



**HAL**  
open science

# Entretiens pharmaceutiques des patients sous antivitamine K : évaluation du dispositif et perception par les médecins généralistes et les pharmaciens d'officine de Picardie

Clément Debusne

► **To cite this version:**

Clément Debusne. Entretiens pharmaceutiques des patients sous antivitamine K : évaluation du dispositif et perception par les médecins généralistes et les pharmaciens d'officine de Picardie. Médecine humaine et pathologie. 2016. dumas-01394401

**HAL Id: dumas-01394401**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01394401>**

Submitted on 9 Nov 2016

**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.

Thèse pour le doctorat en médecine générale

Année 2016 – N°89

Diplôme d'état

par

Clément DEBUISNE

Né le 3 mars 1989 à Roubaix

Présentée et soutenue publiquement le 6 septembre 2016

**Entretiens pharmaceutiques des patients sous  
antivitamine K : évaluation du dispositif et  
perception par les médecins généralistes et les  
pharmaciens d'officine de Picardie.**

Année universitaire 2015-2016

U.F.R de médecine et de pharmacie d'Amiens

## **Président du Jury :**

Monsieur le Professeur Michel ANDREJAK  
Professeur des Universités - Praticien Hospitalier consultant  
(Pharmacologie fondamentale clinique)  
Ancien Directeur du Centre Régional de Pharmacovigilance d'AMIENS  
Ancien Responsable du service de pharmacologie clinique  
Pôle Biologie, Pharmacie et Santé des populations  
Officier dans l'Ordre des Palmes Académiques

## **Membres du Jury :**

Monsieur le Professeur Bernard DESABLENS  
Professeur des Universités – Praticien Hospitalier  
Hématologie - Transfusion  
Service d'hématologie clinique et thérapie cellulaire

Madame le Professeur Marie-Antoinette SEVESTRE-PIETRI  
Professeur des Universités – Praticien Hospitalier  
Médecine vasculaire

Madame la Professeure Colette DUFOUR  
Professeure des Universités - Médecin Généraliste  
(Médecine générale)  
Coordonnateur du Département de Médecine générale

Madame le Docteur Catherine DOUTRELLOT  
Maître des Conférences des Universités - Praticien Hospitalier  
Médecine du travail et des risques professionnels

## **Directeur de thèse :**

Monsieur le Docteur Jean-Pierre ORAIN  
Directeur médical régional RSI de Picardie  
Médecin Conseil Régional RSI de Picardie

# Remerciements

A Monsieur le Professeur Michel ANDREJAK, qui m'a fait l'honneur de présider ce jury, veuillez trouver ici l'expression de mon profond respect.

A Madame le Professeur Marie-Antoinette SEVESTRE, qui a accepté de juger mon travail, veuillez recevoir l'expression de ma sincère gratitude.

A Monsieur le Professeur Bernard DESABLENS, que je remercie d'avoir accepté de participer à mon jury, soyez assuré de ma reconnaissance.

A Madame le Professeur Colette DUFOUR qui m'a permis de surmonter les difficultés au cours de mes études, je vous adresse mes sincères remerciements.

A Madame le Docteur Catherine DOUTRELLOT, pour avoir accepté de vous joindre à ce jury, je vous en remercie.

A Monsieur le Docteur Jean-Pierre ORAIN, pour avoir dirigé ma thèse. Vous m'avez fait confiance. Votre accompagnement m'a permis de donner le meilleur de moi-même et je suis fier de vous présenter notre travail achevé.

Je tiens à remercier chaleureusement les personnes qui ont permis la réalisation de cette étude notamment celles qui ont répondu à mon courrier (patients, médecins généralistes et pharmaciens). Elles ont participé à l'avancée de la science et m'ont encouragé dans mon étude.

Je tiens également à remercier les agents du RSI Picardie, Nord-Pas-de-Calais, Basse Normandie, et Haute Normandie. Sans leur aide précieuse, la thèse n'aurait pu aboutir.

Les études sont longues et les épreuves rencontrées difficiles. Cela n'aurait pas été possible sans ma famille, et en particulier mes parents Nathalie et David qui ont toujours cru en moi et qui m'ont élevé dans les deux sens du terme. Je tenais à leur dire merci. Je vous aime.

A Nicolas mon frère, pour m'avoir soutenu dans les moments difficiles. A Emilie, Rémi, et Martin. A Pauline, Odile et Franck.

A ma belle-famille, à Hélène, Thierry, Audrey qui m'ont soutenu. Vous êtes chers à mes yeux.

A Sylvie. A Jean-Marc.

A Aurélie qui a supporté les gardes, mes doutes, et qui partage mon cœur : je te dédicace cette thèse. Je t'aime.

A Jean-Yves, mon meilleur ami.

# Serment Hippocrate

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 seront 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 matières

<b>I. Introduction.....</b>	<b>8</b>
1. Problématique .....	8
2. Modalités de mise en œuvre du dispositif d'accompagnement .....	8
3. Objectifs de la thèse.....	11
<b>II. Etude quasi expérimentale observationnelle évaluant l'impact de l'accompagnement pharmaceutique sur le niveau d'éducation thérapeutique des patients sous AVK .....</b>	<b>12</b>
1. Introduction : objectifs .....	12
2. Matériel et méthode : .....	12
Population de l'étude .....	12
Plan .....	12
Analyse statistique et critères de jugement .....	14
3. Résultats .....	14
4. Discussion et biais potentiels .....	29
<b>III. Perception du dispositif d'accompagnement des patients sous AVK par les médecins généralistes et les pharmaciens d'officine Picards .....</b>	<b>35</b>
1. Introduction : objectifs .....	35
2. Matériel et méthode : .....	35
Population de l'étude .....	35
Plan .....	35
Analyse statistique et critères de jugement .....	36
3. Résultats .....	36
Résultats globaux .....	37
Résultats des écrits des médecins généralistes Picards .....	42
Résultats des écrits des pharmaciens d'officine Picards .....	44
4. Discussion et biais potentiels .....	46
<b>IV. Conclusion .....</b>	<b>50</b>

<b>V. Déclaration d'intérêt .....</b>	<b>52</b>
<b>VI. Annexes .....</b>	<b>53</b>
Questionnaire patient adhérent .....	53
Questionnaire patient non adhérent .....	55
Réponses au test.....	57
Questionnaire médecins généralistes .....	60
Questionnaire pharmaciens .....	61
<b>VII. Références .....</b>	<b>62</b>
<b>VIII. Résumés .....</b>	<b>64</b>



## **I. Introduction**

### **1. Problématique**

Le traitement par antivitamine K (AVK) constitue la 1<sup>ère</sup> cause d'accidents iatrogéniques en France notamment chez les individus de plus de 70 ans, avec environ 5000 décès et 17000 hospitalisations par an en France [1]. Ce traitement est indispensable mais nécessite toutefois des précautions importantes car les marges thérapeutiques sont étroites. Une surveillance renforcée est obligatoire en raison du risque hémorragique et thromboembolique.

Pour diminuer le risque iatrogénique, la délivrance de l'ensemble des informations relatives au traitement d'un patient sous AVK est un élément capital.

Dans le cadre de la nouvelle loi Hôpital-Patient-Santé-Territoire, les autorités sanitaires ont décidé d'impliquer davantage les pharmaciens d'officine dans l'accompagnement du patient sous AVK. Les organismes sociaux, souhaitent un meilleur encadrement des patients sous anticoagulants et une diminution de la iatrogénie correspondante.

