



Etat des lieux du protocole AVK en maison de santé pluriprofessionnelle (MSP) en région Grand Est

Jean-Christophe Furiet

► To cite this version:

Jean-Christophe Furiet. Etat des lieux du protocole AVK en maison de santé pluriprofessionnelle (MSP) en région Grand Est. Médecine humaine et pathologie. 2020. hal-03298584

HAL Id: hal-03298584

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-03298584>

Submitted on 18 Oct 2021

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

THÈSE

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement
dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

par

Jean-Christophe FURIET

Le 2 juin 2020

Etat des lieux du protocole AVK en maison de santé pluriprofessionnelle (MSP) en région Grand Est

Examineurs de la thèse :

M. le Professeur Paolo DI PATRIZIO

Président

Mme. le Professeur Eliane ALBUISSON

Juge

M. le Professeur Olivier BOUCHY

Directeur et Juge

M. le Docteur Alexandre DIDELOT

Co-directeur et Juge



Président de l'Université de Lorraine :
Professeur Pierre MUTZENHARDT

Doyen de la Faculté de Médecine
Professeur Marc BRAUN

Vice- doyenne
Pr Laure JOLY

Assesseurs :

Premier cycle : Dr Nicolas GAMBIER
Deuxième cycle : Dr Antoine KIMMOUN
Troisième cycle : Pr Laure JOLY
Formation à la recherche : Pr Nelly AGRINIER
Relations Grande Région : Pr Thomas FUCHS-BUDER
CUESIM : Pr Stéphane ZUILY
SIDES : Dr Julien BROSEUS
Vie Facultaire : Dr Philippe GUERCI
Etudiant : Mme Audrey MOUGEL

Chargés de mission

Docimologie : Dr Jacques JONAS
Orthophonie : Pr Cécile PARIETTI-WINKLER
PACES : Pr Mathias POUSSEL
Relations internationales : Pr Jacques HUBERT

Présidente du Conseil de la Pédagogie : Pr Louise TYVAERT
Président du Conseil Scientifique : Pr Jean-Michel HASCOET

=====

DOYENS HONORAIRES

Professeur Jean-Bernard DUREUX - Professeur Jacques ROLAND - Professeur Patrick NETTER - Professeur Henry COUDANE

=====

PROFESSEURS HONORAIRES

Etienne ALIOT - Jean-Marie ANDRE - Alain AUBREGE - Gérard BARROCHE - Alain BERTRAND - Pierre BEY - Marc-André BIGARD - Patrick BOISSEL - Pierre BORDIGONI - Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE - Jean-Louis BOUTROY - Serge BRIANÇON - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL - Claude CHARDOT - Jean-François CHASSAGNE - François CHERRIER - Henry COUDANE - Jean-Pierre CRANCE - Jean-Pierre DESCHAMPS - Jean-Bernard DUREUX - Gilbert FAURE - Gérard FIEVE - Bernard FOLIGUET - Jean FLOQUET - Robert FRISCH - Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Jean-Luc GEORGE - Alain GERARD - Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ - Gilles GROSDIDIER - François GUILLEMIN - Philippe HARTEMANN - Gérard HUBERT - Claude HURIET - Michèle KESSLER - François KOHLER - Henri LAMBERT - Pierre LANDES - Pierre LASCOMBES - Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Alain LE FAOU - Jacques LECLERE - Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS - Jean-Pierre MALLIÉ - Philippe MANGIN - François MARCHAL - Jean-Claude MARCHAL - Yves MARTINET - Pierre MATHIEU - Michel MERLE - Daniel MOLÉ - Pierre MONIN - Pierre NABET - Patrick NETTER - Jean-Pierre NICOLAS - Francis PENIN - Claude PERRIN - Luc PICARD -

François PLENAT - Jean-Marie POLU - Jacques POUREL - Francis RAPHAEL - Antoine RASPILLER - Denis REGENT - Jacques ROLAND - Daniel SCHMITT - Michel SCHMITT - Michel SCHWEITZER - Daniel SIBERTIN-BLANC - Claude SIMON - Danièle SOMMELET - Jean-François STOLTZ - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Paul VERT - Hervé VESPIGNANI - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET - Jean-Pierre VILLEMOT - Michel WEBER – Denis ZMIROU - Faïez ZANNAD

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Etienne ALIOT - Pierre BEY - Henry COUDANE - Serge BRIANÇON - Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ - Michèle KESSLER - Alain LE FAOU - Patrick NETTER - Jean-Pierre NICOLAS - Luc PICARD - François PLENAT - Jean-Pierre VILLEMOT - Faïez ZANNAD

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42° Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{re} sous-section : (Anatomie)

Professeur Marc BRAUN – Professeure Manuela PEREZ

2° sous-section : (Histologie, embryologie et cytogénétique)

Professeur Christo CHRISTOV

3° sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)

Professeur Guillaume GAUCHOTTE

43e Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{re} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER - Professeur Antoine VERGER **2° sous-section : (Radiologie et imagerie médicale)**

Professeur René ANXIONNAT - Professeur Alain BLUM - Professeur Serge BRACARD - Professeure Valérie CROISÉ - Professeur Jacques FELBLINGER - Professeur Benjamin GORY - Professeur Damien MANDRY - Professeur Pedro GONDIM TEIXEIRA

44° Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{re} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Professeur Jean-Louis GUEANT - Professeur Bernard NAMOUR - Professeur Jean-

Luc OLIVIER **2° sous-section : (Physiologie)**

Professeur Christian BEYAERT - Professeur Bruno CHENUÉL - Professeur

Mathias POUSSEL **3° sous-section (Biologie cellulaire)**

Professeure Véronique

DECOT-MAILLERET **4° sous-**

section : (Nutrition)

Professeur Didier QUILLIOT - Professeure Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT - Professeur Olivier ZIEGLER

45° Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{re} sous-section : (Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière)

Professeur Alain LOZNIEWSKI – Professeure Evelyne SCHVOERER

2° sous-section : (Parasitologie et Mycologie)

Professeure Marie MACHOUART

3° sous-section : (Maladies infectieuses ; maladies tropicales)

Professeur Bruno HOEN - Professeur Thierry MAY - Professeure Céline PULCINI - Professeur Christian RABAUD

46° Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{re} sous-section : (Épidémiologie, économie de la santé et prévention)

Professeure Nelly AGRINIER - Professeur Francis GUILLEMIN

4° sous-section : (Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication) Professeure Eliane ALBUISSON - Professeur Nicolas JAY

47° Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{re} sous-section : (*Hématologie ; transfusion*)

Professeur Pierre FEUGIER

2° sous-section : (*Cancérologie ; radiothérapie*)

Professeur Thierry CONROY - Professeur Frédéric MARCHAL - Professeur Didier PEIFFERT - Professeur Guillaume VOGIN

3° sous-section : (*Immunologie*)

Professeur Marcelo DE CARVALHO-BITTENCOURT - Professeure Marie-Thérèse RUBIO

4° sous-section : (*Génétique*)

Professeur Philippe JONVEAUX - Professeur Bruno LEHEUP

48° Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1^{re} sous-section : (*Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire*)

Professeur Gérard AUDIBERT - Professeur Hervé BOUAZIZ - Professeur Thomas FUCHS-BUDER
Professeure Marie-Reine LOSSER - Professeur Claude MEISTELMAN

2° sous-section : (*Médecine intensive-réanimation*)

Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT - Professeur Sébastien GIBOT - Professeur Bruno LÉVY

3° sous-section : (*Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie*)

Professeur Pierre GILLET - Professeur Jean-Yves JOUZEAU

4° sous-section : (*Thérapeutique-médecine de la douleur ; addictologie*)

Professeur Nicolas GIRERD - Professeur François PAILLE - Professeur Patrick ROSSIGNOL

49° Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION

1^{re} sous-section : (*Neurologie*)

Professeur Marc DEBOUVERIE - Professeur Louis MAILLARD - Professeur Sébastien RICHARD - Professeur Luc TAILLANDIER
Professeure Louise TYVAERT

2° sous-section : (*Neurochirurgie*)

Professeur Thierry CIVIT - Professeure Sophie COLNAT-COULBOIS - Professeur Olivier KLEIN

3° sous-section : (*Psychiatrie d'adultes ; addictologie*)

Professeur Jean-Pierre KAHN - Professeur Vincent LAPREVOTE - Professeur Raymund SCHWAN

4° sous-section : (*Pédopsychiatrie ; addictologie*)

Professeur Bernard KABUTH

5° sous-section : (*Médecine physique et de réadaptation*)

Professeur Jean PAYSANT

50° Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{re} sous-section : (*Rhumatologie*)

Professeure Isabelle CHARY-VALCKENAERE - Professeur Damien LOEUILLE

2° sous-section : (*Chirurgie orthopédique et traumatologique*)

Professeur Laurent GALOIS - Professeur Didier MAINARD - Professeur François SIRVEAUX

3° sous-section : (*Dermato-vénéréologie*)

Professeure Anne-Claire BURSZTEJN - Professeur Jean-Luc SCHMUTZ

4° sous-section : (*Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie*)

Professeur François DAP - Professeur Gilles DAUTEL - Professeur Etienne SIMON

51° Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

1^{re} sous-section : (*Pneumologie ; addictologie*)

Professeur Jean-François CHABOT - Professeur Ari CHAOUAT

2° sous-section : (*Cardiologie*)

Professeur Edoardo CAMENZIND - Professeur Christian de CHILLOU DE CHURET - Professeur Yves JUILLIERE - Professeur Nicolas SADOUL

3° sous-section : (*Chirurgie thoracique et cardiovasculaire*)

Professeur Juan-Pablo MAUREIRA - Professeur Stéphane RENAUD

4° sous-section : (*Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire*)

Professeur Sergueï MALIKOV - Professeur Denis WAHL - Professeur Stéphane ZUILY

52° Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{re} sous-section : (*Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie*)

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI - Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

2° sous-section : (*Chirurgie viscérale et digestive*)

Professeur Ahmet AYAV - Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD – Professeure Adeline GERMAIN

3° sous-section : (*Néphrologie*)

Professeur Luc FRIMAT - Professeure Dominique HESTIN

4° sous-section : (*Urologie*)

Professeur Pascal ESCHWEGE - Professeur Jacques HUBERT

53° Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE ET MÉDECINE GÉNÉRALE

1^{re} sous-section : (*Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie*)

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Jean-Dominique DE KORWIN - Professeure Gisèle KANNY

Professeure Christine PERRET-GUILLAUME – Professeur Roland JAUSSAUD – Professeure Laure JOLY

3° sous-section : (*Médecine générale*)

Professeur Jean-Marc BOIVIN – Professeur Paolo DI PATRIZIO

54° Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1^{re} sous-section : (*Pédiatrie*)

Professeur Pascal CHASTAGNER - Professeur François FEILLET - Professeur Jean-Michel HASCOET

Professeur Emmanuel RAFFO - Professeur Cyril SCHWEITZER

2° sous-section : (*Chirurgie infantile*)

Professeur Pierre JOURNEAU - Professeur Jean-Louis LEMELLE

3° sous-section : (*Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale*)

Professeur Philippe JUDLIN - Professeur Olivier MOREL

4° sous-section : (*Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale*)

Professeur Bruno GUERCI - Professeur Marc KLEIN - Professeur Georges WERYHA

55° Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{re} sous-section : (*Oto-rhino-laryngologie*)

Professeur Roger JANKOWSKI - Professeure Cécile PARIETTI-WINKLER

2° sous-section : (*Ophthalmologie*)

Professeure Karine ANGIOI - Professeur Jean-Paul BERROD

3° sous-section : (*Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie*)

Professeure Muriel BRIX

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

61° Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Professeur
Walter BLONDEL

64e Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeure Sandrine BOSCHI-MULLER - Professeur Pascal REBOUL

65° Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Professeure Céline HUSELSTEIN

=====

PROFESSEUR ASSOCIÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeure associée Sophie SIEGRIST

Professeur associé Olivier BOUCHY

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42° Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{re} sous-section : (*Anatomie*)

Docteur Bruno GRIGNON

2° sous-section : (*Histologie, embryologie, et cytogénétique*)

Docteure Isabelle KOSCINSKI

44° Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{re} sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)

Docteure Shyue-Fang BATTAGLIA - Docteure Sophie FREMONT - Docteure Catherine MALAPLATE - Docteur Marc MERTEN - Docteur Abderrahim OUSSALAH

2° sous-section : (*Physiologie*)

Docteure Silvia DEMOULIN-ALEXIKOVA - Docteur Jacques JONAS

45° Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{re} sous-section : (*Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière*)

Docteure Corentine ALAUZET - Docteure Hélène JEULIN - Docteure Véronique VENARD

2° sous-section : (*Parasitologie et mycologie*)

Docteure Anne DEBOURGOGNE

46° Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{re} sous-section : (*Epidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Docteur Cédric BAUMANN - Docteure Frédérique CLAUDOT - Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE

Docteur Arnaud FLORENTIN (stagiaire)

2° sous-section (*Médecine et Santé au Travail*)

Docteure Isabelle THAON

3° sous-section (*Médecine légale et droit de la santé*)

Docteur Laurent MARTRILLE

47° Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{re} sous-section : (*Hématologie ; transfusion*)

Docteur Julien BROSEUS – Docteure Maud D'AVENI

2° sous-section : (*Cancérologie ; radiothérapie*)

Docteure Lina BOLOTINE

3° sous-section : (*Immunologie*)

Docteure Alice AARNINK (stagiaire)

4° sous-section : (*Génétique*)

Docteure Céline BONNET

48° Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1° sous-section : (*Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire*)

Docteur Philippe GUERCI

2° sous-section : (*Médecine intensive-réanimation*)

Docteur Antoine KIMMOUN

3° sous-section : (*Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie*)

Docteur Nicolas GAMBIER - Docteure Françoise LAPICQUE - Docteur Julien SCALA-BERTOLA

49° Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION

2° sous-section : (*Neurochirurgie*)

Docteur Fabien RECH (stagiaire)

3° sous-section : (*Psychiatrie d'adultes ; addictologie*)

Docteur Thomas SCHWITZER (stagiaire)

**50° Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE
PLASTIQUE**

4° sous-section : (*Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie*)
Docteure Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

51° Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

3° sous-section : (*Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire*)
Docteur Fabrice VANHUYSE
4° sous-section : (*Chirurgie vasculaire ; Médecine vasculaire*)
Docteure Nicola SETTEMBRE

52° Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1° sous-section : (*Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie*)
Docteur Anthony LOPEZ
2° sous-section : (*Chirurgie viscérale et digestive*)
Docteur Cyril PERRENOT

53° Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE ET MÉDECINE GÉNÉRALE

3° sous-section : (*Médecine générale*)
Docteure Kénora CHAU (stagiaire)

**54e Section : DEVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT,
GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET
REPRODUCTION**

4° sous-section : (*Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; Gynécologie
médicale*)
Docteure Eva FEIGERLOVA
5° sous-section : (*Biologie et médecine du développement et de la reproduction ;
gynécologie médicale*) Docteur Mikaël AGOPIANTZ (stagiaire)

55° Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1° sous-section : (*Oto-Rhino-Laryngologie*)
Docteur Patrice GALLET

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5° Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES

Monsieur Vincent LHUILLIER

7° Section : SCIENCES DU LANGAGE : LINGUISTIQUE ET PHONETIQUE GÉNÉRALES

Madame Christine DA SILVA-GENEST

19° Section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE

Madame Joëlle KIVITS

64e Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Madame Marie-Claire LANHERS - Monsieur Nick RAMALANJAONA

65° Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Madame Nathalie AUCHET - Madame Natalia DE ISLA-MARTINEZ - Monsieur Christophe NEMOS

66e Section : PHYSIOLOGIE

Monsieur Nguyen TRAN

69e Section : NEUROSCIENCES

Madame Sylvie MULTON

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Docteur Cédric BERBE

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Charles A. BERRY (1982) <i>Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)</i>	Professeure Maria DELIVORIA- PAPADOPOULOS (1996) <i>Université de Pennsylvanie (U.S.A)</i>	Professeur Brian BURCHELL (2007) <i>Université de Dundee (Royaume-Uni)</i>
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982) <i>Brown University, Providence (U.S.A)</i>	Professeur Ralph GRÄSBECK (1996) <i>Université d'Helsinki (FINLANDE)</i>	Professeur Yunfeng ZHOU (2009) <i>Université de Wuhan (CHINE)</i>
Professeure Mildred T. STAHLMAN (1982) <i>Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)</i>	Professeur Duong Quang TRUNG (1997) <i>Université d'Hô Chi Minh-Ville (VIÊTNAM)</i>	Professeur David ALPERS (2011) <i>Université de Washington (U.S.A)</i>
Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989) <i>Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)</i>	Professeur Daniel G. BICHET (2001) <i>Université de Montréal (Canada)</i>	Professeur Martin EXNER (2012) <i>Université de Bonn (ALLEMAGNE)</i>
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996) <i>Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)</i>	Professeur Marc LEVENSTON (2005) <i>Institute of Technology, Atlanta (USA)</i>	

REMERCIEMENTS

A notre Maître et Président de thèse,

Monsieur le Professeur Paulo DI PATRIZIO,

Professeur en Médecine Générale,

Vous nous faites l'honneur de présider cette thèse et de juger ce travail. Nous vous sommes profondément reconnaissants d'avoir accepté la présidence de cette thèse.

