels de santé.

Pour cela, sont mis à disposition des participants un dossier documentaire et l'Atelier, forum en ligne du programme. Le dossier documentaire *Question de Pratiques* rassemble diverses synthèses *Prescrire* sur le thème concerné. L'Atelier permet les échanges et la comparaison des pratiques au sein d'un groupe de travail pluriprofessionnel.

Un bilan des pratiques en début et en fin de programme, commenté par l'équipe pédagogique *Prescrire*, facilite l'analyse et la comparaison des pratiques par les participants.

Élaborer des voies d'amélioration. L'analyse et la comparaison des pratiques conduisent à envisager seul ou en groupe des pistes d'amélioration : mise au point de documents d'informations pour les patients, modalités d'une coopération plus efficace, etc. En fin de programme, l'observation des pratiques de l'ensemble des participants est comparée à celle réalisée en début de programme, à la recherche de changements dans les pratiques.

2013 : "Patients prenant un anticoagulant oral"

En 2013, *Question de Pratiques* a proposé aux soignants de travailler à renforcer la sécurité des patients prenant un anticoagulant oral : antivitamine K, *apixaban* (Eliquis[®]), *dabigatran* (Pradaxa[®]), *rivaroxaban* (Xarelto[®]).

Une enquête d'évaluation finale, la comparaison des pratiques au début et en fin de programme, et les contributions des participants à la centaine de discussions interprofessionnelles de l'Atelier, apportent des informations sur l'évolution des pratiques au cours du programme.

450 participants ont répondu à l'enquête d'évaluation, soit 45 % des 993 inscrits qui ont débuté le programme. La comparaison des pratiques a porté sur les observations de patients renseignées au début et à la fin du programme par les 662 participants ayant validé le programme (b).

Déséquilibre d'informations entre professionnels. Les expériences relatées par les participants montrent les obstacles les plus courants, ou difficiles à résoudre.

Certains participants, surtout infirmiers et pharmaciens, ont témoigné de leurs difficultés à surveiller les traitements du fait d'une connaissance incomplète de la situation clinique des patients, notamment des valeurs cibles et des résultats d'INR pour les patients prenant un antivitamine K, ainsi que d'éventuels facteurs de risque hémorragique tels que l'état de la fonction rénale, etc.

Ces témoignages sont corroborés par les résultats de l'analyse des 2 735 observations de patients renseignées au début du programme par l'ensemble des participants. Ainsi, les motifs de prise d'un anticoagulant oral étaient connus par les participants pour environ 89 % des patients : moins par les infirmiers et les pharmaciens, respectivement 74 % et 71 % des cas, presque toujours par les médecins (98 % des cas) (2).

L'information sur la présence éventuelle de facteurs de risque d'hémorragies autres que la prise d'un anticoagulant était ignorée dans 12 % des observations renseignées par des infirmiers et des pharmaciens (2). En début de programme, l'ancienneté du dernier dosage de la créatininémie était connue pour la plupart des patients par les médecins (97 % des cas), mais moins par les infirmiers (82 %) et les pharmaciens (53 %) (2). Comme cela a été rapporté dans l'Atelier, infirmiers et pharmaciens n'ont généralement pas accès au dossier

des patients, et les patients eux-mêmes ne connaissent pas toujours (ou ont parfois oublié) le motif d'un traitement débuté plusieurs années auparavant (2).

Manque de coordination et de communication. Toutes professions confondues, les participants ont rapporté des problèmes de coordination et de transmission des informations ; un manque de documents écrits de partage d'information ; une information insuffisante des patients ou de leur entourage.

Une coordination et une transmission des informations souvent insuffisantes entre soignants d'un même patient font obstacle en particulier à une adaptation rapide de traitement en cas d'INR trop ou pas assez élevé.

Divers documents de partage d'information sont utilisés : carnet de suivi des traitements anticoagulants, cahier de liaison au domicile du patient, etc. En début de programme, seuls 45,7 % des patients prenant un antivitamine K disposaient d'un carnet de suivi, régulièrement renseigné dans 35,5 % des cas (2). L'information des patients ou de leur entourage a paru insuffisante sur les objectifs de leur traitement anticoagulant oral, ainsi que sur les modalités de suivi, les mesures à prendre pour réduire les risques hémorragiques ou de thromboses, notamment en termes d'interactions médicamenteuses ou d'habitudes alimentaires.

