

INTERET ET APPORTS PRATIQUES D'UN REGISTRE : A PROPOS DU REGISTRE DES AVK

PM. Mertes, A. Steib

Pôle Anesthésie-Réanimations Chirurgicales-SAMU, Hôpitaux Universitaires et Université de Strasbourg, France

I. INTRODUCTION

Les problèmes posés par la qualité, la sécurité, l'efficacité et le coût des soins représentent désormais une préoccupation majeure pour l'ensemble des acteurs du système de santé (Pingleton 2012).

Le recueil et l'analyse de données standardisées issues des pratiques professionnelles à propos d'un thème donné constituent une démarche répandue au sein de nombreuses organisations professionnelles, de sociétés savantes ou de réseaux (HAS 2012). L'organisation et le contenu de ces enregistrements peuvent prendre des formes variées : registre, observatoire, base de données, cohortes et permettent aux professionnels de santé d'analyser et d'évaluer leurs pratiques.

Ces différents types de recueils répondent à des définitions précises. Ainsi un registre est un recueil continu et exhaustif de données nominatives intéressant un ou plusieurs événements de santé dans une population géographiquement définie, à des fins de recherche et de santé publique, par une équipe ayant les compétences appropriées. Ce terme est donc très souvent utilisé par excès pour qualifier des ensembles de données qui relèvent le plus souvent d'un observatoire ou d'une cohorte. L'observatoire correspond à un recueil de données sur une population non exhaustive de patients atteints d'une maladie définie. Il vise les mêmes objectifs qu'un registre. La cohorte est un ensemble de personnes incluses en même temps dans une étude et suivies sur plusieurs années pour évaluer l'évolution de leur état de santé.

Ces recueils, quelle qu'en soit la structure, ont largement fait la preuve de leur intérêt dans la littérature, ceci dans des domaines très variés allant de l'identification de facteurs de risques dans la population générale (Kannel 2011) ou dans des populations particulières (Mertes, Alla et al. 2011), à une évaluation de l'intérêt clinique de différentes pratiques cliniques (Albaladejo, Marret et al. 2011; Mantz, Samama et al. 2011).

Durant la dernière décennie, l'attention croissante portée à l'analyse de la performance des systèmes de santé s'est essentiellement focalisée sur des éléments concernant l'organisation de l'offre de soins, la performance des structures hospitalières et la prise en charge de problèmes de santé publique intéressant de grands groupes de patients. La sécurité des patients a bénéficié d'une attention particulière portant initialement sur l'épidémiologie des événements indésirables, puis sur l'évaluation des pratiques permettant d'en réduire la fréquence (Shojania, Duncan et al. 2001). Plus récemment, cette approche s'est également intéressée à la performance médicale individuelle, à son évaluation et à son amélioration. Ce nouveau paradigme et les moyens de l'atteindre demeurent un objet de débat, parfois source d'incompréhension ou de difficultés, entre la société et ses institutions (en charge de la mise en œuvre et du financement du système de santé d'une part et les professionnels de santé d'autre part) (Milstein and Lee 2007). A cet égard, le développement d'une culture de l'évaluation et de la qualité au sein des équipes médicales et l'extension des obligations de formation et d'évaluation à l'ensemble des professionnels de santé, représentent sans doute une voie essentielle de l'amélioration de la qualité, de la sécurité et de l'efficacité médicale. Même si la démonstration de l'efficacité de ces interventions et incitations demeure difficile, cette quête permanente d'une amélioration de la qualité, de l'efficacité et de la sécurité des soins mérite d'être

encouragée (Grol and Wensing 2004; Auerbach, Landefeld et al. 2007; Pronovost, Berenholtz et al. 2008).

II. REGISTRE AVK ET EVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES

Un programme d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) consiste en l'analyse des pratiques professionnelles en référence à des recommandations et selon une méthode élaborée ou validée par la Haute Autorité de Santé (HAS). Le programme comporte la mise en œuvre et le suivi d'actions d'amélioration des pratiques. L'utilisation d'un registre, d'un observatoire ou d'une base de données associé à une démarche d'amélioration de la qualité peut être reconnu comme une démarche d'EPP (HAS 2012).