Nous espérons être à la hauteur de la confiance que vous nous avez apportée.

À notre Maître et Juge,

Madame le Professeur Eliane ALBUISSON,

Professeur en Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication au CHU de Nancy,

Nous avons été sensibles à l'honneur que vous nous accordez en jugeant ce travail. Nous vous sommes reconnaissant pour le travail d'analyse que vous avez apporté à ce travail.

Puissiez-vous trouver ici l'expression de notre profond respect.

À notre Maître et Juge,

Monsieur le Professeur Olivier BOUCHY,

Professeur associé en Médecine générale,

Veuillez trouver ici l'expression de ma profonde reconnaissance pour avoir accepté la direction de cette thèse. Merci de votre confiance, de votre implication et de votre bienveillance. Je salue également votre implication sur le territoire meusien. Vos conseils et votre disponibilité m'ont permis d'aboutir à ce travail, que je suis heureux d'avoir effectué à vos côtés.

À notre Maître et Juge,

Monsieur le Docteur Alexandre DIDELOT,

Docteur en médecine générale,

Veillez trouver ici l'expression de ma profonde reconnaissance pour avoir contribué grandement à ce travail, je vous remercie de votre disponibilité ainsi que de votre sens aiguisé du détail.

À l'ensemble des médecins généralistes, kinésithérapeutes et infirmiers qui ont accepté de faire partie de notre étude, merci d'avoir pris le temps de me recevoir dans votre cabinet et de me permettre d'effectuer ce travail.

A toutes les équipes des services qui m'ont accueilli au cours de mes stages et qui m'ont permis de progresser dans ma pratique.

Aux médecins libéraux qui m'ont fait confiance au cours de ma formation et m'ont accueilli dans leurs cabinets.

À ma famille :

À mes parents, aucun mot ne sera assez fort pour décrire tout ce que vous m'avez appris et apporté depuis mes premiers pas. Merci pour votre investissement constant à mes côtés, pour les valeurs que vous m'avez transmises, qui m'ont permis d'avancer et de me construire. Ma réussite est surtout la vôtre, sans vous, rien de tout ce parcours n'aurait été possible.

Je vous aime.

À ma chère et tendre, Julia, qui partage ma vie et qui m'aide à avancer tous les jours.

À mes amis.

Pour paraphraser Erasme dans l'odyssée qui nous apprenait :

« On ne naît pas homme, on le devient »

Je dirai simplement :

« On ne naît pas médecin, on le devient »

SERMENT

«

Au moment d'être admis 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.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu 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 déshonoré et méprisé si j'y manque.

»

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS.....	8
SERMENT	12
TABLE DES MATIERES.....	13
LISTE DES ABREVIATIONS.....	14
I. PREAMBULE	16
A. Protocole de coopération.....	16
1. Généralités	17
2. Délégation de tâche.....	18
3. Protocoles pluriprofessionnels de soins de premiers recours.....	19
4. Protocole pluriprofessionnel de soin de premier recours (PPSR) : Gestion quotidienne des AVK	20
B. Maisons de santé pluriprofessionnelles.....	21
1. Définition	22
2. Maison de santé pluriprofessionnelle universitaire.....	23
3. Maison de santé pluriprofessionnelle en Grand Est.....	24
II. ARTICLE.....	26
A. Introduction	29
B. Matériel et méthodes	31
1. Description de l'étude	31
2. Réalisation du questionnaire	31
3. Critères d'inclusions et de non-inclusions	32
4. Recueil des données	35
5. Analyse des données	35
C. Résultats	36
1. Première partie : Structuration et financement	37
2. Deuxième partie : Méthodologie de la mise en place du protocole AVK et des objectifs	38
3. Troisième partie : Contenu du protocole AVK.....	46
4. Quatrième partie : évaluation de ce protocole	50
5. Cinquième partie : Ressenti de la mise en place du protocole AVK (protocole validé par l'ARS)	51
D. Discussion	52

1.	Limites de l'études	52
a)	MSP	52
b)	Questionnaire	52
c)	Réponses manquantes	53
d)	Raisons évoquées pour la non -réponse	53
2.	Points forts	53
3.	Points faibles	55
4.	Perspectives.....	56
E.	Conclusion.....	57
1.	Description du protocole.....	57
2.	Tenants et aboutissants de l'élaboration, la validation et l'application du protocole AVK.....	57
F.	Bibliographie de l'article.....	59
III.	CONCLUSION.....	60
IV.	RETOUR D'EXPERIENCE PERSONNELLE.....	62
V.	BIBLIOGRAPHIE.....	63
VI.	ANNEXES.....	66

LISTE DES ABREVIATIONS

ACI : Accord conventionnel interprofessionnel
MSP : Maison de santé pluriprofessionnelle
SISA : Société interprofessionnelle de soins ambulatoires
CPTS : Communauté professionnelle territoriale de santé
ESP : Equipe de soins primaires
HAS : Haute autorité de santé
EBM : Evidence based medicine
ARS : Agence régionale de santé
AVK : Anti-Vitamine K
ETP : Éducation thérapeutique du patient
RCP : Réunion de concertation pluridisciplinaire
IDE : Infirmière diplômée d'état
INR : International normalized ratio
DMP : Dossier médical partagé
ASALEE : Action de santé libérale en équipe
CSP : Code de santé publique
DGOS : Direction générale de l'offre de soins
DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
ETP : Education thérapeutique du patient
FEMALOR : Fédération des maisons et pôles de santé de Lorraine
FFMPS : Fédération française des maisons et pôles de santé
HPST : Hôpital patients santé et territoires
PAPS : Portail d'accompagnement des professionnels de santé
PPS : Plan personnalisé de santé
PRS : Projet régional de santé

I. PREAMBULE

Devant de forte tension s'exerçant sur le système de santé avec la surcharge des établissements hospitaliers qu'ils soient universitaires, régionaux ou périphériques, les soins de premiers recours et leurs structurations offrent une **complémentarité à la prise en charge de patient porteur de pathologies chroniques, lourdes et invalidantes**. Cette prise en charge s'inscrit dans le temps et non plus dans l'instant. A noter la paupérisation de la démographie médicale et paramédicale dans certains territoires qui ne laisse plus la place à un exercice isolé.

Des mesures structurelles se sont avérées nécessaires pour répondre aux enjeux d'accès aux soins et de qualité de prise en charge. Dans ce cadre plusieurs textes de lois sont venus étoffer, favoriser et faciliter la mise en place de l'exercice coordonné avec notamment la notion de « coopération entre professionnels de santé ». En France, le tournant fondateur législatif prend source **loi HPST de 2009 et notamment de son article 51(9)**.

Ces dernières années nous avons vu apparaître différents modes de coopération entre professionnels de santé, initialement dans le domaine hospitalier puis glissant sur le versant du soin de premiers recours, le transfert de tâches du médecin vers d'autres professionnels de santé était nécessaire pour répondre aux nouveaux défis du système de santé.

A. Protocole de coopération

Devant les tensions qui s'exercent sur le système de soin, il s'avère nécessaire de proposer un nouveau type d'exercice entre professionnels de santé. D'une part, la sphère médicale en manque de temps pour la prise en charge de ses patients et d'autre part la sphère paramédicale qui aspire à d'autres missions ainsi qu'une reconnaissance dans leur travail. Ce constat permet la mise en place d'expérimentations sur le territoire, ces expérimentations sont au nombre de seize entre 2003 et 2007 (2, 28, 29), elles portent sur des actes à visée diagnostique, des pratiques à visée thérapeutique ainsi que des interventions ciblées de prévention et de dépistage. Pour ce dernier champ d'expérimentation, nous pouvons citer le rôle de l'infirmière de santé publique « ASALEE » (8).

Cette coopération est favorisée par l'article 51 de la loi HPST (loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires) (10). Elle ouvre une nouvelle ère de « coopération entre personnels de santé » qui permet la mise en place, à titre dérogatoire et à l'initiative des professionnels sur le terrain (inscrits à l'art. L. 4011-1 du Code de la santé publique) (14), de transferts d'actes ou d'activités de soins et de réorganisation des modes d'intervention auprès des patients.

1. Généralités

La coopération en tant que telle, prend ses sources dans les années 2000. Tout d'abord avec les rapports de 2002 et 2003 du professeur Berland sur la démographie des professions de santé et sur les transferts de tâches (1,2). A la suite de ces rapports, différentes expérimentations ont vu le jour entre décembre 2003 et octobre 2007. L'article 131 de la loi n°2004-806 du 9 août 2004 a donné une base légale à ces expérimentations (13). Ces dernières n'étaient pas réservées exclusivement à l'exercice ambulatoire, néanmoins, l'évaluation de ces expérimentations par l'Observatoire Nationale de la Démographie de Santé (ONDPS) et de la Haute Autorité de Santé (HAS) ont démontré qu'elles avaient de réels bénéfices pour le patient tout en garantissant une sécurité de prise en charge pour ce dernier (38, 39, 40, 41).

En avril 2008 la **HAS publie une recommandation** : « Délégations, transferts, nouveau métiers... Comment favoriser des formes nouvelles de coopération entre professionnels de santé ? » (23). Cette recommandation met en exergue les enjeux des nouvelles formes de coopération, appuyant sur l'amélioration de la qualité des soins, l'efficience du système de santé, pour finir sur l'attractivité des professions de santé ; d'un côté le médecin pouvant augmenter son temps médical et pour les autres professions de santé, l'accroissement des missions et reconnaissance de l'évolution des compétences.

Finalement les états généraux de l'organisation de la santé (EGOS) d'avril 2008 (3) rappelle la place angulaire du médecin généraliste dans la coordination de soin du patient et appui sur « la nécessité d'une définition protocolée des modes de collaboration entre professionnels de santé à l'échelle d'un bassin de vie ou dans les zones urbaines d'un quartier. Cette déclinaison sera d'autant plus aisée que les professionnels impliqués exerceront au sein d'une maison de santé ou d'un pôle de santé pluridisciplinaire. »

Sur la base de ces rapports, expérimentations, recommandations (40), le cadre législatif change, grâce notamment à la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 via son article 51 (10), véritable tournant dans la coopération entre professionnels de santé. En effet, il élargit le principe de coopération entre professionnels de santé en les sortant du cadre expérimental et supprimant la notion de durée : *« les professionnels de santé peuvent s'engager, à leur initiative, dans une démarche de coopération 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. »*

Devant ce nouveau cadre législatif, la description d'enjeux dans la coopération de professionnels de santé, référence directe à l'article L. 4011-1 à L. 4011-3 du code de la santé publique (14,15,16), est nécessaire pour optimiser la prise en charge du patient avec notamment l'extension des champs d'intervention des professions paramédicales, tout en garantissant la libération de temps pour les professions médicales afin de recentrer leur activité sur des missions d'expertise. Ce cadre législatif est étoffé par l'arrêté du 28 mars 2012 relatif à la

procédure applicable aux protocoles de coopération entre professionnel de santé qui facilite la création de protocole avec une soumission des protocoles aux ARS simplifiée (7).

Depuis, la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (11), article 119, introduit le principe de la pratique avancée pour les auxiliaires médicaux au sein du code de la santé publique, ainsi « *Les auxiliaires médicaux [...] peuvent exercer en pratique avancée au sein d'une équipe de soins primaires coordonnée par le médecin traitant ou au sein d'une équipe de soins en établissements de santé ou en établissements médico-sociaux coordonnée par un médecin ou, enfin, en assistance d'un médecin spécialiste, hors soins primaires, en pratique ambulatoire.* », de plus « *Un décret en Conseil d'Etat, [...] définit pour chaque profession d'auxiliaire médical les domaines d'intervention en pratique avancée qui peuvent comporter :*

- a) Des activités d'orientation, d'éducation, de prévention ou de dépistage ;*
- b) Des actes d'évaluation et de conclusion clinique, des actes techniques et des actes de surveillance clinique et paraclinique ;*
- c) Des prescriptions de produits de santé non soumis à prescription médicale obligatoire, des prescriptions d'examen complémentaires et des renouvellements ou adaptations de prescriptions médicale »*

2. Délégation de tâche

La délégation de tâche est une notion récente dans notre système de soin, intégrée via les apports juridiques sus-cités. La délégation de tâche en tant que telle a pris forme dans d'autres systèmes de soins, notamment le modèle anglo-saxon, cette délégation intervenait du médecin vers l'infirmière. Nous retrouvons un terme générique dans ce modèle avec la « pratique infirmière avancée ». La coopération prend un aspect bipolaire en laissant le médecin décider et délégué le cas échéant à l'infirmière.

Ces exemples de coopération et délégation viennent des pays anglo-saxons : Royaume-Uni, Canada, Australie et Etats-Unis. La « pratique infirmière avancée » prend différentes dénominations ; infirmières praticiennes (*nurse practitioners*), infirmières en pratique avancée (*advanced practice nurses*) ou encore infirmières spécialisées (*specialist nurses*) (24).

En se penchant sur le Royaume-Uni et le Canada, la pratique avancée classe les infirmières en deux catégories, l'infirmière clinicienne (*clinical nurse*) et l'infirmière praticienne (*nurse practitioner*) (24). La première exerce majoritairement à l'hôpital, la deuxième intervient le plus souvent en soins primaires. Ces « *nurses practitioners* » s'intègrent dans des équipes multidisciplinaires et ont différentes missions allant de la promotion de la santé aux traitements des maladies, elles ont également la possibilité d'établir un diagnostic médical, prescrire des tests, traitement ainsi que certains médicaments, ces prérogatives sont possibles grâce à une formation spécifique, s'ajoutant à la formation initiale (24).

Nous pouvons également nous appesantir sur le modèle scandinave, notamment en Suède et Finlande où les centres de santé sont au cœur des soins primaires. La coopération s'appuie dans ce modèle sur des infirmières de santé publique (*district nurse*) (24), elles permettent à une majorité de la population, un premier contact avec le monde médical, avec un système de triage en centre de santé, elles les orientent en fonction des symptômes décrits vers le médecin généraliste ou l'hôpital en fonction de l'évaluation de la gravité. Nous faisons le parallèle avec la France qui via le SAMU oriente les patients qui appellent. Le cas échéant, l'orientation se fait vers le médecin généraliste ou une structure hospitalière. Les infirmières sont très impliquées dans les soins ainsi que les visites à domicile. En Suède, certaines infirmières ont le droit de prescrire des médicaments, la Finlande n'a pas octroyé ce droit limité (24).

3. Protocoles pluriprofessionnels de soins de premiers recours

Un protocole pluriprofessionnel de soins de premier recours (PPSPR) (31,32,38) est le schéma d'une prise en charge optimale par une équipe pluriprofessionnelle. Il reflète l'expression d'un accord local et documenté, pour proposer des solutions aux problèmes de prise en charge et favoriser l'harmonisation des pratiques.

Ces articles de loi font la part belle aux protocoles nationaux, au nombre de 7 à l'heure actuelle ;

- Bronchiolite du nourrisson ;
- Amélioration de la couverture vaccinale ;
- Diabète de type 2 : amélioration du suivi et de l'autonomisation du patient ;
- AVK : gestion quotidienne ;
- Lombalgie commune à partir du deuxième épisode comment prévenir les récurrences ;
- Prise en charge des plaies chroniques et ulcères de jambe ;
- HTA : conduite à tenir devant une découverte fortuite d'une pression artérielle élevée par un professionnel de santé.

Néanmoins l'article L. 4011-4 (17) donne l'ouverture à différents protocoles expérimentaux locaux basé sur le volontariat ; Ces protocoles sont instruits, autorisés, suivis et évalués dans le cadre de la procédure des expérimentations à dimension régionales, référence direct au III de l'article L. 162-31-1 du code de la sécurité sociale (18).

Ces protocoles pluriprofessionnels de soins de premiers recours rentrent dans des critères socles de l'accord conventionnel interprofessionnel. Ils doivent répondre à quelques critères, notamment s'appuyer sur l'expérience et les compétences des professionnels concernés, être conformes aux recommandations en vigueur, être adaptés à chaque équipes, répondre à un vrai besoin, formaliser et harmoniser des pratiques existantes, être simples, aisément consultables lors des soins, préciser le rôle et les moments d'intervention de chacun

des professionnels impliqués dans la prise en charge et les différentes interactions entre eux ainsi qu’être régulièrement réactualisés. De plus ces protocoles doivent porter en priorité sur les thèmes listés à l’annexe de l’ACI. Le domaine portant sur les AVK y figure (5, 6). Ces protocoles sont un **critère majeur pour l’ACI**.