En moyenne en début de programme, seule une minorité de patients (31 %) disposaient d'une information écrite commentée (2). Cependant, selon les participants, environ 76 % des patients avaient été informés de l'augmentation des risques d'hémorragie en cas de prise concomitante d'*aspirine* ou d'un anti-inflammatoire non stéroïdien (AINS), y compris en application cutanée (2).

Les participants ont aussi rapporté des difficultés à désapprouver ouvertement une prescription semblant inappropriée. Il s'agissait, par exemple, d'un changement inopportun ou non argumenté d'un traitement bien équilibré par antivitamine K remplacé par du *dabigatran* ou du *rivaroxaban*, à l'occasion d'une hospitalisation ou d'une consultation

L'amélioration des pratiques vue par les participants : extraits

Les participants au programme Prescrire *Question de Pratiques*, consacré en 2013 aux patients prenant un anticoagulant oral, se sont exprimés dans une centaine de discussions de l'Atelier et dans l'enquête de fin de programme : regards croisés, collaboration et communication entre soignants, documents partagés, protocoles, information des patients, etc. Voici quelques extraits.

● **Organisation** : « J'ai amélioré mon système d'organisation (classeur, agenda des INR à surveiller...) ; on verra d'ici l'an prochain si ça tient la route sur le long terme ! » (médecin).

● **Collaboration** : « J'ai élaboré un "mix" des divers documents retrouvés au fil des discussions, que j'ai d'abord soumis aux infirmières du secteur, et depuis 1 mois je le distribue à chaque prescription (...) les patients semblent avoir compris l'essentiel » (médecin).

● **Trait d'union** : « Définir au début du traitement, avec le patient, une personne référente ou "ressource", sorte de trait d'union entre le patient et les différents intervenants et qui soit connue de tous » (médecin).

● **Interprofessionnel** : « Dans notre maison de santé pluridisciplinaire, nous venons de mettre en place un groupe de travail pour un document de suivi partagé : 2 médecins, 2 infirmières, 1 dentiste et probablement un pharmacien, un médecin coordonnateur oriente et fait la synthèse » (médecin).

● **Implication** : « (...) depuis de nombreuses années, mon implication compense les lacunes de compréhension décelées chez des patients (...) » (infirmière).

● **Intérêt partagé** : « C'est généralement nous qui mettons en place un cahier avec un maximum de données et je n'ai pas le sentiment que les médecins s'y intéressent beaucoup » (infirmière).

● **Protocole** : « En Ehpad [Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes], il a été possible de faire un protocole d'utilisation des AVK [antivitamine K] avec information des infirmiers et meilleure collaboration avec les médecins libéraux » (médecin).

● **Pratique confortée** : « Avoir été conforté dans le sens de la majoration des prescriptions en warfarine » (médecin).

● **Entretiens pharmaceutiques** : « Mener à bien les entretiens pharmaceutiques, aborder plus sereinement l'initiation d'un traitement et les entretiens avec la patientèle » (pharmacien).

● **Motivations communes** : « Mes préoccupations de sécurité et du juste choix sont celles de beaucoup de mes confrères, en tous cas parmi le "public" Prescrire » (médecin).

● **Plus loin avec les patients** : « Au comptoir, j'avais l'habitude de répondre aux questions des patients, maintenant j'approfondis et le retour est très positif » (pharmacien).

● **Partage des tâches** : « Au fil du temps nous gérons beaucoup de réajustements d'AVK et de planification des dosages d'INR, sauf en cas de très mauvais résultat » (infirmier).

● **Échanges** : « Je propose les carnets à chaque délivrance d'AVK depuis quelques semaines et je suis très surprise de voir que beaucoup de patients n'en avaient pas jusqu'à présent. C'est aussi une bonne façon de leur faire parler de leur traitement, de leur rappeler les règles de base, etc. Accueil très positif » (pharmacien).

● **Discordances** : « Comment dire aux patients que nous ne sommes pas d'accord avec la prescription de "l'expert" » (médecin).

● **Information des patients** : « Plus on sera à renforcer l'information claire, mieux ce sera... » (médecin remplaçant).