Les entretiens pharmaceutiques ont débuté en juillet 2013. Nous avons voulu connaître son impact sur le niveau de connaissance des patients, et savoir comment ce dispositif était perçu par les patients, les médecins généralistes et les pharmaciens d'officine de Picardie.

### **2. Modalités de mise en œuvre du dispositif d'accompagnement**

Les modalités d'application sont précisées dans l'arrêté du ministère des affaires sociales et de la santé du 24 juin 2013 portant approbation de l'avenant n°1 à la convention nationale pharmaceutique du 4 avril 2012 [2].

#### L'adhésion des patients et la déclaration des entretiens

L'avenant prévoit que seuls les patients chroniques sous traitement par antivitamine K pour une durée consécutive prévisible ou effective supérieure ou égale à 6 mois sont éligibles à l'accompagnement.

La sélection se fait de deux façons : par requête de l'Assurance Maladie ou par le recrutement du pharmacien lors de la délivrance des AVK.

Une requête est réalisée au niveau du service médical de chaque régime d'assurance maladie selon les critères de ciblage suivants : bénéficiaires âgés d'au moins 18 ans ayant au moins 4 délivrances de médicaments AVK au cours des 6 derniers mois. Un courrier d'information sur les modalités de l'accompagnement est adressé aux patients ciblés leur présentant le contenu et les modalités d'accompagnement et les invitant à solliciter le pharmacien de leur choix pour intégrer ce dispositif. Un bulletin d'adhésion joint accompagne le courrier formalisant leur intégration.

Le pharmacien d'officine a également la possibilité de proposer aux patients éligibles précédemment cités d'adhérer au dispositif lors de l'initiation ou en cours de traitement par AVK s'ils n'ont pas été destinataires du courrier de l'Assurance Maladie. Dans ce cas, il porte à la connaissance du patient les objectifs poursuivis et lui remet une fiche d'information ainsi que le bulletin d'adhésion. Le pharmacien convient avec le patient de formaliser son adhésion éventuellement à l'occasion d'une entrevue ultérieure.

#### L'accompagnement pharmaceutique

La convention nationale prévoit que l'accompagnement des patients sous AVK par le pharmacien d'officine passe par :

- un entretien à l'initialisation du traitement si nécessaire,
- la réalisation d'au moins deux entretiens pharmaceutiques annuels, au cours desquels le pharmacien informe et conseille le patient sur le bon usage des médicaments qui lui ont été prescrits dans le cadre de son traitement,
- le contrôle de la réalisation de l'INR (International Normalised Ratio),
- en cas de besoin, la prise de contact avec le prescripteur en accord avec le patient.

Le pharmacien s'engage également à respecter les principes suivants :

- obtenir le consentement éclairé de l'assuré sur son intégration dans le dispositif d'accompagnement et s'interdire d'établir un diagnostic.
- respecter la confidentialité de l'entretien
- veiller à garantir l'exercice personnel de sa profession. L'organisation de son officine doit ainsi lui permettre à la fois d'accomplir ses actes professionnels ou d'en surveiller attentivement l'exécution et d'assurer l'accompagnement des patients. En pratique, il convient au pharmacien d'adapter son exercice officinal en distinguant ce qui fait partie du suivi général (la dispensation) et du suivi particulier (l'entretien).

Le temps consacré à la réalisation d'un entretien est estimée à près de 20 min selon la convention.

La réalisation d'au moins deux entretiens annuels entraînera le versement au pharmacien d'une rémunération annuelle de 40 euros par patient. Dans deux cas dérogatoires, le pharmacien sera également éligible au paiement : si le traitement est subitement arrêté, ou si le premier entretien intervient au second semestre avec un entretien prévu au semestre suivant. Le versement de la rémunération forfaitaire est effectué au cours de l'année N+1.

#### Déroulement et objectifs de l'entretien pharmaceutique

Pour mener à bien ces entretiens, le pharmacien dispose d'un suivi par internet mis en place par l'Assurance Maladie. Il contient de nombreux outils informationnels dont un « guide d'accompagnement des patients sous AVK » [3] et un questionnaire destiné au patient, élaboré à partir des documents de l'ANSM (Agence Nationale de Sécurité du Médicament) ; validé par la HAS (Haute Autorité de Santé) [4].

Le questionnaire constitue une trame d'échange avec le patient. Le pharmacien aborde dans ce cadre l'ensemble des points qui apparaissent incontournables pour le suivi optimal du patient tel que les principes du traitement, sa surveillance biologique et clinique, et les conduites alimentaires appropriées. Ce questionnaire sert de fil conducteur à l'entretien et n'est pas un *verbatim* précis de questions à poser. Le pharmacien doit être en mesure de s'adapter à la situation réelle de l'entretien. Pour chaque question il doit analyser les réponses faites par le patient et adapter son discours en proposant des explications et en s'assurant de la bonne compréhension des messages transmis. Ce support au suivi du patient doit être conservé. Il relève de la compétence du pharmacien d'apprécier le degré d'accompagnement qui doit être mis en œuvre ainsi que le nombre d'entretiens nécessaires au suivi optimal du patient en fonction de sa réceptivité et de son appropriation des messages transmis.

L'appréciation de l'appropriation par le patient des informations essentielles se fait selon trois niveaux :

- « acquis » : dès lors qu'elles sont parfaitement intégrées par le patient ;
- « partiellement acquis » : dès lors que le patient possède des connaissances incomplètes ou imprécises ;
- « non acquis » dès lors que le patient ne possède aucune connaissance sur le sujet.

Le « carnet d'information et de suivi du traitement par AVK » [5] doit être remis au patient à l'issue de l'entretien afin de parfaire son apprentissage.

Afin de mener efficacement les entretiens pharmaceutiques, le pharmacien doit se constituer un dossier patient papier ou électronique regroupant l'ensemble des informations pertinentes pour le bon suivi de son patient sous anticoagulant. La communication avec les médecins, avec l'accord du patient, se fait par le biais de lettre type incluant les principales caractéristiques des entretiens abordés avec le patient. Cet élément de liaison ou de transmission est important car il doit servir de support d'information, notamment pour expliciter le plus clairement possible le rôle et les compétences des pharmaciens, tout en dissipant certaines craintes émises par les médecins.

Au final, ce dispositif d'accompagnement des patients s'inscrit dans une démarche d'éducation thérapeutique plus large [6] délivrée par les professionnels de santé (généralistes, spécialistes, hospitaliers, biologistes, infirmiers etc.), en renforçant les connaissances générales du traitement AVK, en rappelant les principes de surveillance biologique, et en favorisant l'observance du traitement.

### **3. Objectifs de la thèse**

L'objectif principal de cette thèse était d'évaluer l'efficacité du dispositif sur le niveau d'éducation thérapeutique des patients sous AVK.

L'objectif secondaire était de recueillir la perception et l'adhésion au dispositif par les patients, les médecins généralistes et les pharmaciens d'officine Picards.

## **II. Etude quasi expérimentale observationnelle évaluant l'impact de l'accompagnement pharmaceutique sur le niveau d'éducation thérapeutique des patients sous AVK**

### **1. Introduction**

Cette étude a été réalisée avec le soutien financier et logistique des RSI Picardie, Nord-Pas de Calais, Basse Normandie et Haute Normandie. Il s'agit d'un organisme français ayant pour mission d'assurer la protection sociale des travailleurs indépendants, artisans, industriels, commerçants et professions libérales. Le plan de l'étude ainsi que l'analyse des résultats s'est faite en toute indépendance par le thésard.

L'objectif principal était d'évaluer l'efficacité du dispositif sur le niveau d'éducation thérapeutique des patients sous AVK.