4. Protocole pluriprofessionnel de soin de premier recours (PPSR) : Gestion quotidienne des AVK

Le protocole pluriprofessionnel de soin de premier recours sur la gestion quotidienne des AVK prend naissance, comme les 6 autres PPSR, d’un travail réalisé par un groupe pluriprofessionnel de travail coopératif (29, 34).

La mise en place de ce protocole répond à une problématique de santé publique ; la prescription fréquente des AVK, les antivitamine K (AVK) constituent le traitement anticoagulant de référence pour des pathologies fréquentes telles que la fibrillation atriale, les valvulopathies et les thromboses veineuses. Actuellement, plus de **1% de la population française** est traitée par AVK. Du fait de son potentiel iatrogène, l’utilisation des AVK fait, depuis de nombreuses années, l’objet de recommandations des groupes experts de l’ANSM (32).

Un rapport de l’ANSM de juillet 2012 nous informe que les AVK sont la première classe pharmacologique responsables **d’accidents iatrogène grave** (37% en 2004 et 31% en 2009) (36), ce rapport fait directement référence à l’enquête ENEIS 1 et 2. Même si le nombre d’accident iatrogène grave diminue en 5 ans, il reste néanmoins élevé. Ainsi le PPSR sur la gestion quotidienne des AVK prend tout son sens afin de réduire au maximum le risque iatrogène, de plus les sujets âgés de plus de 65 ans sont majoritairement concernés par ces accidents (32).

Les médicaments AVK commercialisés en France sous forme orale (comprimés) sont :

- Acénocoumarol (Sintrom®, 4 mg ; Minisintrom®, 1 mg),
- Fluindione (Previscan®, 20 mg),
- Warfarine (Coumadine®, 2 mg et 5 mg).

Les ventes d’AVK ne cessent d’augmenter régulièrement, elles ont presque doublé depuis dix ans passant de 7,6 millions en 2000 à 13,8 millions en 2010. En 2011, environ 1,8 % de la population française affiliée au régime général de la sécurité sociale a perçu au moins un remboursement pour une prescription d’AVK (analyse de l’échantillon généraliste des bénéficiaires du régime général de l’Assurance-maladie), ce qui permet d’estimer par extrapolation à environ 1,1 million le nombre de sujets qui ont pris un AVK en 2011. La fluindione est l’AVK le plus utilisé en France (81,4 % des bénéficiaires). Les sujets âgés de 75

ans et plus sont les plus exposés, avec près de 12 % des sujets de cette tranche d'âge traités par un AVK en 2011 (32).

L'utilisation des AVK ne se conçoit que dans les indications validées et après évaluation individuelle. Celle-ci prend en compte le risque thrombotique et le risque de complication hémorragique, les fonctions cognitives du patient ainsi que son contexte psychologique et social (personne âgée en particulier), du fait des contraintes liées au traitement.

La mise en place et le suivi du traitement par AVK reposent sur l'INR à partir d'une prise de sang réalisé de préférence dans le même laboratoire. La zone thérapeutique se situe pour la plupart des indications entre 2 et 3 avec un INR cible à 2,5, hors cas particulier.

Tout au long du traitement un rapport bénéfice/risque est indispensable, la surveillance s'appuie sur l'absence d'efficacité du traitement (risque thrombotique), le risque hémorragique (risque présent tout au long du traitement, maximal les premiers mois), les déséquilibres en cas de modification des traitements associés : ajouts ou suppressions.

Une lettre au professionnel de santé du premier décembre 2018 restreint le PREVISCAN® au seul renouvellement. L'initiation de cette spécialité n'est plus autorisée. De plus l'utilisation des antivitamine K est désormais contre-indiquée au cours de la grossesse, sauf chez les femmes enceintes portant une valve cardiaque mécanique et présentant un risque thromboembolique élevé (33).

B. Maisons de santé pluriprofessionnelles

Les maisons de santé ont été introduites dans le code de la santé publique en 2007 (loi de financement de la sécurité sociale du 19 décembre 2007) (9) pour ouvrir aux professionnels libéraux un mode d'exercice collectif.

Article L 6323-3 du Code de la Santé Publique (19)

La maison de santé est une personne morale constituée entre des professionnels médicaux, auxiliaires médicaux ou pharmaciens.

Ces professionnels assurent des activités de soins sans hébergement de premier recours au sens de l'article L. 1411-11 et, le cas échéant, de second recours au sens de l'article L. 1411-12 et peuvent participer à des actions de santé publique, de prévention, d'éducation pour la santé et à des actions sociales dans le cadre du projet de santé qu'ils élaborent et dans le respect d'un cahier des charges déterminé par arrêté du ministre chargé de la santé. (20,21)

Le projet de santé est compatible avec les orientations des schémas régionaux mentionnés à l'article L. 1434-2. Il est transmis pour information à l'agence régionale de santé. Ce projet de

santé est signé par chacun des professionnels de santé membres de la maison de santé. Il peut également être signé par toute personne dont la participation aux actions envisagées est explicitement prévue par le projet de santé. (22)

1. Définition

Les maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) regroupent plusieurs professionnels de santé dans des locaux communs. Elles sont constituées d'au moins deux médecins généralistes et d'un paramédical.

Nous résumons les MSP par trois piliers :

- Des professionnels de santé,
- Un exercice de soin de premier recours
- Un projet de santé.

Elles constituent avant tout un lieu d'exercice regroupant plusieurs professionnels de santé de premiers recours autour d'un projet de santé partagé, d'un cadre permettant à des membres de professions de santé différentes (médecins, infirmiers, kinés, pharmaciens, biologistes, psychologues,...) de mettre en commun à la fois des moyens et une partie de leur exercice professionnel (coopération interprofessionnelle et prise en charge coordonnée des patients, notamment s'agissant de maladies chroniques).

Il n'y a pas de « labellisation », ainsi toute structure peut s'appeler maison de santé. Cependant, dès que des financements publics sont sollicités, la confirmation doit répondre à un cahier des charges dressé par la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) : au moins deux médecins et un au moins un professionnel paramédical (infirmier, kinésithérapeute, ...). Ces professionnels ont en commun un projet de santé pour la population qui les consulte.

Le développement des maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP), favorise, au-delà des fonctions de coordination, l'émergence de nouvelles pratiques professionnelles. Ces dernières permettent d'élargir l'offre de soin sur un territoire donné, cette ouverture de l'offre de soin permet la coopération entre professionnels de santé, le médecin généraliste ne pouvant tout entreprendre seul.

Les professionnels de santé exerçant en leur sein (essentiellement des professionnels libéraux) doivent élaborer un projet de santé attestant de leur exercice coordonné. Les maisons de santé sont appelées à conclure avec l'agence régionale de santé un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens préalablement à tout versement d'une aide financière par l'agence.

L'augmentation du nombre de ces regroupements doit participer à une meilleure répartition géographique des médecins en organisant l'offre des soins dans une approche territoriale cohérente, car ils fixent géographiquement une unité d'offre de soins. Ils améliorent les conditions de vie privée et professionnelle de ses membres. Ils facilitent l'arrivée des jeunes médecins qui plébiscitent l'exercice en groupe. Ce mode d'exercice à condition qu'il soit coordonné et protocolé, correspond à une démarche d'amélioration des pratiques et facilite son évaluation. La première évaluation des maisons de santé par l'IRDES en 2014 (40) a montré que ces regroupements stabilisaient la démographie des professionnels, et amélioraient la qualité des soins à moindre coût.

Le développement de l'exercice pluriprofessionnel coordonné au sein des maisons de santé connaît une très forte expansion. Ce développement constitue un facteur important de recomposition de l'offre de soins de premier recours dans les territoires, dans le cadre des projets régionaux de santé (PRS) élaborés par les ARS.

2. Maison de santé pluriprofessionnelle universitaire

Une maison de santé pluriprofessionnelle universitaire est une maison de santé, ayant signé une convention tripartite avec l'agence régionale de santé dont elle dépend et un établissement public à caractère scientifique, culturel et professionnel comportant une unité de formation et de recherche de médecine, de pharmacie ou d'odontologie, ayant pour objet le développement de la formation et la recherche en soins primaires. Les modalités de fonctionnement, d'organisation et d'évaluation de ces maisons de santé pluriprofessionnelles universitaires sont fixées par arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et de l'enseignement supérieur (34).

Quelques critères définissent l'engagement de la convention de labélisation des MSPU :

- Avoir en leur sein une majorité de praticiens maîtres de stage,
- Accueillir de façon régulière des étudiants de 2ème et 3ème cycle de médecine et médecine générale,
- Accueillir ou l'envisager d'autres professionnels en formation (IDE, kinésithérapeute, pharmacien, etc.),
- Formaliser un programme de participation à des travaux de recherche en lien avec l'université.
-

La qualification en MSPU découle de la signature d'une convention pour une durée de 5 ans.

Sur le territoire du Grand Est, cette année, nous avons la présence de 4 structures labélisées (30) :

- **MSPU de Revigny-sur-Ornain**
- **MSPU de Signy-le-Petit**
- **MSPU de Troyes Champagne Métropole**
- **MSPU du Neuhof à Strasbourg**

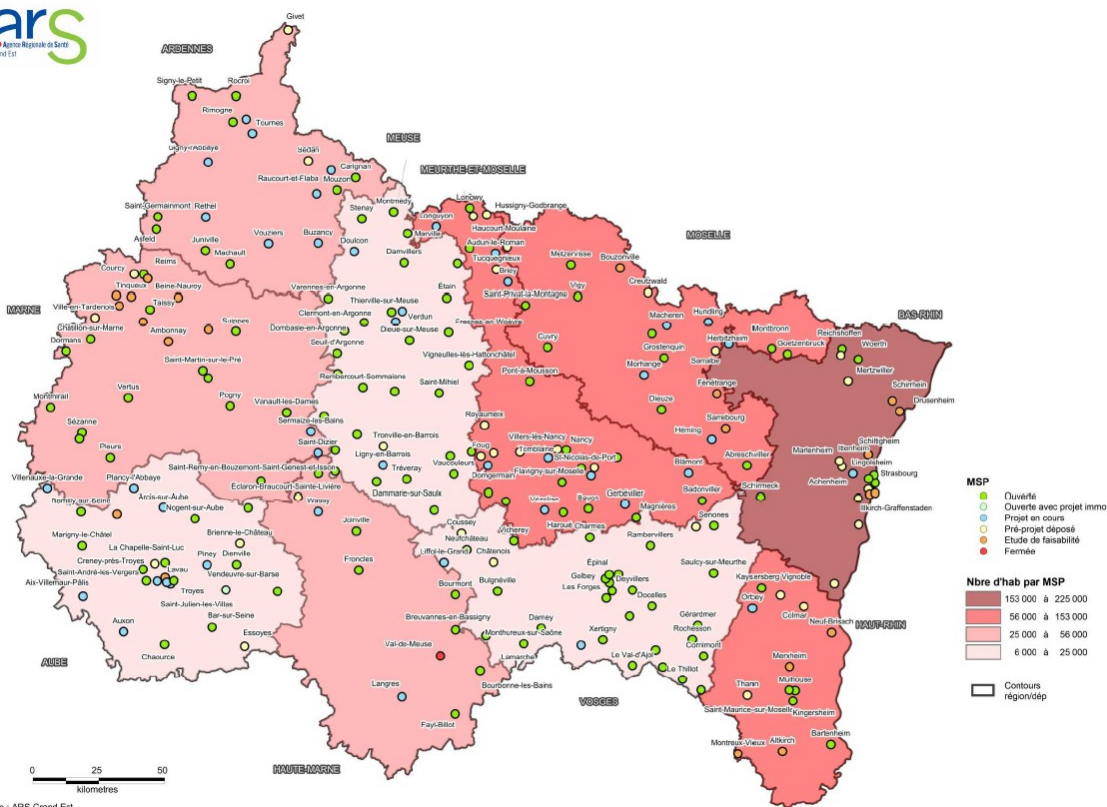
3. Maison de santé pluriprofessionnelle en Grand Est

Au sein de la région Grand Est, en février 2020, un total de 131 MSP sont présentes sur le territoire, la répartition de ces MSP se fait de la manière suivante :

- 77 en Lorraine : 26 en Meuse, 13 en Meurthe-et-Moselle, 10 en Moselle, 28 dans les Vosges
- 43 en Champagne Ardenne : 9 en Ardennes, 15 dans la Marne, 11 dans l'Aube, 8 en Haute-Marne
- 11 Alsace : 6 dans le Bas-Rhin et 5 dans le Haut-Rhin

Simplement à rappeler que le travail réalisé porte sur les MSP du Grand Est en fonctionnement depuis le 1^{er} janvier 2017. A l'époque ces MSP se répartissaient sur le territoire de la manière suivante :

- 52 en Lorraine : 18 Vosges, 19 Meuse, 10 Meurthe et Moselle, 5 Moselle,
- 28 en Champagne-Ardenne : 9 Marne, 7 Aube, 6 Ardennes, 6 Haute Marne
- 9 en Alsace : 5 Bas-Rhin, 4 Haut-Rhin.



Carte 1 : Répartition Géographique des Maisons et Pôles de santé pluriprofessionnelles en région Grand-Est en Février 2020.

II. ARTICLE

Le protocole AVK en maison de santé pluriprofessionnelle (MSP) en région Grand Est

The VKA protocol in pluriprofessional medical center in the Great East

Furiet J-C.⁽¹⁾, Bouchy O.⁽²⁾, Albuissou E.⁽³⁾, Didelot A.⁽⁴⁾, Di Patrizio P.⁽⁵⁾

⁽¹⁾ Faculté de médecine de Lorraine.

⁽²⁾ Université de Lorraine, UFR de médecine générale, Département de médecine générale.

⁽³⁾ Université de Lorraine, Santé Publique et Médecine Sociale, CHRU Nancy.

⁽⁴⁾ Université de Lorraine, UFR de médecine générale, Département de médecine générale

⁽⁵⁾ Université de Lorraine, UFR de médecine générale, Département de médecine générale.

Résumé :

Introduction : L'arrivée des protocoles dans notre système de santé a changé les modes de coopération entre professionnels de santé, avec notamment l'introduction de la délégation de tâche au sein d'une équipe pluriprofessionnelle. Aucun état des lieux de ces protocoles n'a été réalisé depuis l'installation de cette pratique, mise à part pour le dispositif ASALEE. C'est ce que nous proposons avec cette étude sur un territoire vaste du nord-est de la France, la région Grand Est. Le protocole AVK prend sa place en santé publique devant la croissance de prescription d'AVK en France. Nous avons 1,8% de la population française sous AVK, un nombre élevés d'effets indésirables sont notifiés, hémorragie non grave et grave, ainsi que les problèmes thromboemboliques, à l'origine de nombreuses hospitalisations.

L'objectif principal de ce travail est de **décrire le protocole AVK** et de lister les tenants et aboutissant de l'élaboration, la validation et l'application de ce protocole au sein des différentes MSP du Grand Est.

Méthodes : Une étude quantitative a été réalisée de novembre 2019 et mars 2020 sur 38 MSP de la région Grand-Est. Un questionnaire de 39 questions a été envoyé à ces MSP. Ce questionnaire était composé de six parties, interrogeant les MSP sur la structuration de la MSP, la méthodologie de la mise en place du protocole AVK, le contenu du protocole, l'évaluation du protocole, le ressenti de la mise en place du protocole et une partie laissée pour les commentaires. L'analyse a été faite par le logiciel **Microsoft Office Excel et IBM SPSS**.

Résultats : Nous avons au total ; 18 MSP répondantes à ce travail sur 35 MSP incluses. La réponse aux questions était parfois incomplète, Néanmoins, sur 39 questions posées, 32 d'entre elles permettent une analyse fine ainsi la mise en lumière de tendances et de pratiques sur l'ensemble du territoire. Notamment, 94,4 % des MSP ont élaboré le protocole seule, sans aide extérieure, de plus, pour cette élaboration, l'interaction dans le protocole et l'accès au dossier du patient, les médecins généralistes interviennent à 100 %. Nous avons un aperçu des pratiques sur la région du Grand-Est.

Discussion : Cette étude a permis de dégager plusieurs tendances au sein des MSP du Grand Est. Notamment une autonomie des MSP par rapport aux institutions, une référence claire aux recommandations de bonne réalisation du protocole avec des sources comme la HAS. La mise en lumière d'une paire indissociable à la bonne application du protocole sur le territoire, à savoir **le médecin généraliste et l'IDE**. La délégation de tâches au sein du protocole est difficile à percevoir, nous avons une marge de progression sur ce sujet. Le ressenti des MSP sur la création, la validation et l'application du protocole reste mitigé, le point positif réside dans un **ressenti d'amélioration de la prise en charge du patient**.

Mots clés : Protocole de coopération, région Grand-Est, soins primaires, équipe de soins primaires, maison de santé pluriprofessionnelle, coordination interprofessionnelle, AVK

Abstract

Introduction : The arrival of protocols in our health care system deeply changed the modes of cooperation between health professional, even more with the introduction of the delegation of tasks within pluriprofessional teams. No situational analysis has been realized since the set-up of this practice. This is what we display with this study focused on the North-East of France, the Great-East.