● **Transmission des informations** : « J'ai mis en place un Dossier de Soins spécifique pour le domicile du patient : afin de centraliser un maximum d'informations pour les différents acteurs (médecin, kinésithérapeute, aide sociale, famille) » (infirmier).

● **Coopération** : « Je distribue "la fiche patient" de Prescrire sur les anticoagulants à chaque patient lors de l'introduction d'AVK. Elle me permet d'évaluer leur compréhension. Ainsi je peux alerter le médecin traitant si le patient est en difficulté » (infirmier).

©Prescrire

spécialisée ; ou de remettre en question l'intérêt d'un traitement anticoagulant oral chez un patient en particulier (2).

Des améliorations concrètes élaborées en partie dans l'Atelier.

Les trois quarts environ des répondants à l'enquête d'évaluation ont jugé constructive, voire essentielle, la place des échanges pluriprofessionnels dans la démarche d'amélioration (3).

Les principales modifications de la pratique mises en place au cours du

programme ont été : de s'assurer que le patient ou son entourage disposaient d'une information suffisante concernant le traitement, de s'assurer du suivi du traitement et de mieux connaître la situation et l'environnement du patient (3).

Les principales actions concrètes dans le sens d'une meilleure sécurité des soins ont été : le renforcement de la vigilance vis-à-vis des effets indésirables d'un traitement ; la mise en place de nouveaux protocoles de soins pour sécuriser et améliorer le traitement ; la discussion ou la ►►

.....
b- L'analyse globale des pratiques a porté sur l'ensemble des observations renseignées par les participants, soit respectivement 2 735 observations en début de programme et 2 306 observations en fin de programme. Les comparaisons en début et en fin de programme ont porté sur les seules observations de patients renseignées par les 662 participants ayant effectué toutes les étapes du programme, c'est-à-dire ayant renseigné 3 observations en début et 3 en fin de programme, ayant répondu de façon exacte à au moins 16 des 20 questions du questionnaire du dossier documentaire, et ayant consulté les discussions de l'Atelier au moins à 5 reprises (réf. 2,4). La plupart des participants exerçaient en France, et plusieurs en Algérie, Belgique, Chine ou Luxembourg (réf. 1).

► remise en question de l'intérêt d'un traitement avec un autre soignant (3). Dans environ 3 cas sur 4, le médicament déclaré comme choisi lors d'un changement d'anticoagulant oral a été la *warfarine* (Coumadine®). 17 % des répondants ont dit notifier de manière systématique des effets indésirables au système public de pharmacovigilance (3).

Dans l'Atelier, les participants ont élaboré ou partagé des moyens d'améliorer la communication : documents de suivi de traitement et d'information pour les patients ; partages d'informations telles que les résultats d'INR et de créatininémie, et la dose des médicaments sur les ordonnances, sur des cahiers de liaison au domicile, etc. Ils ont aussi échangé des ressources telles que les coordonnées de "cliniques des anticoagulants" et des adresses de commande de documents.

Amélioration des pratiques entre le début et la fin du programme. En fin de programme, 46 infirmiers, 501 médecins, 223 pharmaciens, 1 biologiste et 1 dentiste ont renseigné les observations de 2 306 patients prenant un anticoagulant oral. Les observations en début et en fin de programme, renseignées par les 662 participants ayant effectué l'ensemble des étapes, ont été comparées.

Globalement, la proportion de patients dont le dosage de la créatininémie datait de moins de 12 mois, et dont les soignants connaissaient à la fois les motifs du traitement anticoagulant et l'existence éventuelle de facteurs de risque hémorragique associés à la prise d'un anticoagulant, est passée de 73 % en début de programme à 82 % en fin de programme. Cette progression a été nette chez les infirmiers et les pharmaciens, moindre chez les médecins du fait du niveau élevé de connaissance de ces aspects en début de programme. Cette meilleure information est une des conditions d'une vigilance accrue quant aux risques hémorragiques (4).

Globalement, la proportion de patients prenant un antivitamine K avec un suivi satisfaisant à l'ensemble des critères de qualité du programme est passée de 44 % en début de pro-

gramme à 66 % en fin de programme. Cette proportion a été plus importante pour les infirmiers (77 % en fin de programme), notamment en raison d'une utilisation plus régulière du carnet de suivi par les patients soignés par des infirmiers (4).