L'objectif secondaire était de recueillir la perception du dispositif par les patients.

### **2. Matériel et méthode**

#### Population de l'étude

Deux groupes de patients ont été constitué : un groupe de 730 Adhérents (A) au dispositif d'accompagnement pharmaceutique et un groupe de 850 Non-adhérents (N).

Etaient inclus dans le groupe A tous les patients dont au moins un paiement pour la réalisation d'entretiens pharmaceutiques AVK apparaissait sur les bases de données des affiliés du RSI Picardie, Nord-Pas-de-Calais, Basse Normandie ou Haute Normandie entre novembre 2013 et juin 2015.

Etaient inclus dans le groupe N, tous les patients dont aucun paiement d'entretien pharmaceutique AVK n'apparaissait malgré la proposition d'adhésion au dispositif émise par le RSI Picardie entre novembre 2013 et juin 2015. Il n'y avait pas eu besoin d'étendre le recrutement de ce groupe N aux trois autres régions car l'effectif Picard était suffisant.

L'inclusion des sujets était automatique et s'était faite sans tirage au sort.

#### Plan

L'évaluation a été effectuée à partir d'un questionnaire que nous avons élaboré. Il reprenait des éléments du questionnaire type remis aux pharmaciens pour les entretiens [4] et s'inspirait des questions du support d'évaluation utilisé dans l'étude de S. Léger évaluant un programme

d'éducation thérapeutique sur les AVK à Grenoble [7]. Ce questionnaire et son document annexe expliquant l'objet de l'étude ont été envoyés par voie postale au domicile des patients. Ceux-ci avaient pour consigne d'y répondre seul et sans aucune aide humaine ou matérielle, puis de retourner leur réponse dans l'enveloppe T jointe et de façon anonyme au service médical du RSI de leur région.

Trois grands thèmes ont été pris en compte dans l'élaboration du questionnaire : la connaissance générale du traitement AVK, la connaissance des principes de la surveillance biologique, et l'observance du traitement. Les connaissances générales étaient appréhendées par des questions sur le nom du traitement, son indication, et ses effets (questions 1,2,3 du questionnaire). Le niveau de connaissance des principes de surveillance biologiques était apprécié par des questions sur le nom du dosage biologique à suivre ; le délai maximal entre deux dosages, sa valeur cible ; et sur l'utilisation d'un calendrier de suivi des INR (questions 7, 8, 9,10). L'observance thérapeutique des patients a été évaluée par des questions portant sur la posologie prescrite, la régularité de l'heure de prise, l'utilisation d'un carnet de suivi des prises, les signes évocateurs de surdosage ou de sous-dosage ; sur l'attitude à adopter face à un risque hémorragique, la gestion de l'oubli de prise ; l'automédication, l'interaction médicamenteuse, et sur la diététique (questions 4, 5, 6, 11, 12, 13 14, 15, 16, 17, 18). La question 19 portait sur les accidents hémorragiques ayant pu avoir lieu au cours des 3 derniers mois. Les questions étaient fermées à choix unique et demandaient parfois une précision manuscrite complémentaire.

Il était demandé dans la deuxième partie du questionnaire comment les patients avaient eu connaissance du dispositif et quelles étaient leurs motivations dans l'adhésion ou le refus d'y participer. La dernière question portait sur le degré de satisfaction des patients.

Les services médicaux des RSI participants devaient recueillir les questionnaires remplis et les transmettre au service médical du RSI de Picardie pour procéder à l'analyse des résultats par le thésard. Les entêtes des questionnaires A et N identifiant le groupe d'appartenance des répondants ont été masqués, puis les questionnaires ont été mélangés et traités les uns à la suite des autres de façon totalement anonyme.

### Analyse statistique et critères de jugement

Les réponses ont été transcrites en aveugle selon le barème suivant : « acquis », « partiellement acquis », ou « non acquis ». Ce barème prenait appui sur les données du « carnet d'information et de suivi du traitement » remis aux patients à l'issue de chaque entretien pharmaceutique ou médical depuis 2004 [5]. Les réponses aux questions comportementales sur l'attitude à adopter face au risque hémorragique (questions 13,14, 15) ont été saisies telles quelles. L'absence de réponse à une question n'était pas considérée comme la manifestation d'un défaut de connaissance. Les cases « je ne sais pas » ont été systématiquement prévues à cet effet.

La saisie des données s'est faite sur le logiciel Sphinx plus, version 5.1.0.4. L'analyse des variables nominales s'est faite par le test du Chi-2. Le seuil de significativité de 0,05 a été retenu. Le dispositif était jugé positif lorsqu'il existait une supériorité de réponses « acquises » ou une infériorité de réponses « non acquises » dans le groupe Adhérent par rapport au groupe Non-adhérent, avec une significativité statistique.

Au contraire, une infériorité de réponses « acquises » et une supériorité de réponses « non acquises » statistiquement significatives montrait un effet négatif du dispositif.

Les items sans significativité statistique ne permettaient pas de conclure à un effet positif ou négatif.

## **3. Résultats**

### Population de l'étude

Au total, 697 patients ont été inclus dans l'étude. Parmi eux 60 patients ont été exclus : 17 patients ne pouvaient pas répondre du fait de leur état de santé, 16 étaient sous nouveaux anticoagulants oraux (NACO), 8 ne souhaitaient pas répondre, 8 n'étaient plus sous AVK, 6 étaient sous anti-thrombotiques, 3 ne savaient pas répondre, et 2 étaient sous héparines (tableau 1).

Motif d'exclusion (tableau 1)

Ne pouvaient pas répondre	17
Sous NACO	16
Ne souhaitaient pas répondre	8
Ne prenaient plus d'AVK	8
Sous anti thrombotique	6
Ne savaient pas répondre, ou rempli par le médecin traitant	3
Sous héparine	2

325 sujets ont donc constitués le groupe Adhérent et 312 sujets le groupe Non-adhérent (tableau 2).

Population de l'étude (tableau 2)

	Adhérent	Non-adhérent	Exclusion	Total
Picardie	61	312	9A et 33N	415
Nord-Pas-de-Calais	105	0	7	112
Haute Normandie	61	0	5	66
Basse Normandie	98	0	6	104
Total	325	312	60	637

Les résultats et leur significativité sont présentés dans les tableaux ci-dessous. Le test du chi<sup>2</sup> révèle la significativité du tableau dans sa globalité. Les cases colorées sont celles qui contribuent le plus au chi<sup>2</sup> jusqu'à concurrence de 60%. Les résultats soulignés sont les couples surreprésentés (en bleu) et les couples sous représentés (en rose). *p* représente la probabilité de se tromper. « ddl » signifie « degré de liberté ».



Les deux groupes présentaient des caractéristiques similaires sur l'âge et le sexe : la moyenne d'âge était de 76 ans, avec 68% d'hommes (tableaux 3 et 4).

Âge (tableau 3)	Adhérent	Non-adhérent	Population totale
moins de 40	0 (0,0%)	2 (0,6%)	2 (0,3%)
de 40 à 49	3 (0,9%)	0 (0,0%)	3 (0,5%)
de 50 à 59	9 (2,8%)	19 (6,1%)	28 (4,4%)
de 60 à 69	52 (16,0%)	57 (18,3%)	109 (17,1%)
de 70 à 79	91 (28,0%)	92 (29,5%)	183 (28,7%)
80 et plus	118 (36,3%)	99 (31,7%)	217 (34,1%)
non réponse	52 (16,0%)	43 (13,8%)	95 (14,9%)
Total	325	312	637
Âge / groupe : $p = 8,6\%$ ; $\chi^2 = 11,1$ ; ddl = 6 ; peu significatif.			