The VKA protocol takes its place in the public health field due to the increase of AVK prescriptions in France. At the present time, 1,8% of the French population receive AVK medication and suffer from side effects such as severe and non-severe hemorrhage, thromboembolic events, responsible for many hospitalizations.

The main objective of this work is to describe the AVK protocol and to expose the background and the details of its elaboration, validation and its application inside different multidisciplinary MSP located in the Great East.

Methods : A quantitative research has been lead from November 2019 to March 2020 in 38 MSPs in the Great-East. A survey of 39 questions has been send to these MSPs. This survey was composed of six parts asking about the structuration of the MSP, the methodology of the implementation of the AVK protocol, the content of the protocol, its evaluation, how it is perceived and a part dedicated to the comments. The tools used for this analysis were Microsoft Office Excel and IBM SPSS.

Results : In the end, 18 MSPs responded to this work on the 35 we selected for the project. The answer was sometimes incomplete and in these conditions, it is impossible to draw conclusions. However, among the 39 questions, 32 enable an accurate analysis and a highlight of the tendencies and practices for the entire region. So, 94,4 % of MSPs elaborate this protocol alone, without extern help, moreover . for this development, the interaction in the protocol and access to the patient's file, general practitioners are 100% involved. We obtained an overview of the implemented practices in the Great-East.

Discussion : This study reveals some tendencies within the MSPs localized in the Great-East. In particular, an independence of these organization with respect to the institutions and a clear reference to the recommendations of the correct implementation of this protocol, as the French National Authority for Health. An inseparable pair has been emphasized for the good application of the protocol in the concerned area, namely the general practitioner and the registered nurse. The delegation of tasks is not obvious in this protocol and a room for improvement remains still very significant. The impressions of the MSPs regarding the creation, the validation and the application of this protocol remains mixed and the positive aspect lives in the feeling of a better care of the patient.

Keyword : Primary care, Great-East region, interprofessionnal collaborative teams, collaborative protocol, multi-professional healthcare centers, interprofessionnal cooperation, VKA

A. Introduction

Depuis la création des protocoles, aucun état des lieux n'a été fait pour tenter de comprendre la mise en place de ces protocoles, les tenants et les aboutissants de tels protocoles sur un territoire donné. Cependant la littérature nous donne peu d'informations sur ce versant de la pratique médicale. En effet peu d'études ont été réalisées afin d'évaluer les protocoles ainsi que de mesurer l'impact sur la prise en charge du patient.

Ces protocoles ont été créés afin de permettre de dégager du temps médical pour les professionnels de santé, et pour améliorer la prise en charge des patients sur un territoire donné. Ces protocoles s'articulent en complémentarité de l'exercice hospitalier. La réduction du nombre d'hospitalisation pour le suivi de maladie chronique est essentielle afin de désengorger les consultations hospitalières pour ces patients qui nécessitent un combat sanitaire dans la vie quotidienne. L'éducation thérapeutique, l'adaptation posologique peut se faire de concert avec les recommandations émanant de la fonction hospitalière et des sociétés savantes. Chaque médecin a accès aux recommandations en vigueur en fonction des pathologies. Une partie peut être gérée en ambulatoire et une autre avec le spécialiste, se trouvant la plupart du temps à l'hôpital.

L'exercice coordonné permet d'accompagner au mieux les patients, les professionnels de santé regroupés en MSP (Maisons de santé pluriprofessionnelles) peuvent avoir des échanges sur différents dossiers afin de garder une offre de soin digne de ce nom sur un territoire donné. Cet exercice ambulatoire autour du protocole AVK (Antivitamine K) permet de suivre les patients au long cours. Il est né afin de garder la patientèle en cabinet libéral ou à domicile, par le biais de protocole, reflétant la coopération entre professionnels de santé et via la délégation de tâche, évitant ainsi des hospitalisations itératives et coûteuses.

Bon nombre d'études sondent l'univers du ressenti chez la populations soignantes. La totalité de ces études sont qualitatives (4, 6, 11). Elles interrogent les professionnelles de santé sur la prise en charge des patients atteints de maladie chronique. Je peux citer la thèse soutenue par Morgan Pinsard en 2018 portant sur les « 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 » » (4), cette dernière conclue que ce protocole apporte une harmonisation des pratiques professionnelles, une amélioration de la relation triangulaire patient – médecin – infirmier, un cadre sécuritaire, un gain de temps pour tous ainsi qu'une autonomisation des infirmiers et une délégation de tâches. Cependant, d'une manière paradoxale, les freins et limites de l'utilisation d'un tel protocole pointe du doigt le manque de temps et d'intérêt pour ce protocole.

Dans cette étude, nous nous intéressons au protocole AVK, un protocole répondant à une problématique de santé publique. Les AVK sont prescrits à 1,8% de la population française, les ventes ont presque doublé en dix ans, information relayée par un papier de l'ANSM sur la gestion des AVK dans la vie quotidienne. Cette thérapeutique, représentée par trois types

d'AVK, acénocoumarol (SINTROM®, 4 mg ; MINISINTROM®, 1 mg), fluindione (PREVISCAN®, 20 mg), warfarine (COUMADINE®, 2 mg et 5 mg). La fluindione étant la plus largement prescrite à l'heure actuelle, cependant la warfarine se fait une place à l'instar de la fluindione, la HAS prenant le parti de ne plus initier de traitement par PREVISCAN® chez les patients nécessitant une anticoagulation curative. La fluindione pourvoyeuse d'INR plus labile que la warfarine, elle permet un meilleur contrôle des INR et réduit le nombre d'accident iatrogène.

Dans le Grand Est, grande région de France à prédominance rurale, il devient impératif de répondre à une pression sanitaire grandissante, notamment avec le vieillissement de la population afin de protéger au mieux ces séniors. Cette dernière (75 ans et plus) est le plus exposé aux accidents iatrogène émanant de la prescription d'AVK.

Cette étude nous permettra de comprendre la mise en place de ce type de protocole au sein des MSP, nous pourrons analyser les difficultés des équipes à constituer et appliquer ce protocole. Nous serons en mesure de comprendre l'articulation de ce protocole autour des professionnels de santé ainsi que l'amélioration attendue pour la prise en charge des patients.

L'objectif principal de cette étude est de décrire le protocole AVK en maisons de santé pluriprofessionnelles, en se basant sur un panel de MSP en région Grand Est, tirée d'une base de données. Les objectifs secondaires sont la mise en évidence de freins et de leviers à la création, la validation, l'évaluation et l'application de ce protocole. Ces objectifs seront étudiés à l'aide d'un questionnaire sondant plusieurs dimensions afin de répondre aux objectifs énoncés. La finalité de cette étude dans les années à suivre étant d'harmoniser les pratiques au sein d'un territoire dans un second temps.

B. Matériel et méthodes

1. Description de l'étude

Nous avons réalisé une **étude observationnelle, descriptive, transversale, quantitative et multicentrique** avec l'objectif principal de décrire le protocole AVK (11) mis en place dans les MSP en région Grand Est. Les objectifs secondaires visent à identifier les freins et les leviers de réalisation et d'application de ce protocole.

Ce travail s'appuie sur la réalisation d'un questionnaire, mis en annexe afin de dégager les tenants et les aboutissant du protocole AVK (11) en maison de santé pluriprofessionnelle sur la région Grand Est.

C'est un état des lieux qui souhaite mettre en exergue les conditions de réalisation de ce protocole, l'articulation des protagonistes autour de cette coopération entre professionnels de santé, le bénéfice ou non d'un tel protocole au sein des MSP pour la prise des patients ainsi que le ressenti des équipes pour la réalisation, la validation et l'application de ce protocole.

Ce travail prend ses racines dans une base de données réalisée en 2015 relatant les MSP du Grand Est, ces dernières ont décliné leur mode de fonctionnement, leurs nombres de personnels présent dans ces MSP, ainsi que les protocoles qu'elles ont mise en place depuis leur création.

Cette étude a été réalisé via une base de données réalisée par Docteur Sébastien MARCHAL, Docteur Alexandre DIDELOT et Docteur Pauline NARTZ et qui ont travaillé respectivement sur les « la matrice de maturité en soins primaires : état des lieux des maisons de sante pluriprofessionnelles en lorraine » (2), les « Maisons de santé pluriprofessionnelles du Grand Est : Quelles différences la matrice de maturité révèle-t-elle entre celles adhérentes ou non au règlement arbitral ? Etude comparative transversale. » (3) et l' « Etat des lieux des Réunions de Concertation Pluriprofessionnelles (RCP) dans les Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (MSP) en Région Grand Est dans le cadre de la matrice de maturité des MSP » (1) et. Ce recueil de données a été dirigé par Professeur Olivier BOUCHY ainsi que de Professeur Eliane ALBUISSON.

2. Réalisation du questionnaire

La création de ce questionnaire portant sur le protocole AVK s'est déroulé dans un premier temps avec la collaboration de professeur Olivier BOUCHY ainsi que de docteur

Alexandre DIDELOT, membre du département universitaire de médecine générale, aidés par le professeur Eliane ALBUISSON. Ce dernier a été réalisé avec l'outil en ligne **Google Form**.

Le questionnaire final était composé de trente-neuf questions, il alliait réponses courtes, réponses à choix unique et réponses à choix multiples. Certaines réponses ouvraient le champ à d'autres interrogations en fonction de la réponse donnée, entre « oui » et « non ». D'autres questions nécessitaient une précision en fonction de la réponse, elles débouchaient sur une question à réponse courte. Ces méthodes de réponses sont utilisées pour les quatre premières parties. La cinquième partie était exclusivement composée de réponse sous forme d'échelle de Likert.

Les thèmes de chaque partie se décomposent ainsi, ils portent sur :

- La structuration de la MSP ainsi que son financement, elle était composée de six questions.
- La méthodologie de la mise en place du protocole AVK et des objectifs de ce protocole, composée de onze questions.
- Le contenu du protocole AVK, composée de quatorze questions.
- L'évaluation de ce protocole, composée de trois questions.
- Le ressenti de la mise en place de ce protocole, protocole validé par l'ARS, composée de cinq questions, utilisant une échelle de Likert pour chaque question.
- Une plage de commentaires libres afin de sonder le design du questionnaire ainsi que le ressenti de la réponse donnée.

Ce questionnaire fut envoyé aux différentes MSP. Il était destiné au leader de la MSP, nous attendions une réponse par MSP, la réponse pouvait être collégiale, avec notamment plusieurs médecins, incluant le coordinateur administratif ou encore réalisé par une personne représentant la MSP.

3. Critères d'inclusions et de non-inclusions

Pour cette étude, les MSP devaient être en fonctionnement au moment de l'étude avec un projet validé par l'ARS Grand-Est au plus tard au 31 décembre 2016 et être en fonctionnement depuis le 1^{er} janvier 2017. Volontairement, nous n'avons pas mis à jour la base de données réalisée, ainsi l'inclusion des MSP n'est pas contemporaine de la réalisation et de la présentation de ce travail.

Sur ce lit d'information, la base de données avait retenu un total de 68 MSP, numérotées de 1 à 68 et réparties sur le territoire de la région Grand Est de la manière suivante :

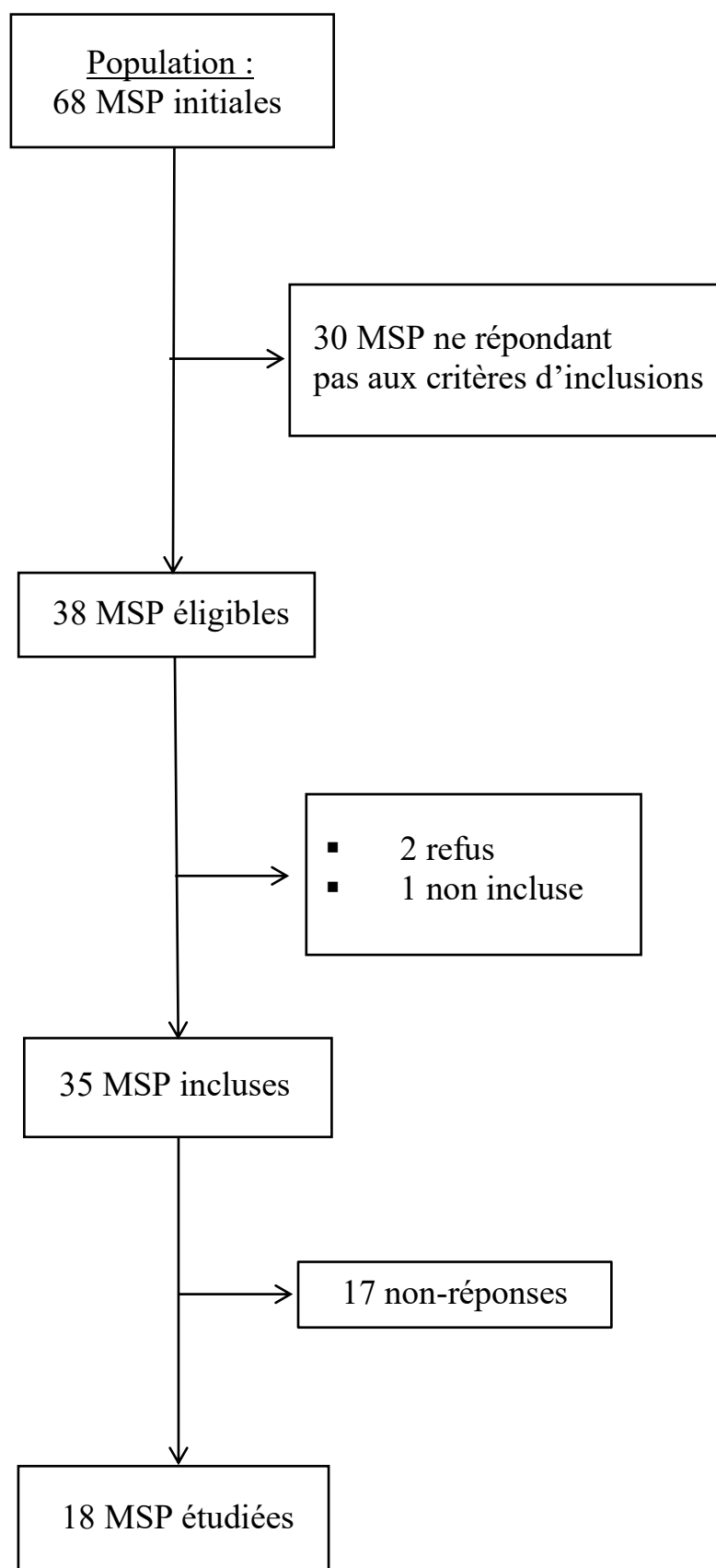
- 45 MSP en Lorraine.
- 7 MSP en Alsace.
- 16 MSP en Champagne Ardenne.

Les MSP devaient avoir déclaré l'existence d'un protocole AVK au sein de la structure ambulatoire. Après analyse de l'existence ou non du protocole AVK, nous avons un total de 38 MSP sélectionnées pour répondre au questionnaire. Ces MSP sont réparties de la façon suivante sur le territoire de la région Grand Est :

- 27 MSP en Lorraine.
- 6 MSP en Alsace.
- 5 MSP en Champagne Ardenne.

Sur les 38 MSP interrogées, 2 leaders de MSP ont refusé de répondre au questionnaire, 1 MSP a déclaré ne pas avoir de protocole AVK, 17 non-réponses malgré des relances itératives téléphoniques ou électroniques (courriel) entre le 4 novembre 2019 et le 31 mars 2020. Nous avons 18 réponses au questionnaire au total. Les MSP incluses se décomposent de la manière suivante sur le territoire :

- 25 MSP en Lorraine.
- 5 MSP en Alsace.
- 5 MSP en Champagne Ardenne.



Graphique 1. Diagramme de flux des MSP avec protocole AVK. Grand Est. Juillet 2017

4. Recueil des données

Le recueil de données par retour de questionnaire a été précédé d'un démarchage téléphonique afin de mettre à jour les adresses mails des MSP. Ces courriels sont consignés dans une base électronique pour permettre à d'autres thésards de réaliser d'autres travaux à partir de ces informations. Chaque MSP m'a donné leur accord de diffusion de ces adresses mails. Les leaders ou personnes ne souhaitant pas faire partie de cette base, ne figurera pas dans celle-ci. Le recueil des questionnaires s'est déroulé de **novembre 2019 à mars 2020**.

Après l'envoi du premier courriel en novembre 2019, un total 6 relances téléphoniques et électroniques ont été mené, d'abord mensuel, puis hebdomadaire afin de récupérer le maximum de résultats. Les relances téléphoniques m'ont permis d'avoir des interlocuteurs diverses ; secrétaires, professionnel de santé paramédicale (kinésithérapeute, infirmière), coordinateurs (-trices) administratifs (-ves) ainsi que des médecins faisant partie de la MSP.