Davantage de résultats d'INR étaient consignés dans un carnet de suivi, passant de 46 % des patients en début de programme à 66 % en fin de programme (4).

La proportion de patients disposant d'une information écrite commentée sur leur traitement et informés des interactions dangereuses avec l'*aspirine* et les anti-inflammatoires non stéroïdiens est passée de 28 % en début de programme à 54 % en fin de programme (4).

Globalement, quel que soit l'anticoagulant oral pris, la proportion de patients pris en charge de manière appropriée au regard de l'ensemble des critères du programme est passée de 15 % en début de programme à 38 % en fin de programme (c)(4).

Motivation principale : amélioration de la pratique et des soins. Les participants qui ont répondu à l'enquête d'évaluation ont précisé que leur participation au programme répondait à un souhait d'évaluer leur pratique, de la faire évoluer, de trouver des outils et des pistes d'amélioration. Certains se sont fixé des objectifs précis : se préparer aux entretiens pharmaceutiques, mettre en place des protocoles dans le cadre de travail en groupe, sécuriser les prescriptions, etc. (3).

Autre motivation citée par les médecins et les pharmaciens : satisfaire à ses obligations vis-à-vis du développement professionnel continu, mais sans pour autant en constituer une motivation prioritaire (d)(3).

L'amélioration des pratiques en marche

Les données rapportées ici ont les limites inhérentes au suivi d'un groupe sans comparaison à un groupe témoin, et celles de données déclaratives. Cependant, la convergence des informations provenant

de la centaine de discussions pluri-professionnelles, de l'enquête d'évaluation finale et de l'analyse des pratiques au début et en fin de programme permet de constater une progression dans le suivi des patients prenant un anticoagulant oral au cours des 8 mois du programme. Ce constat demanderait à être évalué à plus long terme.

Cette progression concerne à des niveaux différents toutes les professions. Elle représente un encouragement pour chacun à poursuivre l'amélioration de sa pratique, et un encouragement pour *Prescrire* à continuer à proposer aux abonnés des programmes d'amélioration des pratiques.

©Prescrire

c- Chez les 432 médecins qui ont effectué l'ensemble du programme, l'utilisation de la fluindione (Préviscan®) a diminué de façon statistiquement significative, de 67 % de l'ensemble des antivitamine K en début de programme à 55 % en fin de programme ; et l'utilisation de la warfarine, anticoagulant oral de référence, a significativement augmenté de 21 % des antivitamine K en début de programme à 32 % en fin de programme (réf. 4). Globalement, la part de patients prenant du dabigatran, de l'apixaban ou du rivaroxaban n'a pas augmenté au cours du programme : environ 14 % des patients. L'absence de comparaison à un groupe témoin ne permet pas de tirer de conclusion de ce constat, qui contraste cependant avec la tendance observée en France en 2013 de l'utilisation croissante de ces nouveaux anticoagulants (réf. 6).

d- En 2013, les programmes Prescrire d'amélioration des pratiques professionnelles ne permettaient pas aux infirmiers de satisfaire à l'obligation de développement professionnel continu (DPC) en France. Mais ils le permettent depuis 2014.

Extraits de la veille documentaire Prescrire.

- 1- "Les Lauréats du programme Question de Pratiques". Site www.prescrire.org/Fr/134/524/PositionsList.aspx : 5 pages.
- 2- Programme Prescrire Question de Pratiques "Vos pratiques en début de programme" mai 2013 : 7 pages.
- 3- Programme Prescrire Question de Pratiques "Résultats de l'enquête d'évaluation" novembre 2013 : 31 pages.
- 4- Programme Prescrire Question de Pratiques "Vos pratiques en fin de programme comparées aux pratiques observées au début du programme" décembre 2013 : 9 pages.
- 5- Bloede F et Dupie I "Question de Pratiques : le choix de l'ouverture" *Rev Prescrire* 2013 ; 33 (362) : 951.
- 6- Caisse nationale d'Assurance maladie "Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses : propositions de l'Assurance maladie pour 2014" Rapport au ministre chargé de la Sécurité sociale et au Parlement sur l'évolution des charges et produits de l'Assurance maladie au titre de 2014 (loi du 13 août 2004), 11 juillet 2013 : 209 pages.