Les recommandations HAS concernant la prise en charge des surdosages en AVK, des situations à risques hémorragiques et des accidents hémorragiques chez les patients traités par anti-vitamines K en ville et en milieu hospitalier ont été publiées en 2008 (HAS 2008). Ces recommandations ont été largement diffusées sur le site de la HAS et à l'occasion de multiples réunions nationales et régionales de formation médicale continue.

Le registre AVK mis en place par le CFAR avec l'aide de la HAS a pour objectifs d'évaluer l'adéquation entre ces recommandations de bonnes pratiques et leur suivi et de permettre la validation des obligations d'EPP des professionnels de santé qui y participent. La validation EPP suppose le remplissage de 10 observations et la mise en œuvre d'actions d'amélioration en lien avec les écarts à la pratique mis en évidence lors de l'exploitation des données du registre.

Ce programme EPP intéresse tout Médecin Anesthésiste-Réanimateur participant à la prise en charge péri-opératoire des patients traités par AVK en situation programmée ou en urgence. Cette problématique est importante car 1 million de Français sont traités par AVK et qu'un Français sur huit bénéficie d'une anesthésie/an.

Ce registre a été ouvert en octobre 2009. Il comporte 7 fiches successives à compléter, intégrant les données démographiques et la nature de l'acte prévu (chirurgie ou acte interventionnel, situation programmée ou d'urgence < 12h), les indications (valve mécanique, fibrillation atriale, maladie veineuse thromboembolique, autre), le type (fluindione, acenocoumarol, coumadine) et la durée de traitement AVK, les autres antécédents du patient. Sont également évaluées la gestion pré-opératoire en situation programmée (dernier INR connu, modalités d'arrêt et de relais pré-opératoire, mesure d'INR la veille et prise en charge si la valeur était > 1,5), la gestion pré-opératoire en situation d'urgence (INR, administration de CCP, vitamine K, PFC..), la gestion post-opératoire (relais post-opératoire, modalités de reprise du traitement AVK) et la survenue de complications hémorragiques, thrombotiques ou autres.

Les principaux critères analysés font références aux recommandations publiées :

- Pour la phase pré-opératoire en situation programmée : le bien fondé de l'arrêt ou non des AVK, celui de la prescription ou non d'un relais, l'emploi dans ce cas de doses curatives et de 2 injections par jour pour les valves mécaniques et la fibrillation atriale, la mesure d'un INR la veille de l'opération, l'administration de vitamine K à raison de 5 mg la veille si l'INR mesuré était > 1,5, la programmation du patient le matin ;
- Pour la phase pré-opératoire en situation d'urgence : la mesure de l'INR, l'injection concomitante de CCP et de vitamine K 10 mg ;
- Pour la phase postopératoire : la date de reprise du traitement AVK, l'administration postopératoire de doses curatives d'héparines au plus tard 48h après l'intervention, l'obtention d'un INR dans la zone thérapeutique mesuré à 2 reprises à 24h d'intervalle avant l'arrêt de l'héparinothérapie.

Les patients sont divisés en groupes de risque selon des recommandations HAS. Sont considérés à haut risque thrombotique tous les patients porteurs de valve mécanique, les patients ayant une FA et des antécédents d'AIT, d'AVC et d'accident embolique systémique, les patients ayant une maladie