Les données de ce recueil ont été intégrées dans une base de données grâce au logiciel **Microsoft Office Excel**. Un tableur pour les coordonnées ainsi qu'un tableur avec les résultats récupérés de **Google Form**. Ce format permet une transformation de l'information recueillit sous forme de tableur.

5. Analyse des données

Chaque MSP avait au préalable un numéro d'identification pour rendre les réponses anonymes dans la première base de données. Dans cette étude, chaque MSP répondantes ont reçu un nouveau numéro d'identification afin d'indexer et d'intégrer les résultats à la première base de données.

Dans un soucis de réalisation du questionnaire ainsi que la facilité de réponse devant un questionnaire de 39 questions. Certaines questions étaient posées sous forme de réponse à choix unique et binaire (0 ou 1) ou avec la possibilité de choix multiples lors nous interrogeons les MSP sur les professionnels de santé interagissant dans la MSP, un codage des données brutes a été réalisé pour permettre une analyse statistique.

L'analyse descriptive des données a été réalisée grâce au logiciel IBM SPSS.

C. Résultats

L'analyse des résultats a été réalisé par parties et par questions, néanmoins, avec beaucoup de réponses manquantes, toutes les questions n'ont pas pu être analysées.

Sur le total de 38 MSP répondantes au critères d'inclusions, 35 sont prises en compte dans l'analyse des résultats finaux. A noter la présence de 38 MSP au total possédant un protocole AVK sur les 68 MSP initiales, soit **56% des MSP** de la base donnée.

Nous avons 18 réponses sur les 35 MSP, ainsi un **taux de réponses à 51%**. Ce pourcentage peut être décomposé par ancienne région, :

- En Lorraine : 14 réponses sur les 25 MSP incluses, taux de réponse de 56% ;
- En Alsace : 1 réponses sur les 5 MSP, taux de réponse de 20 % ;
- En Champagne-Ardenne : 3 réponses sur les 5 MSP, taux de réponses de 60 %.

1. Première partie : Structuration et financement

Tableau 1. Tableau du nombre de professionnels structure

	Moyenne	Médiane	Min	Max
Professionnels dans les structures	14,6	13	6	44
Professionnels dans la SISA	13	10,5	3	44
Protocoles validés par l'ARS	4,4	4,5	2	8
Protocoles en cours de création	1,6	2	0	5

Concernant les différentes structures interrogées, une moyenne de 14,6 professionnels par structures, une moyenne de 13 professionnels par SISA, une moyenne de 4,4 protocoles validés par l'ARS et 1,6 protocoles en cours de création.

Parmi les MSP répondantes, le minimum de professionnel au sein d'une même structure est de 6 professionnels, le maximum de professionnels est de 44 professionnels. Les SISA sont composés au minimum de 3 professionnels et au maximum de 44 professionnels. Les protocoles validés par l'ARS, sont au minimum de 2 et au maximum de 8 protocoles, finalement, le nombres de protocoles en cours de création sont au minimum 0 protocoles et au maximum de 5 protocoles.

Tableau 2. Tableau du mode de rémunération

		Fréquence	%	% valide	% cumulé
ACI	Non	2	11,1	11,1	11,1
	Oui	16	88,9	88,9	100,0
	Total	18	100,0	100,0	
Professionnels rémunérés	Non	7	38,9	41,2	41,2
	Oui	10	55,6	58,8	100,0
	Total	17	94,4	100,0	

88,9 % des MSP sont à l'ACI, et 58,8 % des professionnels sont rémunérés au titre de ce protocole.

Tableau 3. Tableau des professionnels concernés par la rémunération

Quels professionnels ?	Médecin généraliste	Non	7	38,9	41,2	41,2
		Oui	10	55,6	58,8	100,0
		Total	17	94,4	100,0	
	IDE	Non	7	38,9	41,2	41,2
		Oui	10	55,6	58,8	100,0
		Total	17	94,4	100,0	
	Dentiste	Non	15	83,3	88,2	88,2
		Oui	2	11,1	11,8	100,0
		Total	17	94,4	100,0	
	Pharmacien	Non	15	83,3	88,2	88,2
		Oui	2	11,1	11,8	100,0
		Total	17	94,4	100,0	
	Biologiste	Non	16	88,9	94,1	94,1
		Oui	1	5,6	5,9	100,0
		Total	17	94,4	100,0	
	Cardiologue / Rhumatologue Chirurgien/ Sage-Femme Kinésithérapeute	Non	17	94,4	100,0	100,0
		Oui				
		Total				
	Secrétaire médicale	Non	12	66,7	70,6	70,6
		Oui	5	27,8	29,4	100,0
		Total	17	94,4	100,0	
	Coordinateur administratif	Non	16	88,9	94,1	94,1
		Oui	1	5,6	5,9	100,0
		Total	17	94,4	100,0	

Les professionnels rémunérés concernent ; **58,8 % des médecins généralistes, et IDE**, 29,4 % des secrétaires, 11,8 % des dentistes et pharmaciens, 5,9 % des biologistes, médicales et coordinateurs administratifs sont concernés par la rémunération des professionnels santé au titre du protocole AVK. Les cardiologues, rhumatologues, chirurgiens, sages-femmes et kinésithérapeutes ne sont pas concernés par la rémunération.

2. Deuxième partie : Méthodologie de la mise en place du protocole AVK et des objectifs

Tableau 4. Tableau réalisation du protocole

			Fréquence	%	% valide	% cumulé
Idée d'élaboration du protocole ?	Professionnel de la structure	Non	1	5,6	5,6	5,6
		Oui	17	94,4	94,4	100,0
		Total	18	100,0	100,0	
	Besoin de prise en charge patient	Non	18	100,0	100,0	100,0
		Oui				
		Total				
	ARS	Non	17	94,4	94,4	94,4
		Oui	1	5,6	5,6	100,0
		Total	18	100,0	100,0	
	Coordinateur extérieur	Non	16	88,9	88,9	88,9
		Oui	2	11,1	11,1	100,0
		Total	18	100,0	100,0	
	Coordinateur intérieur	Non	17	94,4	94,4	94,4
		Oui	1	5,6	5,6	100,0
		Total	18	100,0	100,0	

L'idée d'élaboration du protocole AVK vient à **94,4 % d'un professionnel de la structure**, aucune MSP n'a créé ce protocole pour les besoins de prise en charge des patients. 1 MSP, soit 5,6 % ont eu l'idée de cette élaboration par l'ARS, 2 MSP, soit 11,1 % des MSP ont eu cette idée par un coordinateur extérieur et 1 MSP, soit 5,6 % ont eu l'idée par un coordinateur interne.

Tableau 5. Tableau des références utilisées

			Fréquence	%	% valide	% cumulé
Références utilisées	HAS	Non	1	5,6	5,6	5,6
		Oui	17	94,4	94,4	100,0
		Total	18	100,0	100,0	
	EBM	Non	15	83,3	83,3	83,3
		Oui	3	16,7	16,7	100,0
		Total	18	100,0	100,0	
	ARS	Non	17	94,4	94,4	94,4
		Oui	1	5,6	5,6	100,0
		Total	18	100,0	100,0	
	Protocole déjà existant	Non	11	61,1	61,1	61,1
		Oui	7	38,9	38,9	100,0
		Total	18	100,0	100,0	
	Aucune référence	Non	18	100,0	100,0	100,0
		Oui				
		Total				

Les références utilisées sont par ordre d'utilisation ; **la HAS, 94,4 % ont utilisé ce référentiel**. Un protocole déjà existant à 38,9 %, l'Evidence Based Medecine (EBM) utilisé à 16,7 % des MSP pour la création du protocole AVK et finalement l'ARS à 5,6 %. Les MSP interrogées ont toutes utilisées une références pour ce protocole.

Tableau 6. Tableau de construction du protocole

			Fréquence	%	% valide	% cumulé
	Aide construction protocole	Non	13	72,2	72,2	72,2
		Oui	5	27,8	27,8	100,0
		Total	18	100,0	100,0	
Personne extérieure	ARS	Non	18	100,0	100,0	100,0
		Oui				
		Total				
	Coordinateur administratif	Non	15	83,3	83,3	83,3
		Oui	3	16,7	16,7	100,0
		Total	18	100,0	100,0	
	Autre	Non	17	94,4	94,4	94,4
		Oui	1	5,6	5,6	100,0
		Total	18	100,0	100,0	
Personne intérieure	Coordinateur administratif	Non	15	83,3	83,3	83,3
		Oui	3	16,7	16,7	100,0
		Total	18	100,0	100,0	
	Autre	Non	17	94,4	94,4	94,4
		Oui	1	5,6	5,6	100,0
		Total	18	100,0	100,0	
	Aucune	Non	16	88,9	88,9	88,9
		Oui	2	11,1	11,1	100,0
		Total	18	100,0	100,0	

Pour la création de ce protocole, les MSP n'ont pas eu d'aide pour 72,2 %, 27,8 % ont eu de l'aide pour la création de ce protocole. Cette aide concerne soit une personne extérieure à la structure ou une personne intérieure. Pour la première proposition, aucune MSP n'a eu besoin de l'ARS, le coordinateur administratif, « oui » pour 16,7 % des MSP, et « non » pour 83,3 % des MSP, seule une MSP, soit 5,6 % a utilisé une entité « autre » sans précision sur celle-ci. Pour la seconde proposition, 3 MSP, soit 16,7 % des MSP ont utilisé un coordinateur administratif interne à la structure, 1 MSP, soit 5,6 % a utilisé une personne « autre » interne à la structure sans précision sur le rôle de celle-ci. Finalement 2 MSP, soit 11,1 % n'ont utilisé aucune personne pour la création de ce protocole. 16 MSP, soit 88,9 % ont eu recours à une personne de la structure pour la réalisation de ce protocole.

Tableau 7. Tableau des professionnels concernés par l'élaboration du protocole AVK

			Fréquence	%	% valide	% cumulé
Quelles professions pour l'élaboration du protocole ?	Médecin généraliste	Non				
		Oui	18	100,0	100,0	100,0
		Total				
	IDE	Non	2	11,1	11,1	11,1
		Oui	16	88,9	88,9	100,0
		Total	18	100,0	100,0	
	Dentiste	Non	15	83,3	83,3	83,3
		Oui	3	16,7	16,7	100,0
		Total	18	100,0	100,0	
	Pharmacien	Non	14	77,8	77,8	77,8
		Oui	4	22,2	22,2	100,0
		Total	18	100,0	100,0	
	Biologiste	Non	17	94,4	94,4	94,4
		Oui	1	5,6	5,6	100,0
		Total	18	100,0	100,0	
	Cardiologue	Non	17	94,4	94,4	94,4
		Oui	1	5,6	5,6	100,0
		Total	18	100,0	100,0	
	Rhumatologue Chirurgien/ Sage-Femme Kinésithérapeute	Non	18	100,0	100,0	100,0
		Oui				
		Total				
	Secrétaire médicale	Non	15	83,3	83,3	83,3
		Oui	3	16,7	16,7	100,0
		Total	18	100,0	100,0	
	Coordinateur administratif	Non	14	77,8	77,8	77,8
		Oui	4	22,2	22,2	100,0
		Total	18	100,0	100,0	

Pour les professionnels concernés par l'élaboration de ce protocole, **100 % des médecins généralistes, 88,9 % des IDE**, 22,2 % des pharmaciens et coordinateurs administratifs, 16,7 % des dentistes et secrétaires médicales, , 5,6 % des biologistes et cardiologues sont concernés par l'élaboration du protocole AVK. Aucun rhumatologues, chirurgiens, sages-femmes ou encore kinésithérapeutes ne sont concernés par l'élaboration de ce protocole.

Tableau 8. Tableau des interactions des professionnels de santé au sein du protocole

			Fréquence	%	% valide	% cumulé
Quelles professions interagissent dans le protocole ?	Médecin généraliste	Non				
		Oui	18	100,0	100,0	100,0
		Total				
	IDE	Non				
		Oui	18	100,0	100,0	100,0
		Total				
	Dentiste	Non	16	88,9	88,9	88,9
		Oui	2	11,1	11,1	100,0
		Total	18	100,0	100,0	
	Pharmacien	Non	12	66,7	66,7	66,7
		Oui	6	33,3	33,3	100,0
		Total	18	100,0	100,0	
	Biologiste	Non	14	77,8	77,8	77,8
		Oui	4	22,2	22,2	100,0
		Total	18	100,0	100,0	
	Cardiologue / Rhumatologue Chirurgien/ Sage-Femme Kinésithérapeute	Non	18	100,0	100,0	100,0
		Oui				
		Total				
	Secrétaire médicale	Non	6	33,3	35,3	35,3
		Oui	11	61,1	64,7	100,0
		Total	17	94,4	100,0	
	Coordinateur administratif	Non	17	94,4	94,4	94,4
		Oui	1	5,6	5,6	100,0
		Total	18	100,0	100,0	

Les interactions des professionnels de santé des différentes structures concernent, **100 % des médecins généralistes, et IDE**, 61,1 % des secrétaires médicales, 33,3 % des pharmaciens, 22,2 % des biologistes, 11,1 % des dentistes, et 5,6 % des coordinateurs administratifs sont concernés par les interactions entre professionnels de santé. Aucun cardiologues, rhumatologues, chirurgiens, sages-femmes ou encore kinésithérapeutes ne sont concernés par cette interaction autour du protocole AVK.

Tableau 9. Tableau validation protocole

		Fréquence	%	% valide	% cumulé
Protocole validé à la première soumission ?	Non	6	33,3	33,3	33,3
	Oui	12	66,7	66,7	100,0
	Total	18	100,0	100,0	

Le protocole a été validé dès la première soumission pour 66,7 % des MSP.

Tableau 10. Tableau intégration protocole dans le dossier patient

		Fréquence	%	% valide	% cumulé
Protocole intégré dossier médical informatisé ?	Non	10	55,6	55,6	55,6
	Oui	8	44,4	44,4	100,0
	Total	18	100,0	100,0	

Le protocole AVK est intégré dans le dossier patient informatisé pour 44,4 % d'entre eux, 55,6 % ne l'ont pas intégré dans le dossier patient informatisé.

Tableau 11. Tableau accessibilité du protocole AVK dans le dossier patient

			Fréquence	%	% valide	% cumulé
Professionnels concernés ?	Médecin généraliste	Non				
		Oui	18	100,0	100,0	100,0
		Total				
	IDE	Non	3	16,7	16,7	16,7
		Oui	15	83,3	83,3	100,0
		Total	18	100,0	100,0	
	Pharmacien	Non	17	94,4	94,4	94,4
		Oui	1	5,6	5,6	100,0
		Total	18	100,0	100,0	
	Biologiste / Cardiologue / Rhumatologue Chirurgien/ Sage-Femme Kinésithérapeute/ Dentiste	Non	18	100,0	100,0	100,0
		Oui				
		Total				
	Secrétaire médicale	Non	7	38,9	38,9	38,9
		Oui	11	61,1	61,1	100,0
		Total	18	100,0	100,0	
	Coordinateur administratif	Non	16	88,9	88,9	88,9
		Oui	2	11,1	11,1	100,0
		Total	18	100,0	100,0	

L'accessibilité du protocole AVK dans le dossier patient concernent, **100 % des médecins généraliste, 83,3 % des IDE**, 61,1 % des secrétaires médicales, 11,1 % des coordinateurs administratifs, 5,6 % des pharmaciens, et sont concernés par l'accessibilité du protocole AVK dans le dossier patient. Aucun biologistes, dentistes, cardiologues, rhumatologues, chirurgiens, sages-femmes et kinésithérapeutes ne sont concernés par cette accessibilité.

Tableau 12. Tableau utilisation du dossier médical partagé

		Fréquence	%	% valide	% cumulé
DMP utilisé dans le cadre du protocole ?	Non	17	94,4	94,4	94,4
	Oui	1	5,6	5,6	100,0
	Total	18	100,0	100,0	

94,4 % des MSP n'utilisent pas le Dossier Médical Partagé (DMP) dans le cadre du protocole AVK. Seule 1 MSP, soit 5,6 % des MSP utilise le DMP.

3. Troisième partie : Contenu du protocole AVK

Tableau 13. Tableau critères d'inclusions

		Fréquence	%	% valide	% cumulé
Critères d'inclusion ?	Non	3	16,7	16,7	16,7
	Oui	15	83,3	83,3	100,0
	Total	18	100,0	100,0	

Les critères d'inclusions ont été définis par les différentes MSP à la hauteur de 83,3 % et 16,7 % n'ont pas définis de critères d'inclusions.