Sexe (tableau 4)	Adhérent	Non-adhérent	Population totale
homme	180 (55,4%)	194 (62,2%)	374 (58,7%)
femme	96 (29,5%)	78 (25,0%)	174 (27,3%)
non réponse	49 (15,1%)	40 (12,8%)	89 (14,0%)
Total	325	312	637
Sexe / groupe : $p = 22,0\%$ ; $\chi^2 = 3,0$ ; ddl = 2 ; non significatif			

Il existait une différence significative entre les groupes en ce qui concerne le lieu de vie, la situation familiale et le niveau d'étude des patients (tableaux 5, 6, 7)

43,1% des Adhérents habitaient en ville contre 28,5% des Non-adhérents.

Lieu de vie (tableau 5)	Adhérent	Non-adhérent	Population totale
ville	<u>140 (43,1%)</u>	<u>89 (28,5%)</u>	229 (35,9%)
campagne	158 (48,6%)	188 (60,3%)	346 (54,3%)
non réponse	27 (8,3%)	35 (11,2%)	62 (9,7%)
Total	325	312	637
Lieu de vie / groupe : $p = <0,1\%$ ; $\chi^2 = 14,7$ ; $ddl = 2$ ; très significatif.			

24,0% des patients Adhérents vivaient seul contre 16,7% des Non-adhérents ; test significatif ; tableau 6.

Situation familiale (tableau 6)	Adhérent	Non-adhérent	Population totale
vit seul	<u>78 (24,0%)</u>	<u>52 (16,7%)</u>	130 (20,4%)
ne vit pas seul	222 (68,3%)	226 (72,4%)	448 (70,3%)
non réponse	25 (7,7%)	34 (10,9%)	59 (9,3%)
Total	325	312	637
Situation familiale / groupe : $p = 4,2\%$ ; $\chi^2 = 6,3$ ; $ddl = 2$ ; significatif.			

Le test était significatif pour le niveau d'étude :

60,3% des Adhérents avaient un niveau égal au brevet contre 49,4% des Non-adhérents ;

18,5% des Adhérents n'avaient aucun diplôme contre 26,6% des Non-adhérents (tableau 7)

Niveau d'étude (tableau 7)	Adhérent	Non-adhérent	Population totale
aucun diplôme	<u>60 (18,5%)</u>	<u>83 (26,6%)</u>	143 (22,4%)
brevet ou certificat des collègues	<u>196 (60,3%)</u>	<u>154 (49,4%)</u>	350 (54,9%)
BAC et plus	31 (9,5%)	24 (7,7%)	55 (8,6%)
non réponse	38 (11,7%)	51 (16,3%)	89 (14,0%)
Total	325	312	637
Niveau d'étude / groupe : $p = 1,0\%$ ; $\chi^2 = 11,3$ ; $ddl = 3$ ; significatif.			

### Connaissance générale des traitements

Il n'existait pas de différence significative entre les groupes concernant la connaissance du nom du traitement (92,0% d'acquis) ; tableau 8.

Nom du traitement (tableau 8)	Adhérent	Non-adhérent	Population totale
acquis	299 (92,0%)	287 (92,0%)	586 (92,0%)
partiellement acquis	7 (2,2%)	6 (1,9%)	13 (2,0%)
non acquis	17 (5,2%)	16 (5,1%)	33 (5,2%)
non réponse	2 (0,6%)	3 (1%)	5 (0,8%)
Total	325	312	637
Nom du traitement / groupe : $p = 96,2\%$ ; $\chi^2 = 0,3$ ; ddl = 3 ; non significatif.			

Les résultats sur la connaissance du nom de la maladie ne montraient aucune différence dans les deux groupes (A=60,0% d'acquis contre N=58,3%) ; tableau 9 ; test non significatif.

Nom de la maladie (tableau 9)	Adhérent	Non-adhérent	Population totale
acquis	195 (60,0%)	182 (58,3%)	377 (59,2%)
partiellement acquis	90 (27,7%)	94 (30,1%)	184 (28,9%)
non acquis	33 (10,2%)	24 (7,7%)	57 (8,9%)
non réponse	7 (2,2%)	12 (3,8%)	19 (3,0%)
Total	325	312	637
Nom de la maladie / groupe : $p = 39,0\%$ ; $\chi^2 = 3,0$ ; ddl = 3 ; non significatif.			

Les résultats sur la connaissance du mode d'action du médicament ne montraient pas de différence significative entre les groupes (A=72,3% d'acquis contre N=65,7%) ; tableau 10.

Mode d'action du traitement (tableau 10)	Adhérent	Non-adhérent	Population totale
acquis	235 (72,3%)	205 (65,7%)	440 (69,1%)
partiellement acquis	44 (13,5%)	56 (17,9%)	100 (15,7%)
non acquis	24 (7,4%)	30 (9,6%)	54 (8,5%)
non réponse	22 (6,8%)	21 (6,7%)	43 (6,8%)
Total	325	312	637
Mode d'action du traitement / groupe : $p = 27,1\%$ ; $\chi^2 = 3,9$ ; ddl = 3 ; non significatif.			

Au final, dans la connaissance générale du traitement AVK, l'étude n'avait pas mis en évidence d'avantage ni de désavantage significatif d'un groupe par rapport à l'autre.

#### Connaissance des principes de la surveillance biologique

Le dispositif semblait moins efficace que la pratique courante en ce qui concerne la connaissance du nom du test biologique surveillant l'AVK (A=57,8% d'acquis; contre N=72,4%). Il semblait même induire des erreurs (A=29,8% de non acquis contre N=19,9%) ; tableau 11 ; test très significatif.

Nomme l'INR (tableau 11)	Adhérent	Non-adhérent	Population totale
acquis	188 (57,8%)	226 (72,4%)	414 (65,0%)
partiellement acquis	28 (8,6%)	13 (4,2%)	41 (6,4%)
non acquis	97 (29,8%)	62 (19,9%)	159 (25,0%)
non réponse	12 (3,7%)	11 (3,5%)	23 (3,6%)
Total	325	312	637
Nomme l'INR / groupe : $p = <0,1\%$ ; $\chi^2 = 16,5$ ; ddl = 3 ; très significatif.			

Il n'existait pas de différence significative en ce qui concerne la connaissance du délai maximum entre deux INR (A=83,7% d'acquis contre N=86,2%) ; tableau 12.

Délai maximum entre deux INR (tableau 12)	Adhérent	Non-adhérent	Population totale
acquis	272 (83,7%)	269 (86,2%)	541 (84,9%)
partiellement acquis	5 (1,5%)	11 (3,5%)	16 (2,5%)
non acquis	44 (13,5%)	27 (8,7%)	71 (11,1%)
non réponse	4 (1,2%)	5 (1,6%)	9 (1,4%)
Total	325	312	637
Délai maximum entre deux INR / groupe : $p = 10,3\%$ ; $\chi^2 = 6,2$ ; ddl = 3 ; peu significatif.			

Il n'existait pas de différence significative en ce qui concerne le niveau de connaissance des valeurs cibles de l'INR (A=79,1% d'acquis contre N=79,8%) ; tableau 13.