veineuse thrombo-embolique récente (TVP proximale ou EP < 3 mois) ou ayant fait des accidents récidivants. Les autres patients sont considérés comme étant à risque faible. Le taux de conformité par rapport aux recommandations est calculé pour chaque item. Les résultats préliminaires ont fait l'objet d'une première présentation en 2011 à l'occasion du congrès de la SFAR. 976 fiches relevées dans 79 centres ont été analysées. L'âge moyen des patients est de 74 ans. Nous relevons 843 actes programmés dont 636 actes chirurgicaux et 207 actes interventionnels. Le traitement AVK comportait de la fluindione dans 818 cas. Les indications étaient une valve mécanique (98), la fibrillation auriculaire (645 dont 84 avec facteurs de risques HAS) et la MVTE (258 dont 118 avec facteurs de risques). L'AVK a été poursuivie dans 206 cas et arrêtée sans relais dans 216 cas. Le relais était assuré dans 82 % par des HBPM, 11 % par de l'HNFsc et 2 % par de l'HNFiv lorsqu'il était prescrit (428 patients). Du Fondaparinux a été prescrit à tort chez 23 malades. Les principaux écarts constatés sont répertoriés dans le tableau 1.

Tableau 1 : Conformité des indicateurs aux recommandations HAS

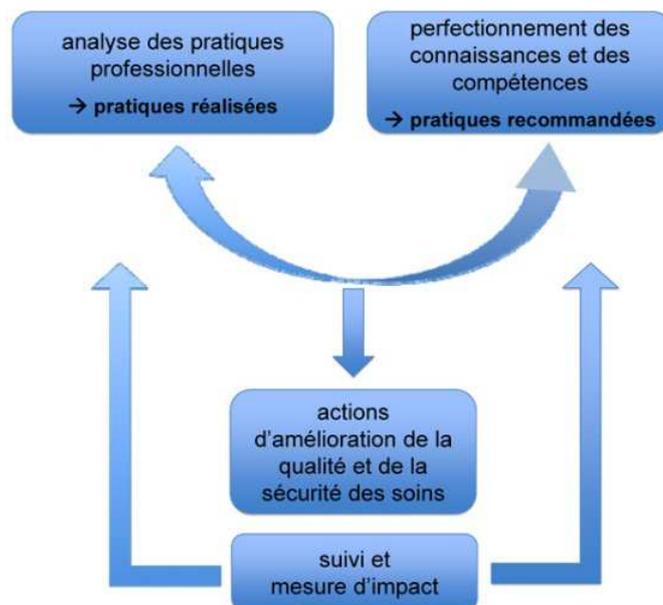
	Nombre	Taux conformité/ Recommandations
Facteurs risques présents et absence de relais	23/175	87 %
Relais réalisé et absence facteur risque	242/406	40 %
Doses non curatives Enoxaparine [90-110 UI/kg/dose]	190/269	30 %
Nombre d'injections Enoxaparine /jour < 2 si VM/FA	50/188	73 %
INR non mesuré la veille de l'acte	278/837	67 %
Acte non programmé le matin	221/789	72 %

Ces résultats confirment les données disponibles dans la littérature (Jennings, Miller et al. 2008). Ils illustrent le différentiel entre des recommandations de bonne pratique largement diffusées au sein de notre spécialité et leur application au quotidien. Ils révèlent des potentiels d'amélioration dans le cadre de la prescription ou non de relais, des posologies requises, du nombre d'injections/jour, du monitoring de l'INR et de la programmation opératoire. Ces indicateurs pourront faire l'objet d'une démarche individualisée de chaque centre qui sera destinataire de ses propres résultats, permettant ainsi d'accomplir l'ensemble des étapes d'un processus d'évaluation des pratiques professionnelles.

III. REGISTRE AVK ET DEVELOPPEMENT PROFESSIONNEL CONTINU (DPC)

Le développement professionnel continu a pour objectifs l'évaluation des pratiques professionnelles, le perfectionnement des connaissances, l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que la prise en compte des priorités de santé publique et de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé (loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, art. L. 4133-1). Il se définit notamment par l'analyse des pratiques professionnelles ainsi que par l'acquisition ou l'approfondissement de connaissances ou de compétences (figure 1). Il est caractérisé par une obligation individuelle qui s'inscrit dans une démarche permanente (décret en Conseil d'Etat, art. R. 4133-1).