Les critères d'inclusions se résument à un seul critère, définis par les 83,3 % des MSP :

Être sous AVK

Tableau 14. Tableau utilisation d'outil de suivi patient

			Fréquence	%	% valide	% cumulé
	Outils de suivi patient ?	Non	9	50,0	50,0	50,0
		Oui	9	50,0	52,9	100,0
		Total	18	100,0	100,0	
Lesquels ?	Carnet d'information	Non	16	88,9	88,9	88,9
		Oui	2	11,1	11,1	100,0
		Total	18	100,0	100,0	
	Carnet INR	Non	11	61,1	61,1	61,1
		Oui	7	38,9	38,9	100,0
		Total	18	100,0	100,0	
	Fiche alimentaire	Non	17	94,4	94,4	94,4
		Oui	1	5,6	5,6	100,0
		Total	18	100,0	100,0	
	Fiche IDE patient	Non	13	72,2	72,2	72,2
		Oui	5	27,8	27,8	100,0
		Total	18	100,0	100,0	
	Automesure d'INR patient	Non	18	100,0	100,0	100,0
		Oui				
		Total				

50 % des MSP utilisent des outils pour le suivi des patients. Parmi ces outils, 38,9 % utilisent le carnet INR, 27,8 % utilisent une fiche IDE patient, 11,1 % utilisent le carnet d'information, 5,6 % utilisent une fiche alimentaire et l'automesure d'INR par le patient n'est pas utilisé.

Tableau 15. Tableau intégration de l'éducation thérapeutique patient dans le protocole

			Fréquence	%	% valide	% cumulé
	ETP intégré ?	Non	16	88,9	88,9	88,9
		Oui	2	11,1	11,1	100,0
		Total	18	100,0	100,0	
Quels professionnels ?	Professionnel de la structure	Non	16	88,9	88,9	88,9
		Oui	2	11,1	11,1	100,0
		Total	18	100,0	100,0	
	Professionnel extérieur de la structure	Non	18	100,0	100,0	100,0
		Oui				
		Total				
Quelle manière ?	Séance collective	Non	18	100,0	100,0	100,0
		Oui				
		Total				
	Séance individuelle	Non	16	88,9	88,9	88,9
		Oui	2	11,1	11,1	100,0
		Total	18	100,0	100,0	
	Mixte	Non	18	100,0	100,0	100,0
		Oui				
		Total				

L'éducation thérapeutique du patient (ETP) est utilisée par 11,1 % des MSP, 11,1 % de l'ETP est réalisé par un professionnel de la structure, aucune ETP n'est réalisée par un professionnel extérieure à la structure, cet ETP est réalisé en séance individuelle pour 11,1 % de ces MSP.

Tableau 16. Tableau lien ville-hôpital et procédures associées

		Fréquence	%	% valide	% cumulé
Lien ville-hôpital ?	Non	18	100,0	100,0	100,0
	Oui				
	Total				
Processus d'hospitalisation ?	Non	17	94,4	100,0	100,0
	Oui				
	Total				
Procédure d'adaptation de posologie ?	Non	8	44,4	44,4	44,4
	Oui	10	55,6	55,6	100,0
	Total	18	100,0	100,0	
Procédure en vue d'acte chirurgical ?	Non	12	66,7	66,7	66,7
	Oui	6	33,3	33,3	100,0
	Total	18	100,0	100,0	
Procédure d'administration vitamine K ?	Non	3	16,7	16,7	16,7
	Oui	15	83,3	83,3	100,0
	Total	18	100,0	100,0	

Il n'existe aucun lien ville-hôpital au sein du protocole AVK, ni de processus d'hospitalisation, 55,6 % des MSP utilisent une procédure d'adaptation de posologie, 33,3 % utilisent une procédure en vue d'un acte chirurgical et finalement, une procédure d'administration de vitamine K est présente chez 83,3 % des MSP

Tableau 17. Tableau INR avec lieu d'indication de l'INR de référence

			Fréquence	%	% valide	% cumulé
Où est-il indiqué ?	INR de référence définit	Non	2	11,1	11,1	11,1
		Oui	16	88,9	88,9	100,0
		Total	18	100,0	100,0	
	Dossier patient	Non	2	11,1	12,5	12,5
		Oui	14	77,8	87,5	100,0
		Total	16	88,9	100,0	
	Bilan sanguin	Non	9	50,0	56,3	56,3
		Oui	7	38,9	43,8	100,0
		Total	16	88,9	100,0	
	Ordonnance médicament	Non	14	77,8	93,3	93,3
		Oui	1	5,6	6,7	100,0
		Total	15	83,3	100,0	
	Ordonnance IDE pour dosage INR	Non	6	33,3	37,5	37,5
		Oui	10	55,6	62,5	100,0
		Total	16	88,9	100,0	
	DMP	Non	16	88,9	100,0	100,0
		Oui				
		Total				
	Autres	Non	14	77,8	87,5	87,5
		Oui	2	11,1	12,5	100,0
		Total	16	88,9	100,0	

Un INR de référence est définit pour 88,9 % des interrogés. Il est indiqué à **77,8 % dans le dossier patient**, à 55,6 % sur l'ordonnance IDE pour le dosage de l'INR, à 38,9 % sur le bilan sanguin, et à 5,6 % sur l'ordonnance de médicaments. **Il n'est pas indiqué dans le DMP** et est indiqué pour 11,1 % sous une « autres » formes sans précision.

Tableau 18. Tableau fréquence de réalisation de l'INR

		Fréquence	%	% valide	% cumulé
Fréquence de suivi INR	Non	3	16,7	17,6	17,6
	Oui	14	77,8	82,4	100,0
	Total	17	94,4	100,0	

Une fréquence de suivi des INR est définie pour 77,8 % des MSP. La valeur de fréquence est en général de 1 mois.

Tableau 19. Tableau de traçabilité des événements indésirables

		Fréquence	%	% valide	% cumulé
Traçabilité événements indésirables ?	Non	6	33,3	33,3	33,3
	Oui	12	66,7	66,7	100,0
	Total	18	100,0	100,0	

Une traçabilité des événements indésirables est utilisée par 66,7 % des MSP au total.

4. Quatrième partie : évaluation de ce protocole

Tableau 20. Tableau évaluation du protocole et mise à jour

		Fréquence	%	% valide	% cumulé
Evaluation du protocole ?	Non	14	77,8	77,8	77,8
	Oui	4	22,2	22,2	100,0
	Total	18	100,0	100,0	

		Fréquence	%	% valide	% cumulé
Protocole mis à jour ?	Non	11	61,1	61,1	61,1
	Oui	7	38,9	38,9	100,0
	Total	18	100,0	100,0	

77,8 % des MSP n'ont pas effectué d'évaluation de ce protocole AVK.

61,1 % des MSP n'ont pas mis à jour le protocole AVK.

5. Cinquième partie : Ressenti de la mise en place du protocole AVK (protocole validé par l'ARS)

Tableau 21. Tableau du ressenti des MSP

		Fréquence	%	% valide	% cumulé
Ressenti de l'élaboration ?	Très facile	0	0	0	0
	Facile	2	11,1	11,1	11,1
	Ni facile/ Ni difficile	10	55,6	55,6	66,7
	Difficile	5	27,8	27,8	94,4
	Très difficile	1	5,6	5,6	100,0
Ressenti de la validation ?	Très facile	2	11,1	11,8	11,8
	Facile	2	11,1	11,8	23,5
	Ni facile/ NI difficile	6	33,3	35,3	58,8
	Difficile	5	27,8	29,4	88,2
	Très difficile	2	11,1	11,8	100,0
Ressenti de l'évaluation ?	Très facile	0	0	0	0
	Facile	1	5,6	5,9	5,9
	Ni facile/ Ni difficile	4	22,2	23,5	29,4
	Difficile	10	55,6	58,8	88,2
	Très difficile	2	11,1	11,8	100,0
Ressenti des liens entre professionnels renforcés ?	D'accord	3	16,7	16,7	16,7
	Plutôt d'accord	9	50,0	50,0	66,7
	Ni d'accord/Ni pas d'accord	5	27,8	27,8	94,4
	Plutôt pas d'accord	1	5,6	5,6	100,0
	Pas d'accord	0	0	0	100,0
Ressenti de l'amélioration prise en charge du patient ?	D'accord	9	50,0	50,0	50,0
	Plutôt d'accord	6	33,3	33,3	83,3
	Ni d'accord/Ni pas d'accord	1	5,6	5,6	88,9
	Plutôt pas d'accord	0	0	0	88,9
	Pas d'accord	2	11,1	11,1	100,0

55,6 % des MSP ont ressenti l'élaboration ni facile/ni difficile. La validation de ce protocole a été ressentie comme par 33,3 % des MSP ni facile/ni difficile et difficile par 27,8 % d'entre-elles. **L'évaluation de ce protocole a été ressentie comme difficile et très difficile par 70,6 % des MSP.** La moitié des MSP sont plutôt d'accord sur le renforcement des liens entre les professionnels de santé. Finalement, 83,3 % des MSP sont d'accord ou plutôt d'accord pour dire que ce protocole améliore la qualité de prise en charge des patients.

D. Discussion

1. Limites de l'études

a) MSP

Lorsque nous reprenons l'ensemble des MSP, nous nous rendons compte rapidement que le nombre de MSP à inclure est faible par rapport au nombre de MSP total présentes sur la région Grand Est. En effet sur la centaine de MSP présentes actuellement sur le territoire, nous avons un potentiel d'études de 38 MSP répondantes aux critères d'inclusion sur le papier, à savoir la base de données et après non-inclusion de certaines MSP, nous avons un taux de réponse de 51%, (18/35).

Bon nombre de MSP n'ont pas répondu malgré les nombreuses relances téléphoniques et par voie électronique.

Néanmoins la répartition géographique était cohérente et représentative de la région Grand Est, alliant les MSP urbaines ainsi que les MSP présentes sur un territoire rural, chaque territoire ayant une spécificité propre dans le mode d'exercice ainsi que l'application d'un tel protocole.

b) Questionnaire

L'élaboration du questionnaire s'est déroulée sur un mois, il a été testé à l'aide de différents protagonistes, non nécessairement sur le territoire, possédant un protocole AVK au sein d'une MSP. Le nombre de questions a été considérablement réduit, initialement nous voulions élargir afin de prendre en compte les différentes dimensions de l'élaboration, la validation ainsi que l'application de ce protocole AVK. Cependant devant le nombre de questions et le temps mis pour remplir un tel questionnaire, il a été décidé de réduire le champ des questions. Dans un premier temps afin de recentrer les questions sur les sujets nécessaires à la description du protocole et dans un second temps pour réduire le temps de réponse des MSP incluses via leurs leaders respectifs. C'est ainsi que nous avons choisi un format ludique (Google Form), des réponses courtes se cantonnant à un chiffre ou une date, des questions à choix uniques ou choix multiples en fonction des variables étudiées. Le choix de diffuser ce questionnaire par courriel s'est fait sur le postulat suivant ; chaque MSP possède l'outil informatique, à l'ère numérique les leaders de MSP sont capables de remplir un tel questionnaire par voie dématérialisée.

Le temps prévu pour remplir le questionnaire était de 15 min, ce temps émane des différents essais réalisés. Dans les faits bons nombres de MSP nous ont fait remarquer que le questionnaire était trop long, avec des éléments non nécessairement évidents à retrouver afin de répondre à toutes les questions de manière juste.

c) Réponses manquantes

Une difficulté rencontrée lors de l'analyse des résultats étaient le nombre de manquants dans les réponses, rendant la tâche analytique difficile pour ces questions, ainsi, sur les 39 questions posées 31 réponses étaient exploitables pour l'analyse de résultats. Ces questions analysées nous permettent de décrire le protocole ainsi de mettre en exergue les tenants et aboutissant de l'élaboration, la validation ainsi que de l'application de ce protocole AVK.

Certains champs d'études n'ont pu être analysé, cela reposait soit par des réponses incomplètes, soit par l'absence de réponses. Nous pouvons citer le délai de mise en place de ce protocole et l'intégration au dossier médicale (Q15 ter) le nombre de patients inclus dans le protocole (Q18), les raisons de la sortie du protocole (Q20), la présence ou non d'entretiens pharmaceutiques (Q23), la présence ou non de RCP pour les patients inclus (Q24), l'accès à un avis spécialisé dans le cadre du protocole (Q25), le nombre d'hospitalisation chez les patients AVK pour surdosage (Q27) et le nombre de mise à jour du protocole (Q34 bis).

d) Raisons évoquées pour la non -réponse

Les principales raisons évoqués chez les non-répondants étaient :

- Manque de temps
- Questionnaire trop long
- Restructuration de la MSP

2. Points forts

L'interprétation des résultats nous apprend que l'idée de réalisation de ce protocole émane d'un professionnel de la structure pour la structure, l'ARS n'intervient pas dans l'idée de création de protocole, dans de rare cas un coordinateur extérieur à la structure propose de tel protocole.

Les références utilisées pour l'élaboration du protocole viennent de la HAS de manière prioritaire, cette dernière a mis en ligne des référentiels pour aider les structures à élaborer les protocoles, ainsi ces référentiels fonctionnent, les MSP utilisent également des protocoles déjà existants, peuvent le remodeler pour l'appliquer sur le territoire, peu de MSP utilisent l'EBM ainsi que les référentiels de l'ARS

Les MSP ne reçoivent pas d'aide pour la construction du protocole, cela témoigne d'une autonomie des MSP à élaborer ainsi qu'à appliquer ce protocole.

L'élaboration, l'interaction dans le protocole ainsi que l'accès au dossier informatisé s'articulent sur un duo que l'on retrouve chez nos voisins européens et chez les américains, à savoir la paire médecin généraliste et IDE. Le secrétariat médical prend sa place dans l'interaction protocolaire ainsi que la rémunération de chaque professionnel. Les autres professions ont peu de place dans l'élaboration ainsi que dans l'interaction du protocole, nous pouvons citer, les dentistes, les pharmaciens, les biologistes, les chirurgiens ainsi que les coordonnateurs administratifs.

La validation du protocole par l'ARS est effective pour la plupart des cas dès la première présentation du dossier, si elle ne l'est pas la première fois, après correction apportée, elle est validée lors de la deuxième présentation.

L'intégration du protocole au dossier médical informatisé n'est pas majoritaire et le dossier médical partagé n'est pas utilisé dans le cadre du protocole.

Le critère d'inclusion principale pour l'intégration de patient au protocole est d'être sous AVK.

Les MSP utilisent des outils de suivi pour la moitié d'entre elles (8). Les outils utilisés sont représentés par le carnet d'INR, une fiche de suivi IDE ainsi qu'une fiche alimentaire.

Les MSP n'utilisent pas d'entretiens thérapeutiques patients, les deux seules MSP intégrant l'ETP pour les patients, le font avec un professionnel de la structure en séance individuelle.

Pour l'ensemble des MSP, le protocole ne prévoit pas de lien ville-hôpital, ni de processus d'hospitalisation.

Dans le protocole, une procédure d'adaptation de posologie simplement par l'IDE est plébiscité par une faible majorité, la délégation de tâche gagne du terrain. Une procédure en vue d'un acte chirurgical ne fait pas l'unanimité, néanmoins nous pouvons critiquer cette question dans le sens que le relais AVK, héparine se réalise par le simple d'arrêt la prescription dans un premier temps et de relayer par une héparine dans un second temps directement après l'arrêt de l'AVK, cependant l'inverse est plus fastidieux avec un chevauchement des prescriptions en attendant un INR dans la cible par deux fois. Finalement la procédure d'administration de vitamine K dans le cadre d'un INR trop élevé est plébiscitée par une majorité de MSP, suivant ainsi les recommandations HAS claires sur ce sujet (9).

Concernant l'INR cible, propre à chaque patient et chaque pathologie est clairement référencé pour la plupart des MSP. Il trouve sa place par ordre de préférence, dans le dossier patient, l'ordonnance IDE, le bilan sanguin et l'ordonnance médicale.

La fréquence des INR sont clairement défini également, l'intervalle entre deux INR le plus utilisé est de 30 jours, soit un mois.

La plupart des MSP intègrent une traçabilité d'évènement indésirables dans le protocole.

Concernant l'évaluation de ce protocole AVK, pour la majorité des MSP, aucune évaluation n'a été portée au protocole, néanmoins pour quelques MSP, le protocole a été mis à jour.

Les ressentis sur l'élaboration, la validation, la réalisation d'une évaluation, le liens entre professionnels de santé ainsi que l'amélioration de la prise en patient reflètent une tendance nette, ainsi :

- **Elaboration** : ni facile, ni difficile
- **Validation** : ni facile, ni difficile, avec une tendance non négligeable à difficile
- **Réalisation d'une évaluation** : difficile
- **Les liens entre professionnels renforcés** : Plutôt d'accord
- **L'amélioration de la prise en charge des patients** : D'accord.

Au vu de ces résultats, les MSP restent mitigés pour l'élaboration ainsi que la validation du protocole, une évaluation de ce protocole restent compliqué pour une majorité de MSP, néanmoins, ce protocole permet de renforcer les liens entre professionnels de santé et surtout d'améliorer la prise en charge des patients. Ce dernier point est l'élément clé de ce protocole, ce dernier a pour objectif principal d'améliorer cette prise en charge.