Valeurs cibles de l'INR (tableau 13)	Adhérent	Non-adhérent	Population totale
acquis	257 (79,1%)	249 (79,8%)	506 (79,4%)
partiellement acquis	8 (2,5%)	8 (2,6%)	16 (2,5%)
non acquis	42 (12,9%)	38 (12,2%)	80 (12,6%)
non réponse	18 (5,5%)	17 (5,4%)	35 (5,5%)
Total	325	312	637
Valeurs cibles de l'INR / groupe : $p = 99,3\%$ ; $\chi^2 = <0,1$ ; ddl = 3 ; non significatif.			

Le groupe Adhérent possédait davantage de carnets de suivi des INR ; tableau 14 ; test significatif. Davantage de non réponses ont été observées dans le groupe des Adhérents (4,3% contre 1,9%).

Carnet de suivi des INR (tableau 14)	Adhérent	Non-adhérent	Population totale
acquis	146 (44,9%)	114 (36,5%)	260 (40,8%)
partiellement acquis	18 (5,5%)	16 (5,1%)	34 (5,3%)
non acquis	147 (45,2%)	176 (56,4%)	323 (50,7%)
non réponse	14 (4,3%)	6 (1,9%)	20 (3,1%)
Total	325	312	637
Carnet de suivi des INR / groupe : $p = 2,2\%$ ; $\chi^2 = 9,6$ ; $ddl = 3$ ; significatif.			

### Observance

La connaissance de la posologie était bien maîtrisée dans les deux groupes (A=90,5% d'acquis contre N=88,5%) ; tableau 15 ; sans différence significative.

Posologie (tableau 15)	Adhérent	Non-adhérent	Population totale
acquis	294 (90,5%)	276 (88,5%)	570 (89,5%)
partiellement acquis	5 (1,5%)	7 (2,2%)	12 (1,9%)
non acquis	22 (6,8%)	27 (8,7%)	49 (7,7%)
non réponse	4 (1,2%)	2 (0,6%)	6 (0,9%)
Total	325	312	637
Posologie / groupe : $p = 61,2\%$ ; $\chi^2 = 1,8$ ; $ddl = 3$ ; non significatif.			

La notion de prises à heure fixe semblait bien maîtrisée dans les deux groupes (A=92,3% d'acquis contre N=85,9%) ; tableau 16 ; test peu significatif.

Prise à heure fixe (tableau 16)	Adhérent	Non-adhérent	Population totale
acquis	300 (92,3%)	268 (85,9%)	568 (89,2%)
partiellement acquis	1 (0,3%)	4 (1,3%)	5 (0,8%)
non acquis	23 (7,1%)	38 (12,2%)	61 (9,6%)
non réponse	1 (0,3%)	2 (0,6%)	3 (0,5%)
Total	325	312	637
Prise à heure fixe / groupe : $p = 6,1\%$ ; $\chi^2 = 7,4$ ; ddl = 3 ; peu significatif.			

Le groupe Adhérent possédait davantage de carnets de suivi des prises (A=49,5% d'acquis contre N=38,1%) ; tableau 17 ; test significatif.

Carnet de suivi des prises (tableau 17)	Adhérent	Non-adhérent	Population totale
acquis	<u>161 (49,5%)</u>	<u>119 (38,1%)</u>	280 (44,0%)
partiellement acquis	13 (4,0%)	13 (4,2%)	26 (4,1%)
non acquis	149 (45,8%)	<u>178 (57,1%)</u>	327 (51,3%)
non réponse	2 (0,6%)	2 (0,6%)	4 (0,6%)
Total	325	312	637
Carnet de suivi des prises / groupe : $p = 3,5\%$ ; $\chi^2 = 8,6$ ; ddl = 3 ; significatif.			

La connaissance des risques en cas de surdosage (A=60,6% d'acquis contre N=67,6%) ou de sous dosage (A=51,4% d'acquis contre N=57,7%) recueillait des réponses moyennes dans les deux groupes sans différence significative ; tableaux 18 et 19.

Risques en cas de surdosage (tableau 18)	Adhérent	Non-adhérent	Population totale
acquis	197 (60,6%)	211 (67,6%)	408 (64,1%)
partiellement acquis	3 (0,9%)	2 (0,6%)	5 (0,8%)
non acquis	112 (34,5%)	85 (27,2%)	197 (30,9%)
non réponse	13 (4,0%)	14 (4,5%)	27 (4,2%)
Total	325	312	637
Risques en cas de surdosage / groupe : $p = 24,5\%$ ; $\chi^2 = 4,2$ ; $ddl = 3$ ; non significatif.			

Risques en cas de sous dosage (tableau 19)	Adhérent	Non-adhérent	Population totale
acquis	167 (51,4%)	180 (57,7%)	347 (54,5%)
partiellement acquis	9 (2,8%)	7 (2,2%)	16 (2,5%)
non acquis	126 (38,8%)	105 (33,7%)	231 (36,3%)
non réponse	23 (7,1%)	20 (6,4%)	43 (6,8%)
Total	325	312	637
Risques en cas de sous dosage / groupe : $p = 45,9\%$ ; $\chi^2 = 2,6$ ; $ddl = 3$ ; non significatif.			

Le comportement face à un risque hémorragique recueillait des réponses médiocres dans les deux groupes : A=42,5% d'acquis contre N=39,7% ; tableau 20 ; test non significatif. Au total 51,6% des patients de l'étude n'ont pas donné la bonne réponse. Plusieurs réponses par personne ont été admises.



Comportement risque hémorragique (tableau 20)	Adhérent	Non-adhérent	Population totale
fait rapidement un INR	138 (42,5%)	124 (39,7%)	262 (41,1%)
va aux urgences	41 (12,6%)	39 (12,5%)	80 (12,6%)
attends prochain INR	59 (18,2%)	58 (18,6%)	117 (18,4%)
ne fais rien	63 (19,4%)	57 (18,3%)	120 (18,8%)
ne sais pas	36 (11,1%)	38 (12,2%)	74 (11,6%)
non réponse	7 (2,2%)	11 (3,5%)	18 (2,8%)
Total	344	327	671
Comportement risque hémorragique / groupe : $p = 89,9\%$ ; $\chi^2 = 1,6$ ; ddl = 5 ; non significatif.			

La proportion de sujet prenant le comprimé oublié dans les 8h était plus importante dans le groupe Adhérent (A=57,8% contre N=44,6%) ; tableau 21 ; test significatif. Le taux de non réponse était plus élevé dans le groupe Non-adhérent (A=5,2% contre N=9,3%). Plusieurs réponses par personne ont été admises.

Comportement oubli de prise (tableau 21)	Adhérent	Non-adhérent	Population totale
prend le comprimé oublié dans les 8h	<u>188 (57,8%)</u>	<u>139 (44,6%)</u>	327 (51,3%)
appelle son médecin ou pharmacien	74 (22,8%)	75 (24,0%)	149 (23,4%)
double les doses	2 (0,6%)	3 (1,0%)	5 (0,8%)
ne sais pas	53 (16,3%)	70 (22,4%)	123 (19,3%)
non réponse	<u>17 (5,2%)</u>	<u>29 (9,3%)</u>	46 (7,2%)
Total	334	316	650
Comportement oubli de prise / groupe : $p = 1,4\%$ ; $\chi^2 = 12,5$ ; ddl = 4 ; significatif.			

Les groupes avaient des comportements comparables face à un risque hémorragique chirurgical (avulsion dentaire). Ils informaient leur dentiste en amont en majorité (A=64,3% contre N=67,0%) ; mais encore 20,3% des patients n'anticipaient pas et informaient leur dentiste le jour même ; 15,7% arrêtaient leur traitement de leur propre initiative ; tableau 22. Plusieurs réponses par personne ont été admises.