Figure 1 :



Cette démarche de DPC, obligatoire et annuelle se décline donc sous forme de programmes. Un programme annuel permet de valider son obligation de DPC et associe deux actions : une action d'analyse de pratique professionnelle (APP, ex Evaluation des Pratiques Professionnelles) et une action de formation (FMC). Le CFAR, en collaboration avec la SFAR, propose d'organiser des programmes de DPC à thème, sujet identique pour l'APP et la FMC.

Le premier « DPC intégré » proposé dans ce cadre concerna le thème de la gestion péri-opératoire des AVK. Il comporte une partie formative accessible sur le site du CFAR et comportant : (i) la mise à disposition du référentiel HAS, (ii) des présentations sur différents thèmes : arrêt des AVK en chirurgie réglée, antagonisation des AVK en chirurgie urgente et reprise des AVK en post-opératoire, (iii) une série de cas cliniques interactifs et une partie évaluative portant sur l'utilisation du registre AVK et la saisie de 5 dossiers. L'exploitation de cette nouvelle étape du registre AVK permettra une nouvelle analyse des écarts en référence aux recommandations avec un retour vers les participants, permettant ainsi la mise en place d'un programme continu d'amélioration.

IV. CONCLUSION

Le registre AVK, développé initialement comme un outil d'évaluation des pratiques professionnelles en relation avec un problème de santé publique d'importance, a permis d'identifier des écarts significatifs dans la gestion péri-opératoire des anti-coagulants en référence aux recommandations de bonne pratique publiée par l'HAS. Il devrait s'intégrer de manière exemplaire dans le nouveau dispositif du DPC et constituer ainsi le premier exemple de « DPC à thème » proposé aux professionnels de santé par le CFAR en collaboration avec la SFAR et la HAS.

REFERENCES

1. **Albaladejo, P., E. Marret, et al. (2011).** "Non-cardiac surgery in patients with coronary stents: the RECO study." *Heart*97(19): 1566-1572.
2. **Auerbach, A. D., C. S. Landefeld, et al. (2007).** "The tension between needing to improve care and knowing how to do it." *The New England journal of medicine*357(6): 608-613.
3. **Grol, R. and M. Wensing (2004).** "What drives change? Barriers to and incentives for achieving evidence-based practice." *The Medical journal of Australia*1 80 (6 Suppl): S57-60.

4. **HAS (2008).** "Recommandations HAS prise en charge des patients sous AVK." www.HAS-sante.fr.
5. **HAS. (2012).** "Registres, observatoires, bases de données et évaluation des pratiques professionnelles. www.has-sante.fr." 2012.
6. **Jennings, H. R., E. C. Miller, et al. (2008).** "Reducing anticoagulant medication adverse vents and avoidable patient harm." *Joint Commission journal on quality and patient safety / Joint Commission Resources*34(4): 196-200.
7. **Kannel, W. B. (2011).** "Sixty years of preventive cardiology: a Framingham perspective." *Clinical cardiology*34(6): 342-343.
8. **Mantz, J., C. M. Samama, et al. (2011).** "Impact of preoperative maintenance or interruption of aspirin on thrombotic and bleeding events after elective non-cardiac surgery: the multicentre, randomized, blinded, placebo-controlled, STRATAGEM trial." *British journal of anaesthesia*107(6): 899-910.
9. **Mertes, P. M., F. Alla, et al. (2011).** "Anaphylaxis during anesthesia in France: an 8-year national survey." *The Journal of allergy and clinical immunology*128(2): 366-373.
10. **Milstein, A. and T. H. Lee (2007).** "Comparing physicians on efficiency." *The New England journal of medicine*357(26): 2649-2652.
11. **Pingleton, S. K. (2012).** "Millennial health care: change you can believe in." *Chest*142(1): 22-29.
12. **Pronovost, P. J., S. M. Berenholtz, et al. (2008).** "Translating evidence into practice: a model for large scale knowledge translation." *BMJ*337: a1714.
13. **Shojania, K. G., B. W. Duncan, et al. (2001).** "Making health care safer: a critical analysis of patient safety practices." *Evidence report/technology assessment*(43): i-x, 1-668.