3. Points faibles

Cette étude a de nombreux points faibles, tout d'abord par le recrutement, un faible nombre de MSP éligibles pour un faible taux de réponses. L'objectif initial était un recrutement de 50%, atteint certes, mais nous voyons dans l'analyse des résultats qu'un recrutement plus fort aurait peut-être dégagé d'autres tendances et renforcer les tendances actuelles.

Le questionnaire était trop long pour les uns ou trop fastidieux pour les autres. Ces remarques viennent peut-être du design du questionnaire, la version informatique n'était peut-être pas la meilleure voie, une distribution courrier avec un retour de questionnaire à analyser aurait peut-être contribuer à augmenter le taux de recrutement. Nous doutons de cette affirmation dans le sens que le papiers auraient pu se perdre dans l'administratif des MSP, néanmoins, peut-être ouvrir cette possibilité aux MSP désirant remplir ce types de questionnaire en version papier. Avec deux versants de diffusion, nous aurions pu toucher d'autres MSP. Une autre réflexion porte sur la possibilité de réaliser un entretien téléphonique avec les

protagonistes afin de guider l'interlocuteur pour le remplissage du questionnaire et répondre aux questions éventuelles. Cet entretien aurait pu également se faire sur place, au plus près de la réalité de terrain.

Le nombre de manquants est un handicap à l'analyse des résultats, certaines dimensions n'ont pu être analysées correctement, de plus le faible nombre de réponses crée une diminution de la puissance de l'étude.

4. Perspectives

Cette étude pose les bases pour la réalisation d'autres travaux visant à décrire les autres protocoles présent au niveau national. Ceux-ci possèdent pour la plupart de recommandation claire émanant de la HAS ou de l'EBM. Après quelques travaux de thèses, nous aurons un panel d'informations que nous pourrons synthétiser et mettre sur papier afin de créer une base de données ou encore rédiger des recommandations pour les différents protocoles.

Ce travail a pour but de décrire le protocole AVK au sein de la région Grand Est qui allie territoire urbain ainsi que territoire rural. Il permettra de réaliser une fiche méthodologique afin d'harmoniser les pratiques sur un vaste territoire. Les autres MSP pourront s'appuyer sur cet article afin de réaliser un protocole en reprenant les éléments décrits et les tendances qui se dégagent des résultats.

E. Conclusion

1. Description du protocole

Pour la description du protocole, nous allons détailler un protocole type. En reprenant les éléments décrits et analysés, ce protocole AVK émane pour la plupart des création des MSP, elles-mêmes, sans aide extérieure, que ça soit de l'ARS ou encore d'intervenant extérieur, type coordinateur extérieur. Il s'articule autour d'une collaboration étroite entre médecine généraliste et infirmière diplômée d'état, les autres acteurs interviennent que très peu, qu'ils soient dentistes, biologistes ou encore pharmaciens, voire pas du tout pour les cardiologues, rhumatologues, chirurgiens, sages-femmes et kinésithérapeute. Néanmoins l'interaction des professionnels de santé dans le protocole sont plus nombreuses. En effet, les médecins généralistes et IDE sont en premières lignes dans cette interaction, nous retrouvons également les secrétaires médicales, très impliquées dans ce protocoles ainsi que les pharmaciens et biologistes à plus petite échelle.

Chaque MSP intègre la notion de critère d'inclusion dans le protocole, à savoir, une indication pour la patient d'être sous AVK. Nous avons également la présence d'outils de suivi patients pour une majorité de MSP, avec une fiche IDE, fiche alimentaire, un carnet d'INR. La fréquence des INR est calibrée avec une valeur qui revient pour la plupart des MSP à 1 mois, bien sûr cette période théorique est changée lors des modifications de dose ou lors des événements intercurrents. Ainsi lorsque les patients sont stables d'un point de vue thérapeutique, les INR interviennent tous les mois. De plus les protocoles AVK appliqués intègrent une traçabilité des événements indésirables (thromboses, hémorragies, INR trop élevés ou encore trop bas). Cependant le protocole type ne voit pas de lien ville-hôpital, ni de processus d'hospitalisations le cas échéant.

2. Tenants et aboutissants de l'élaboration, la validation et l'application du protocole AVK

Concernant les tenants et les aboutissants de ce protocole. Si on reprend les variables analysés, l'élaboration de ce protocole ne mentionne l'aide d'aucune entité extérieure de la MSP, les professionnels se réunissent et statuent sur le protocole désiré. Son élaboration est en grande partie aidée par des références externes, notamment la HAS qui a mis en ligne des recommandations ainsi que des pistes afin d'élaborer au mieux ce protocole. Les MSP se réfèrent également à des protocoles préexistants au sein d'autres structures.

La validation est pour la plupart des MSP ni facile, ni difficile, néanmoins lors du recueil des données, nous voyons que certaines MSP se sont repris à deux fois pour valider ce protocole.

L'application de ce protocole au sein des différents territoires se fait a priori sans difficulté. Certaines modalités de suivi patients ont été intégrées à ce protocole, néanmoins les ETP et entretiens ne figurent pas dans les priorités de ce protocole. Le protocole est intégré au dossier patient informatisé facilement dès sa mise en place avec une interaction avec les acteurs des MSP, le médecin généraliste, l'infirmière et la secrétaire, réalisant le trio de coopération. La délégation de tâche au sein du protocole n'est pas encore complètement étendue. L'infirmière n'a pas le droit de changer la posologie des AVK dans toutes les MSP, même si cela a une tendance à s'étendre.

Le protocole AVK possède, pour la moitié des MSP interrogées des outils de suivis patient. Le carnet de suivi INR est le plus utilisé, simple d'utilisation pour le patient, il permet au professionnel de santé de savoir si le traitement par AVK est optimal. La fiche IDE infirmière est également utilisée, permettant à l'IDE de savoir où en est le patient avec le traitement et ainsi agir sur les posologies directement dans le cadre de la délégation de tâches.

Pour beaucoup de MSP, une mise à jour depuis le lancement et l'application du protocole est compliquée à mettre en œuvre. L'évaluation de ce protocole au sein des MSP s'avère compliquée pour bon nombre d'entre elles. Ainsi, il est difficile de quantifier l'impact réel de ce protocole sur les pratiques ainsi que sur l'amélioration de la prise en charge du patient. Néanmoins, point positif, le ressenti est plutôt en faveur d'une amélioration de cette prise en charge.

F. Bibliographie de l'article

1. Nartz P. Etat des lieux des Réunions de Concertation Pluriprofessionnelles [Thèse d'exercice]. Nancy, France : Université de Lorraine 2017
2. Marchal S. La matrice de maturité en soins primaires : Etat des lieux des maisons de santé pluriprofessionnelles en Lorraine [Thèse d'exercice]. Nancy, France : Université de Lorraine; 2018
3. Didelot A. Maisons de santé pluriprofessionnelles du Grand Est : Quelles différences la matrice de maturité révèle-t-elle entre celles adhérentes ou non au règlement arbitral ? Etude comparative transversale. [Thèse d'exercice]. Nancy, France : Université de Lorraine; 2018
4. Pinsard Morgan 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 » [Thèse d'exercice]. Nantes, France : Université de Nantes ; 2018
5. Davisson EA, Swanson EA. Patient and Nurse Experiences in a Rural Chronic Disease Management Program : A Qualitative Evaluation. Prof Case Manag. févr 2018;23(1):10-8.
6. Croharé CP-V. Élaboration et évaluation d'un protocole de coopération pluriprofessionnel visant à améliorer la prise en charge des patients sous AVK dans un territoire donné. :112.
7. Vous et votre traitement anticoagulant par AVK [Internet]. [cité 21 févr 2019]. Disponible sur:https://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/08415377cc531f333b3791c50ac722c6.pdf
8. HAS. Recommandations professionnelles : 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.pdf [Internet]. [cité 30 nov 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2008-09/surdosage_en_avk_situations_a_risque_et_accidents_hemorragiques_-_synthese_des_recommandations_v2.pdf
9. Davisson EA, Swanson EA. Patient and Nurse Experiences in a Rural Chronic Disease Management Program : A Qualitative Evaluation. Prof Case Manag. févr 2018;23(1):10-8.
10. HAS. Guide pratique d'élaboration : Protocoles pluriprofessionnels des soins de premier recours : exemple gestion quotidienne des AVK.pdf [Internet]. [cité 1 déc 2018]. Disponible sur :https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-03/ppspr_exemple_avk.pdf?fbclid=IwAR12cX7Bn7B5UxKHWUM9im358xji-uTbETEsWBv2c60JTlyE7us4BMdedAw

III. CONCLUSION

La volonté des pouvoirs public en matière de santé a permis à différentes entités de voir le jour, initialement les MSP, qui existe depuis 2007 inscrit dans le code de santé publique. Le nombre grandissant de MSP, permet un maillage plus important du territoire, aspect inéluctable de la société actuelle. Une stratégie de santé publique axée sur le patient, en améliorant sa prise en charge, l'accroissement du temps de vie, une population âgée avec des pathologies chroniques parfois intriquées, puis le mode de vie des nouveaux et jeunes soignants aspirant à une vie privée plus épanouie avec un temps libre majorée.

Antérieurement il y avait déjà des regroupements de professionnels sous forme de société civile de moyen, qui existe toujours à l'heure actuelle. Les moyens sont regroupés que ce soit entre médecins ou professions de santé différentes. Ces regroupements permettent une coopération entre professionnels de santé. Cette méthode de travail permet de maintenir une continuité des soins au sein des regroupements, avec un partage des informations de manière informelle entre médecins et IDE.

La mise en place des MSP ont permis de mettre en place une coopération plus serrée entre professionnels de santé autour de la prise en charge du patient. Cette coopération a vu le jour déjà bien en amont de la création de maison de santé, avec un travail de recueil et de la rédaction de rapport sur la coopération entre professionnels réalisé dans les années 2000. La délégation de tâche interviendra plus tard, avec une initiation dans les milieux hospitaliers puis un décalage de l'action sur le versant ambulatoire. Cette délégation est le fruit d'expérimentation en amont de la généralisation sur le territoire français.

L'organisation de l'offre de soin de cette manière, a permis de dégager du temps pour les équipes afin de réfléchir au mieux à la préoccupation des patients en matière de santé. La naissance des protocoles, critère majeur de l'ACI, servant à mieux prendre en charge la patientèle compte tenu de l'allongement de l'espérance de vie, la croissance des pathologies chroniques calquées sur cette augmentation du temps de vie ainsi qu'une meilleure efficience de l'offre de soins. Ces protocoles ont permis de réduire les interrogations des professionnels sur la prise en charge de ces patients. Ainsi l'IDE n'est plus obligée de passer par le médecin généraliste pour changer une posologie de médicament. L'information reste néanmoins primordiale afin de ne pas faire n'importe quoi, d'un côté comme de l'autre.

Les MSP gèrent parfaitement leur coopération propre sans aide extérieure, elles permettent à la population d'être mieux prise en charge dans un territoire donné. A plus large échelle, les MSP sont le ciment pour la création d'équipe de soins primaires, qui elles-mêmes s'inclue dans les nouvelles CPTS. Néanmoins, nous voyons une hétérogénéité d'application de ce protocole malgré un ressenti positif sur la prise en charge des patients.

Dans un futur plus ou moins proche, une harmonisation d'application des protocoles est nécessaire afin d'assurer une prise en charge homogène des problèmes de santé de la population. Cette harmonisation peut intervenir dans un premier lieu à l'échelle locale, un département, une région et plus encore si le modèle utilisé permet une amélioration concrète et réelle des pratiques. Cette harmonisation prend déjà son essence dans les recommandations que la HAS a publié.

L'étude a montré que ces protocoles sont essentiellement imprégnés de cette autorité lors de leur élaboration. De plus ces protocoles, pour la plupart prennent également leurs sources au sein d'autres protocoles déjà édités et mise en place dans différentes structures. Cela participe aussi à l'harmonisation des pratiques. La rédaction d'un protocole type à diffuser au sein d'une région peut être intéressante afin de quantifier et d'évaluer l'impact de l'harmonisation sur un territoire donné. Tout en gardant une certaine souplesse permettant une adaptation à la fois au niveau de l'équipe et au niveau du territoire. Ce type de travail a déjà été réalisé à Paris 13^{ème} et a fait l'objet d'une thèse (41).

IV. RETOUR D'EXPERIENCE PERSONNELLE

Ce travail de thèse couronne un chemin semé d'embûches, à commencer par la première année des études médicales, qui continue sur les années assis sur les bancs de la faculté avant de pouvoir appliquer nos connaissances au lit des patients. Arrivé à l'internat, nous arrivons à une période difficile avec des horaires qui dépassent largement le droit européen, néanmoins, moi et mes collègues sommes emplis de bonne volonté pour réaliser notre métier. Un travail passionnant qui nous anime dans la vie de tous les jours, malgré les souffrances, la maladie, la mort parfois. Nous devenons médecin à chaque prise en charge grâce à nos maîtres de stage, nos seniors qui nous apprennent avec détermination la médecine humaine. En humain je parle du lien qui nous unit aux patients, qui avec la discussion, les interrogations nous permettent de soulager leurs maux. Arrivée dans leurs vies, ce ne sont plus des questions à choix multiples mais d'authentique événement de vie qu'il faut régler avec eux.

A de maintes reprises l'homme se remet en cause, la population médicale n'est pas vaccinée contre ces réflexions. A titre personnel, bien des fois, je me suis interrogé sur mon métier, l'existence d'une motivation pour continuer à me battre pour ces patients. Malgré l'arrêt des études pendant deux ans durant mon parcours, cette interlude m'a permis de m'interroger sur le bien-fondé d'un tel dessein. Tous le monde ne peut devenir médecin, que ce soit d'un point de vue intellectuel ou social. J'ai eu la chance de pouvoir réaliser ces études, certes longues, mais la société dans laquelle nous vivons nous permet d'avoir une vie aisée, un métier passionnant et un statut social digne de ce nom. En campagne, le médecin reste une figure de la société respectée.

Pour rediscuter du travail de thèse, un passage obligé pour tous les médecins de France et de Navarre pour enfin réaliser notre beau métier. Pouvoir exister aux yeux de la société, des sociétés savantes, des autorités. Un travail intéressant, qui m'a permis de partager avec différents praticiens sur le territoire, un travail bien épaulé par mon directeur et co-directeur de thèse. Travail qui m'a permis de réaliser cette thèse.

Cette réalisation conclut le parcours d'étudiant en médecine.

V. BIBLIOGRAPHIE

1. Berland Y. Mission démographie médicale hospitalière. Paris : La Documentation française; 2002.
2. Berland Y. Coopération des professions de santé : le transfert des tâches et des compétences. Paris : ministère de la Santé; 2003.
3. Etats généraux de l'organisation de la santé (EGOS) Synthèse des travaux des 2 journées nationales (8 février et 9 avril 2008) [Internet]. [cité 26 avr 2020]. Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/synthese_egos.pdf
4. HAS : bilan_cooperation_ps_vd.pdf [Internet]. [cité 26 avr 2020]. Disponible sur : <https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019>
5. Arrêté du 21 août 2019 portant approbation de l'accord conventionnel interprofessionnel en faveur du développement de l'exercice coordonné et du déploiement des communautés professionnelles territoriales de santé signé le 20 juin 2019.
6. Accord conventionnel interprofessionnel relatif aux structures de santé pluri-professionnelles [Internet]. [cité 3 mai 2020]. Disponible sur: https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/400408/document/texte_signe_vf.pdf
7. Arrêté du 28 mars 2012 modifiant l'arrêté du 31 décembre 2009 relatif à la procédure applicable aux protocoles de coopération entre professionnels de santé.
8. Dadena E. et Sader M. Protocole de coopération ASALEE entre médecins généralistes et infirmiers en Midi-Pyrénées : le point de vue des patients. [Thèse d'exercice] Toulouse, France
9. LOI n° 2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008. 2007-1786 déc 19, 2007
10. 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. 2009-879 juill 21, 2009.
11. LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. 2016-41 janv 26, 2016.
12. Arrêté du 30 mars 2006 modifiant et complétant l'arrêté du 13 décembre 2004 relatif à la coopération entre professionnels de santé.
13. Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.
14. Code de la santé publique - Article 4011-1. Code de la santé publique
15. Code de la santé publique - Article 4011-2. Code de la santé publique
16. Code de la santé publique - Article 4011-3. Code de la santé publique
17. Code de la santé publique - Article 4011-4. Code de la santé publique
18. Code de la sécurité sociale - Article 162-31-1 Code de la sécurité sociale
19. Code de la santé publique - Article 6323-3. Code de la santé publique
20. Code de la santé publique - Article 1411-11. Code de la santé publique
21. Code de la santé publique - Article 1411-12. Code de la santé publique
22. Code de la santé publique - Article 1434-2. Code de la santé publique
23. HAS : Délégation, transfert, nouveaux métiers... Comment favoriser les formes nouvelles de coopération entre professionnels de santé [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 26 avr 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_497724/fr/delegation-transfert-nouveaux-metiers-comment-favoriser-les-formes-nouvelles-de-cooperation-entre-professionnels-de-sante