Risque hémorragique chirurgical (tableau 22)	Adhérent	Non-adhérent	Population totale
informe le dentiste en amont	209 (64,3%)	209 (67,0%)	418 (65,6%)
informe le dentiste le jour même	63 (19,4%)	66 (21,2%)	129 (20,3%)
appelle son médecin ou pharmacien	53 (16,3%)	46 (14,7%)	99 (15,5%)
arrête le traitement	43 (13,2%)	57 (18,3%)	100 (15,7%)
ne sais pas	14 (4,3%)	11(3,5%)	25 (3,9%)
non réponse	18 (5,5%)	7 (2,2%)	25 (3,9%)
Total	400	396	796
Risque hémorragique chirurgical / groupe : $p = 17,3\%$ ; $\chi^2 = 7,7$ ; ddl = 5 ; non significatif.			

L'automédication était proscrite pour une énorme majorité de patients sans différence significative entre les groupes (A=91,7% d'acquis contre N=90,4%) ; tableau 23.

Automédication (tableau 23)	Adhérent	Non-adhérent	Population totale
acquis	298 (91,7%)	282 (90,4%)	580 (91,1%)
partiellement acquis	5 (1,5%)	4 (1,3%)	9 (1,4%)
non acquis	19 (5,8%)	24 (7,7%)	43 (6,8%)
non réponse	3 (0,9%)	2 (0,6%)	5 (0,8%)
Total	325	312	637
Automédication / groupe : $p = 78,5\%$ ; $\chi^2 = 1,1$ ; ddl = 3 ; non significatif.			

La connaissance des interactions médicamenteuses avec le traitement AVK était similaire dans les deux groupes (A=49,2% d'acquis contre N=50,3%), tableau 24. Au total, près de 48% n'en citaient aucune.

Cite une interaction médicamenteuse (tableau 24)	Adhérent	Non-adhérent	Population totale
acquis	160 (49,2%)	157 (50,3%)	317 (49,8%)
partiellement acquis	6 (1,8%)	6 (1,9%)	12 (1,9%)
non acquis	133 (40,9%)	130 (41,7%)	263 (41,3%)
non réponse	26 (8,0%)	19 (6,1%)	45 (7,1%)
Total	325	312	637
Cite une interaction médicamenteuse / groupe : $p = 82,9\%$ ; $\chi^2 = 0,9$ ; ddl = 3 ; non significatif.			

Les aliments à éviter étaient globalement bien connus, sans différence notable entre les groupes (65% dans les deux groupes) ; tableau 25, même s'il restait encore environ 19% des patients sans aucune idée sur la question.

Cite des aliments à éviter (tableau 25)	Adhérent	Non-adhérent	Population totale
acquis	212 (65,2%)	202 (64,7%)	414 (65,0%)
partiellement acquis	40 (12,3%)	43 (13,8%)	83 (13,0%)
non acquis	62 (19,1%)	57 (18,3%)	119 (18,7%)
non réponse	11 (3,4%)	10 (3,2%)	21 (3,3%)
Total	325	312	637
Cite des aliments à éviter / groupe : $p = 95,2\%$ ; $\chi^2 = 0,3$ ; ddl = 3 ; non significatif.			

#### Saignement au cours des 3 derniers mois

16,9% des patients Adhérents et 13,1% des patients Non-adhérents ont déclaré avoir saigné au cours des 3 derniers mois. Aucune différence significative n'a été relevée entre les groupes ; tableau 26.

Saignement au cours des 3 derniers mois (tableau 26)	Adhérent	Non-adhérent	Population totale
non	263 (80,9%)	265 (84,9%)	528 (82,9%)
oui	55 (16,9%)	41 (13,1%)	96 (15,1%)
ne sais pas	3 (0,9%)	5 (1,6%)	8 (1,3%)
non réponse	4 (1,2%)	1 (0,3%)	5 (0,8%)
Total	325	312	637

Saignement au cours des 3 derniers mois / groupe :  $p = 25,2\%$  ;  $\chi^2 = 4,1$  ; ddl = 3 ; non significatif.

### Vecteur d'information

L'étude révélait un déficit d'information chez les Non-adhérents; tableau 27 ; test très significatif.

Plusieurs réponses par personne ont été admises.

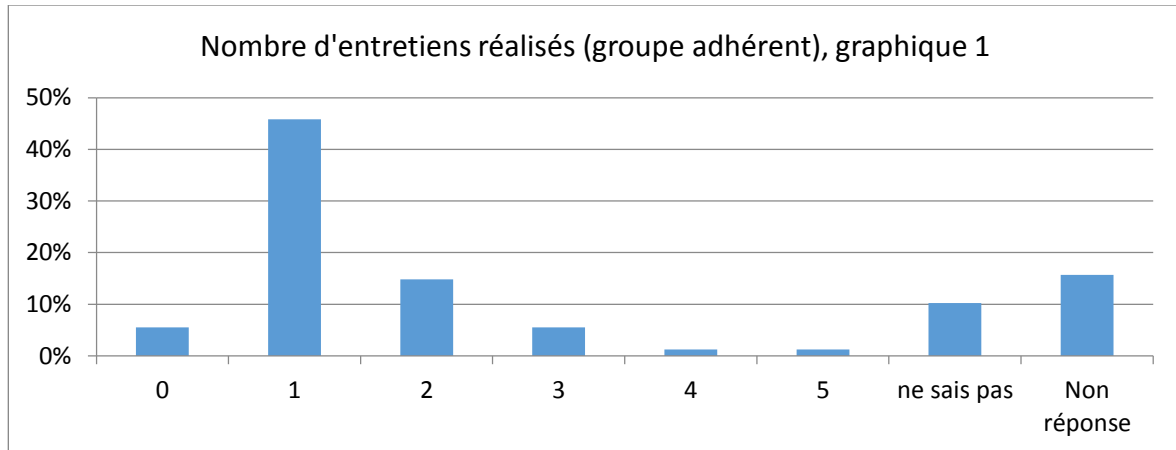
Une analyse plus poussée a été effectuée à postériori par le test du chi-2 partiel par cellule (et non plus par tableau) : le déficit d'information provient des médecins traitants (test peu significatif) et des pharmaciens (test très significatif).

Vecteur d'information sur le dispositif (tableau 27)	Adhérent	Non-adhérent	Population totale
médecin traitant	158 (48,6%)	101 (32,4%)	259 (40,7%)
pharmacien	168 (51,7%)	64 (20,5%)	232 (36,4%)
assurance maladie	33 (10,2%)	37 (11,9%)	70 (11,0%)
autre	23 (7,1%)	22 (7,1%)	45 (7,1%)
aucun	4 (1,2%)	102 (32,7%)	106 (13,5%)
ne sais pas	11 (3,4%)	22 (7,1%)	33 (5,2%)
non réponse	23 (7,1%)	19 (6,1%)	42 (6,6%)
Total	420	367	787

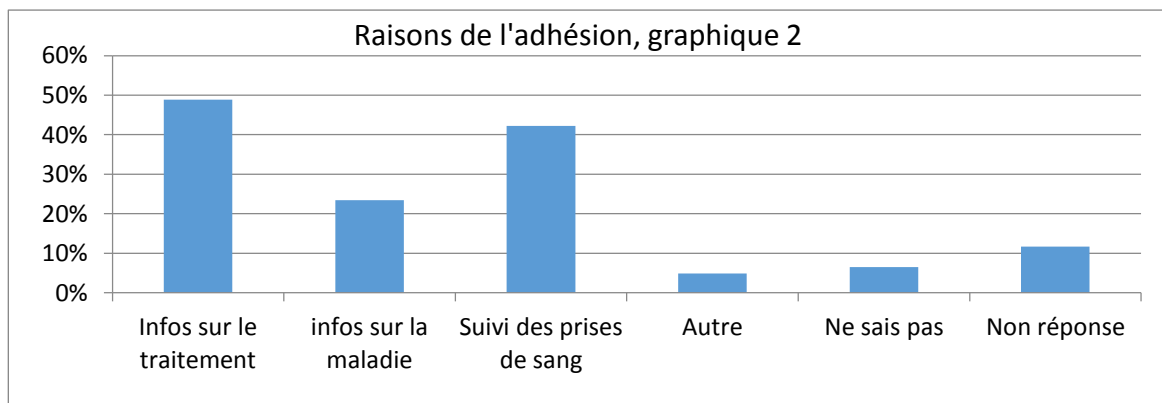
Vecteur d'information sur le dispositif / groupe:  $p = 0,0\%$  ;  $\chi^2 = 151,2$  ; ddl = 6 ; très significatif.

### Questions spécifiques aux adhérents

46% des sujets interrogés déclaraient n'avoir réalisé qu'un seul entretien pharmaceutique; 14,8 % en avoir fait deux, 5,5% déclaraient n'en avoir fait aucun. 10% ne savaient pas répondre à la question, 15% se sont abstenus ; graphique 1.

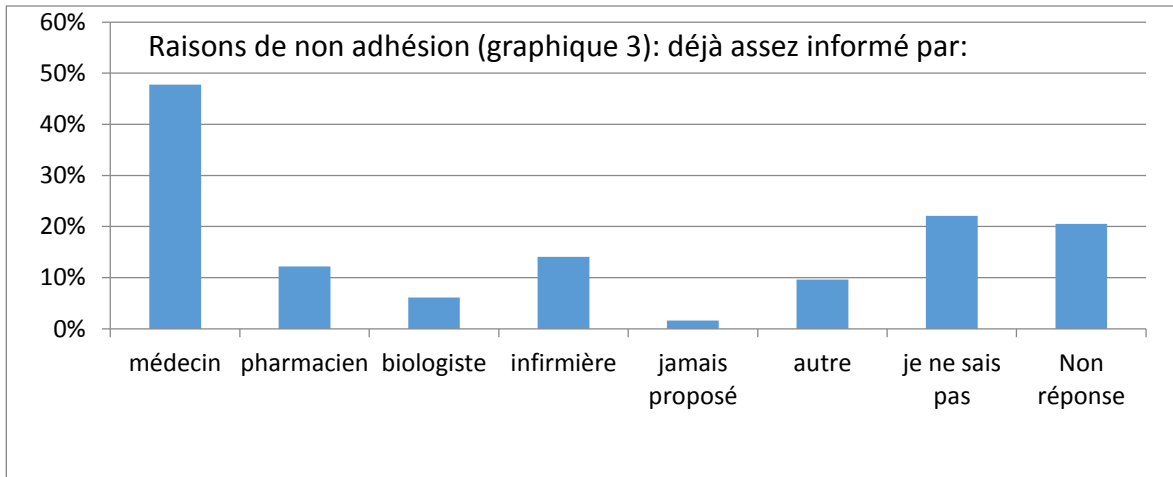


Les patients Adhérents souhaitent recueillir des informations sur le traitement (49%), sur le suivi des prises de sang (42%) ou la maladie (23%) ; graphique 2 ; nb : questions à choix multiple.



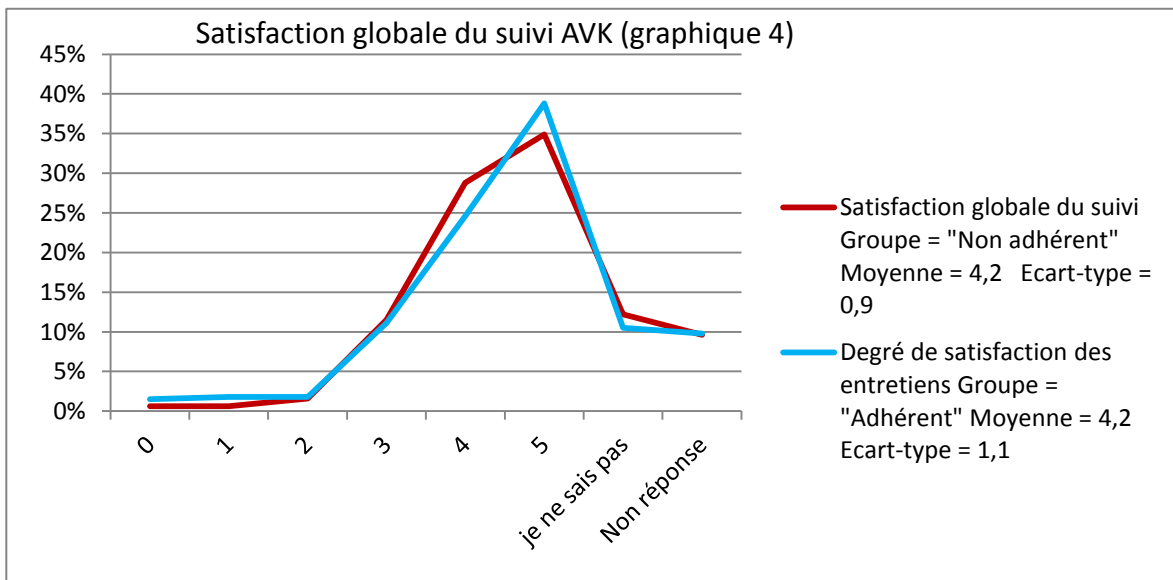
### Questions spécifique aux non adhérents

Les patients Non-adhérents s'estimaient déjà informés par leur médecin (48%), ou leur infirmière (14%), ou encore leur pharmacien (12%). A noter que 22% des patients ne savaient pas répondre à la question et 20% se sont abstenus ; graphique 3.



### Satisfaction globale du suivi

Les patients étaient satisfaits de leur suivi, adhérents ou non. Il n'était pas prévu de test statistique comparant les deux groupes mais la moyenne obtenue était similaire : 4,2/5; graphique 4.



## 4. Discussion

### Population de l'étude

En Picardie, le taux d'adhésion n'atteignait que 16% c'est pourquoi, il a fallu étendre l'inclusion des patients aux régions limitrophes.

La constitution des groupes était cependant homogène si l'on considère l'âge, le sexe, et le nombre de sujets inclus dans chaque groupe. L'âge moyen de 76 ans correspond à peu près à

l'âge moyen des patients consommant les AVK (72,5 ans d'après l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament). La présence de 68% d'hommes pouvait être liée aux spécificités de la population affiliée au RSI.

Des différences étaient observables notamment l'existence d'une proportion plus importante de citadins dans le groupe des Adhérents (test très significatif), ainsi que de sujets vivant seuls (test significatif), et ayant un niveau d'étude plus élevé (test significatif). Cette différence n'était pas due à la méthode de recrutement mais sans doute liée au fait que les patients vivant en ville avaient davantage la possibilité de se déplacer à l'officine grâce à la proximité et aux transports. De plus on peut également comprendre que les patients vivant seuls soient surreprésentés chez les Adhérents car ils ont besoin de soutien supplémentaire dans la prise en charge de leur traitement. Enfin, il a déjà été observé que les actions d'éducation thérapeutiques recrutaient davantage les patients au niveau d'étude plus élevé ce qui constitue un problème en soi pour les patients peu diplômés.