24. Soins primaires : vers une coopération entre médecins et infirmières. 2006 ;227. Ministère de l'emploi, du travail et de la cohésion sociale, Ministère des solidarités, de la santé et de la famille
25. Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé AVK [Internet]. [cité 21 févr 2019]. Disponible sur: https://www.ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/5520feaf26fd4213a492d140bbeb448.pdf
26. HAS : Protocoles pluridisciplinaires de soins de santé primaire en maisons de santé, pôles de santé et centres de santé AVK : Gestion quotidiennes argumentaire [Internet]. [cité 1 mars2019]. Disponible sur :https://www.fnccs.org/sites/default/files/pdf/AVK_Argumentaire.pdf
27. HAS : Coopération entre professionnels de santé Guide méthodologique -Tome 1 Conditions de succès et retour sur les expérimentations de 2004 à 2007 [Internet]. [juillet 2010]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2010-09/guide_methodo_tome1_21072010_2010-09-03_14-07-15_44.pdf
28. HAS : Coopération entre professionnels de santé Guide méthodologique tome 2 Élaboration d'un protocole de coopération Article 51 de la loi HPST [Internet]. [cité 26 avr 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2010-09/guide_methodo_tome2_21072010_2010-09-03_13-59-2_321.pdf
29. HAS : Protocoles pluriprofessionnels des soins de premières recours (PPSR) Etapes d'élaboration [Internet]. [cité 26 avr 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-03/ppspr_guide_etapes_elaboration.pdf
30. ARS Grand Est (MSPU) [Internet]. [cité 23 avr 2020]. Disponible sur: <http://www.grand-est.ars.sante.fr/labellisation-de-4-maisons-de-sante-pluriprofessionnelles-universitaires-en-grand-est-mspu>
31. Ginon A-S. Les coopérations entre professionnels de santé.
32. ANSM : Mise au point sur le bon usage des médicaments antivitaminaires K [Internet]. [cité 9 févr 2020]. Disponible sur : https://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/5e41e9188c8a23330bc0f0461821d691.pdf
33. Traitement par antivitaminaires K (AVK): nouvelles informations - Lettre aux professionnels de santé - ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé [Internet]. [cité 26 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.ansm.sante.fr/S-informer/Informations-de-securite-Lettres-aux-professionnels-de-sante/Traitement-par-antivitaminaires-K-AVK-nouvelles-informations-Lettre-aux-professionnels-de-sante>
34. HAS. Guide pratique d'élaboration : Protocoles pluriprofessionnels des soins de premier recours : exemple gestion quotidienne des AVK.pdf [Internet]. [cité 1 déc 2018]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-03/ppspr_exemple_avk.pdf?fbclid=IwAR12cX7Bn7B5UxKHWUM9im358xji-uTbETEsWBv2c60JTlyE7us4BMdedAw
35. Pernod G, Godier A, Gozalo C, Blanchard P, Sié P. Prise en charge des surdosages en antivitaminaires K, des situations à risque hémorragique et des accidents hémorragiques chez les patients traités par antivitaminaires K en ville et en milieu hospitalier. Journal des Maladies Vasculaires. sept 2008;33:S70-1.
36. HAS : Coopération entre professionnels de santé Mode d'emploi [Internet]. [cité 27 mai 2019]. Disponible sur:https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-03/protocole_de_cooperation_-_mode_d_emploi.pdf

37. HAS : Protocole de cooperation fiche technique [Internet]. [cité 3 févr 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-02/protocole_de_cooperation_fiche_technique_2013_01_31.pdf
38. ARS : COOP-PS [Internet]. [cité 26 avr 2020]. Disponible sur : <https://coopps.ars.sante.fr/coopps/init/index.jsp>
39. HAS : Protocole de coopération entre professionnels de santé [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 26 avr 2020]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/c_1240280/fr/protocole-de-cooperation-entre-professionnels-de-sante
40. IRDES : L'évaluation de la performance des maisons pôles et centres de santé dans le cadre des enmr [Internet]. [cité 6 mai 2020]. Disponible sur: <https://www.irdes.fr/recherche/rapports/559-l-evaluation-de-la-performance-des-maisons-poles-et-centres-de-sante-dans-le-cadre-des-enmr.pdf>
41. Croharé CP-V. Élaboration et évaluation d'un protocole de coopération pluriprofessionnel visant à améliorer la prise en charge des patients sous AVK dans un territoire donné. :112.

VI. ANNEXES

ANNEXE 1 : Questionnaire de thèse

Questionnaire protocole AVK : google form

Préambule :

Quel est votre nom ?

Quelle est la MSP dont vous dépendez ?

Dans quelle ville se situe la MSP ?

Partie I : Structuration MSP et financement :

1. Quel est le nombre de professionnels de santé actuel dans la structure ? Nombre
2. Quel est le nombre de professionnels actuel dans la SISA ? Nombre
3. Quel est le nombre actuel de protocoles validés par l'ARS ? Nombre
4. Combien avez-vous de protocole en cours de création ? Nombre
5. Etes-vous à l'ACI (Accord Conventionnel Interprofessionnel) ?
 - Oui
 - Non
6. Avez-vous une rémunération des professionnels de santé dans le cadre du protocole AVK ?
- 6 bis. Si oui : quels sont les profils professionnels concernés ?

- ☐ Médecin généraliste
- ☐ IDE
- ☐ Dentiste
- ☐ Kiné
- ☐ Pharmacien
- ☐ Biologiste
- ☐ Cardiologue
- ☐ Rhumatologue
- ☐ Chirurgien
- ☐ Sage-femme
- ☐ Secrétaire médicale
- ☐ Coordinateur administratif

Partie II : Méthodologie de la mise en place du protocole AVK et des objectifs

7. De quelle entité a émané l'idée d'élaboration du protocole ?

- ☐ Un Professionnel de la structure

- ☐ Un besoin de prise en charge d'un patient
- ☐ L'ARS
- ☐ Coordinateur extérieur
- ☐ Coordinateur intérieur

8. Quelles références ont été utilisées pour l'élaboration du protocole ?

- ☐ HAS
- ☐ EBM
- ☐ ARS
- ☐ Protocole déjà existant
- ☐ Aucune référence

9. Avez-vous été aidé dans la construction de ce protocole ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

9 bis. Si oui :

a. Personne extérieur à la structure :

- ☐ ARS
- ☐ Coordinateur administratif
- ☐ Autre

b. Personne de la structure :

- ☐ Coordinateur administratif
- ☐ Autre
- ☐ Aucune

10. Quelles professions ont participé à l'élaboration du protocole AVK ?

- ☐ Médecin généraliste
- ☐ IDE
- ☐ Dentiste
- ☐ Kiné
- ☐ Pharmacien
- ☐ Biologiste
- ☐ Cardiologue
- ☐ Rhumatologue
- ☐ Chirurgien
- ☐ Sage-femme
- ☐ Secrétaire médicale

☐ Coordinateur administratif

☐

11. Quelles professions interagissent dans le protocole ?

☐ Médecin généraliste

☐ IDE

☐ Dentiste

☐ Kiné

☐ Pharmacien

☐ Biologiste

☐ Cardiologue

☐ Rhumatologue

☐ Chirurgien

☐ Sage-femme

☐ Secrétaire médicale

☐ Coordinateur administratif

12. Quelle est la date de la première réunion concernant le protocole AVK ? Date

13. Quelle est la date de la validation du protocole AVK par l'ARS ? Date

14. L'ARS a-t-elle validé dès la première soumission le protocole ?

☐ Oui

☐ Non

14 bis. Si non, combien de soumission à l'ARS en vue de la validation ? Nombre

15. Le protocole est-il intégré au dossier médical informatisé ?

☐ Oui

☐ Non

15 bis. Si oui, ce protocole a-t-il été intégré dès sa mise en place ?

☐ Oui

☐ Non

15 ter. Si non, Quel est le délai entre la mise en place de ce protocole et l'intégration au dossier médical informatisé ? Nombre de mois

16. Chaque professionnel concerné par le protocole a-t-il accès au dossier informatisé du patient ?

☐ Médecin généraliste

☐ IDE

☐ Dentiste

☐ Kiné

☐ Pharmacien

☐ Biologiste

☐ Cardiologue

☐ Rhumatologue

- ☐ Chirurgien
- ☐ Sage-femme
- ☐ Secrétaire médicale
- ☐ Coordinateur administratif

17. Est-ce que le DMP est utilisé dans le cadre du protocole ? Oui Non

Partie III : Contenu du protocole AVK

18. Combien de patients sont-ils inclus dans le protocole ? Nombre

19. Avez-vous défini des critères d'inclusions pour ce protocole ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

19 bis. Si oui : décrire les critères d'inclusions

20. Est-ce que des patients sont sortis du protocole ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

20 bis. Si oui, combien ? Nombre :

20 ter. Pourquoi ?

- ☐ A la demande du patient
- ☐ A l'initiative du médecin
- ☐ A l'initiative d'une IDE
- ☐ A l'initiative du pharmacien
- ☐ A l'initiative d'un autre professionnel
- ☐ Décès
- ☐ Autre

21. Utilisez-vous des outils de suivi de patient au sein du protocole ? Oui Non

21 bis. Si oui lesquelles :

- ☐ Carnet d'information
- ☐ Carnet d'INR
- ☐ Fiche alimentaire
- ☐ Fiche IDE de suivi
- ☐ Automesure d'INR par le patient
- ☐ Autre

22. Est-ce que vous avez intégré de l'ETP dans le protocole ? Oui Non

22 bis. Si oui, par quels professionnels :

- ☐ Professionnel de la structure
- ☐ Professionnel extérieur de la structure

22 ter Si oui, de quelle manière ?

- ☐ Séance collective
- ☐ Séance individuelle
- ☐ Mixte

23. Est-ce que des entretiens pharmaceutiques ont été inclus dans le protocole ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

24. Avez-vous des RCP concernant des patients sous AVK, inclus dans le protocole ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

25. Avez-vous accès à un avis spécialisé dans le cadre de ce protocole ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

26. Existe-t-il un lien ville-hôpital mise en place dans le cadre de ce protocole ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

26 bis. Si oui, est-ce qu'un processus d'hospitalisation a été mis en place ?

27. Quel est le nombre d'hospitalisations chez les patients AVK pour surdosage, depuis la mise en place du protocole ?

28. Concernant les procédures, est qu'une procédure :

- a. D'adaptation de posologie, uniquement par l'IDE a-t-elle été définit ?
 - ☐ Oui
 - ☐ Non
- b. En vue d'un acte chirurgical a été définit ?
 - ☐ Oui
 - ☐ Non
- c. D'administration de vitamine K a été définit ?
 - ☐ Oui
 - ☐ Non

29. Est-ce qu'un INR de référence a-t-il était clairement définit pour chaque patient sous AVK ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

29 bis. Si oui, Où est-il indiqué ?

- ☐ Dossier patient (médical)
- ☐ Bilan sanguin
- ☐ Ordonnance médicaments
- ☐ Ordonnance IDE pour dosage INR
- ☐ DMP
- ☐ Autres

30. Une fréquence de suivi d'INR a-t-elle été défini ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

30 bis. Si oui, préciser la fréquence en nombre de jours : nombre de jours

31. Existe-t-il une traçabilité des événements indésirables ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

Partie IV : Evaluation de ce protocole

32. Est-ce qu'une évaluation (des évaluations) a (ont) été réalisé ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

32 bis. Si « oui » nombre d'évaluation ? Nombre

33. Quelle est la fréquence d'évaluation du protocole ?

- ☐ Annuelle
- ☐ Semestrielle
- ☐ Quadrimestrielle
- ☐ Trimestrielle
- ☐ Autres (précision)

33 bis. Si « autres », Nombre d'évaluation par an ? Nombre

34. Le protocole a-t-il été mis à jour ? Oui Non

- ☐ Oui
- ☐ Non

a. Si oui, combien de fois au total ? Nombre

b. Si oui, au bout de combien de temps depuis la validation ARS ? Nombre de mois

Partie V : Ressenti de la mise en place du protocole AVK (protocole validé par l'ARS)

35. Comment avez-vous ressenti l'élaboration de ce protocole ?
- ☐ Très difficile
 - ☐ Difficile
 - ☐ Ni facile/Ni difficile
 - ☐ Facile
 - ☐ Très facile
36. Comment avez-vous ressenti la validation de ce protocole ?
- ☐ Très difficile
 - ☐ Difficile
 - ☐ Ni facile/Ni difficile
 - ☐ Facile
 - ☐ Très facile
37. Comment jugez-vous la réalisation d'une évaluation de ce protocole ?
- ☐ Très difficile
 - ☐ Difficile
 - ☐ Ni facile/Ni difficile
 - ☐ Facile
 - ☐ Très facile
38. L'élaboration du protocole AVK a-t-il renforcé les liens interprofessionnels ?
- ☐ Pas d'accord
 - ☐ Plutôt pas d'accord
 - ☐ Ni d'accord/Ni pas d'accord
 - ☐ Plutôt d'accord
 - ☐ D'accord
39. Le protocole AVK a-t-il permis d'améliorer la prise en charge des patients sous AVK ?
- ☐ Pas d'accord
 - ☐ Plutôt pas d'accord
 - ☐ Ni d'accord/Ni pas d'accord
 - ☐ Plutôt d'accord
 - ☐ D'accord

Partie VI : Commentaires libres

VU

NANCY, le 07/05/2020
Le Président de Thèse

NANCY, le 10/05/2020
Le Doyen de la Faculté de Médecine

Professeur Paolo DI PATRIZIO

Professeur Marc BRAUN

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE/ **11148**

NANCY, le **15/05/2020**

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE LORRAINE,

Professeur Pierre MUTZENHARDT

RÉSUMÉ DE LA THÈSE

Introduction : L'arrivée des protocoles dans notre système de santé a changé les modes de coopération entre professionnels de santé, avec notamment l'introduction de la délégation de tâche au sein d'une équipe pluriprofessionnelle. Aucun état des lieux de ces protocoles n'a été réalisé depuis l'installation de cette pratique. C'est ce que nous proposons avec cette étude sur un territoire vaste du nord-est de la France, la région Grand Est. Le protocole AVK prend sa place en santé publique devant la croissance de prescription d'AVK en France. Nous avons 1,8% de la population française sous AVK, un bon nombre d'effets indésirables sont notifiés, hémorragie non grave et grave, ainsi que les problèmes thromboemboliques, à l'origine de nombreuses hospitalisations.

L'objectif principal de ce travail est de décrire le protocole AVK et de lister les tenants et aboutissant de l'élaboration, la validation et l'application de ce protocole au sein des différentes MSP du Grand Est.

Méthodes : Une étude quantitative a été réalisée de novembre 2019 et mars 2020 sur 38 MSP de la région Grand-Est. Un questionnaire de 39 questions a été envoyé à ces MSP. Ce questionnaire était composé de six parties, interrogeant les MSP sur la structuration de la MSP, la méthodologie de la mise en place du protocole AVK, le contenu du protocole, l'évaluation du protocole, le ressenti de la mise en place du protocole et une partie laissée pour les commentaires. L'analyse a été faite par le logiciel Microsoft Office Excel et IBM SPSS.

Résultats : Nous avons au total ; 18 MSP répondantes à ce travail sur 35 MSP incluses. La réponse aux questions était parfois incomplète, Néanmoins, sur 39 questions posées, 32 d'entre elles permettent une analyse fine ainsi la mise en lumière de tendances et de pratiques sur l'ensemble du territoire. Notamment, 94,4 % des MSP ont élaboré le protocole seule, sans aide extérieure, de plus, pour cette élaboration, l'interaction dans le protocole et l'accès au dossier du patient, les médecins généralistes interviennent à 100 %. Nous avons un aperçu des pratiques sur la région du Grand-Est.

Discussion : Cette étude a permis de dégager plusieurs tendances au sein des MSP du Grand Est. Notamment une autonomie des MSP par rapport aux institutions, une référence claire aux recommandations de bonne réalisation du protocole avec des sources comme la HAS. La mise en lumière d'une paire indissociable à la bonne application du protocole sur le territoire, à savoir le médecin généraliste et l'IDE. La délégation de tâches au sein du protocole est difficile à percevoir, nous avons une marge de progression sur ce sujet. Le ressenti des MSP sur la création, la validation et l'application du protocole reste mitigé, le point positif réside dans un ressenti d'amélioration de la prise en charge du patient.

Titre en anglais

The VKA protocol in pluriprofessional medical center in the Great East

THÈSE : MÉDECINE GÉNÉRALE – ANNEE 2020

MOTS CLÉS : Protocole de coopération, région Grand-Est, soins primaires, équipe de soins primaires, maison de santé pluriprofessionnelle, coordination interprofessionnelle, AVK

INITULÉ ET ADRESSE

UNIVERSITÉ DE LORRAINE

Faculté de Médecine de Nancy

9, avenue de la Forêt de Haye

54505 VANDOEUVRE LÈS NANCY Cedex