#### Connaissance générale des traitements

Le dispositif ne semblait pas améliorer la connaissance générale des traitements, déjà bien acquise par les patients. Néanmoins il persistait de petites imprécisions notamment sur le nom de la maladie. Sur ce sujet, un bon quart des patients de l'étude ont donné des réponses vagues telles que « problème cardiaque » ou « manque de fluidité du sang » sans nommer leur pathologie exacte. Le mode d'action du traitement était relativement bien connu des deux groupes, même si on pouvait déplorer que près de 15% des patients n'aient pas donné la bonne réponse. Au final, les connaissances générales sur les AVK semblaient maîtrisées, ce qui pouvait expliquer que l'étude n'ait pas révélé de bénéfice du dispositif.

#### Connaissance des principes de la surveillance biologique

Etonnamment, beaucoup de patients et davantage d'Adhérents se trompaient sur le nom du dosage biologique qui surveillait leur traitement. Il existait une confusion entre l'INR et le nom du laboratoire biologique qui réalisait le prélèvement ou le nom du médecin qui vérifiait les INR. L'étude n'a pas pu déterminer l'origine de cette confusion.

Le délai entre deux INR et les valeurs cibles de l'INR étaient globalement bien connus des patients.

La remise du carnet de suivi de l'INR à l'officine était évaluée comme un point positif du dispositif. Ce support reste globalement mal utilisé puisqu'environ la moitié des sujets de l'étude n'en possédait pas. Certains patients comptaient sur leur médecin pour gérer

l'historique des INR. Une minorité plus raisonnable préférait garder les résultats biologiques sur papier pour constituer leur dossier de suivi, ce qui leur a valu une note intermédiaire. Un travail d'éducation est donc nécessaire sur ce sujet car ce carnet permet d'impliquer le patient dans son suivi et lui permet de réagir en cas d'écart important de l'INR avec les analyses précédentes.

Au final, le dispositif semblait avoir eu un impact négatif sur la connaissance du nom du dosage biologique surveillant le traitement, et positif sur la possession du carnet de suivi des INR. Le bilan est donc mitigé.

### Observance

La posologie et l'heure de prise étaient fort heureusement très bien connues des patients.

La remise du carnet de suivi des prises après chaque entretien pharmaceutique a été évaluée comme un aspect positif du dispositif. Ce carnet permet de vérifier que le traitement a été pris à l'heure souhaitée et à la dose voulue.

La connaissance des signes cliniques de sur ou de sous dosage étaient médiocres voire inquiétants dans les deux groupes. Environ un tiers des patients n'avaient aucune idée des conséquences du déséquilibre que ce soit dans le surdosage ou le sous dosage du traitement, ou bien inversaient complètement les effets du traitement. Le dispositif ne permettait pas de corriger ce manque. Il semble prioritaire d'axer l'éducation thérapeutique sur ces deux points.

Le constat était identique dans le comportement face à un risque hémorragique : seuls 41,1% des patients savaient l'attitude à adopter face à la découverte d'un hématome sur la peau. Les autres patients étaient dépendants du service des urgences (12,6%) ou ne faisaient rien (11%). Là encore il faudrait concentrer les efforts d'éducation pour permettre aux patients de gagner en autonomie et adapter leurs comportements aux signes d'alertes hémorragiques.

L'avantage dans l'adhésion aux entretiens se situait dans le changement de comportements face à l'oubli de prises (13,2% de réponses acquises supplémentaires). Ce bénéfice attribuable aux entretiens pharmaceutiques est à féliciter car il constitue la garantie de la persistance de l'effet anticoagulant chez ces sujets face à l'oubli de prise. Les efforts d'éducation devraient se poursuivre, car près de 16% des sujets Adhérents et 22% des sujets Non-adhérents de l'étude ne savaient pas du tout l'attitude à adopter face à l'oubli de prise ; 23% des patients étaient dépendants de l'avis de leur médecin ou de leur pharmacien. Fort heureusement dans notre étude très peu de patients doubleraient les doses.



Seulement la moitié des patients informaient le professionnel de santé en amont avant un geste chirurgical, 15,7% des patients déclaraient arrêter leur traitement de leur propre initiative. Sur ce point il faudrait accentuer le travail éducatif de toute urgence.

Heureusement, presque tous les patients refusaient l'automédication, mais pour la moitié d'entre eux, sans connaître précisément les médicaments à éviter (anti inflammatoire, aspirine etc.). Une minorité confondait le paracétamol avec l'aspirine leur concédant de justesse un « partiellement acquis » dans leur notation.

Enfin, la connaissance des aliments à éviter était moyennement satisfaisante dans les deux groupes où globalement les choux et la laitue étaient majoritairement mentionnés, 19% des patients étaient encore dans l'ignorance totale.

Au final, de grosses carences sont à déplorer dans l'attitude à adopter face à un risque hémorragique ou thrombotique et dans la connaissance des interactions médicamenteuses avec les AVK. Le dispositif permet tout de même d'augmenter la fréquence de possession du carnet de suivi des prises et de corriger partiellement le comportement face à l'oubli de prise, ce qui est encourageant car cela montre que les comportements peuvent changer.

#### Saignement au cours des 3 derniers mois

L'étude n'avait pas mis en évidence de réduction du saignement dans le groupe Adhérent. Le plan de l'étude n'avait pas été pensé spécifiquement pour répondre à cette question. D'autres études sont nécessaires.

#### Vecteur d'information

Les médecins généralistes et les pharmaciens d'officine étaient les deux sources d'informations principales des patients Adhérents. C'est donc bien le binôme médecins traitants-pharmaciens d'officine qui est au cœur du dispositif, et en proportion équivalente.

Par contre ils semblaient peu sensibilisés pour solliciter de nouvelles souscriptions (baisse de 10 points chez les médecins et de 23 points chez les pharmaciens dans l'information des patients Non-adhérents). On peut donc faire le lien entre le faible taux d'adhésion des patients et l'insuffisance de mobilisation des médecins et des pharmaciens. Le deuxième enseignement que l'on peut en tirer est que l'absence de diffusion de l'information ne concerne pas une profession en particulier, même si elle est significativement plus élevée chez les pharmaciens. A noter que l'Assurance Maladie ne participait que pour 10% à la diffusion de l'information,

ce qui posait la question de la qualité du message transmis dans les courriers à destination des patients et de la place qu'elle doit tenir dans ce dispositif.

#### Questions spécifiques aux Adhérents

Une majorité des patients déclarait n'avoir réalisé qu'un seul entretien pharmaceutique, ce qui peut paraître peu. L'origine de cette observation n'a pas été élucidée puisque l'inclusion des patients supposait le remboursement par l'Assurance Maladie de deux entretiens pharmaceutiques annuels minimum sauf cas dérogatoires exceptionnels.

Les raisons de l'adhésion évoquées par les patients étaient le besoin de connaître leur traitement et la volonté d'un accompagnement dans les prises de sang. Cela correspondait bien aux objectifs des entretiens pharmaceutiques si on considère que l'information sur le traitement et l'incitation au suivi INR et son contrôle ponctuel est inscrit dans la convention. Le besoin de recevoir les informations sur la maladie n'arrivait qu'au deuxième plan, ce qui paraît logique car cela correspond davantage au rôle des médecins.

#### Raisons de non adhésion

Comme on pouvait s'y attendre, le motif de l'absence de l'adhésion était que le patient s'estimait déjà suffisamment informé par leur médecin (47%), leur infirmière (14%) et leur pharmacien (12%). Dans la thèse d'Aurore Marquis réalisé en 2014 sur les entretiens [8], 56% des pharmaciens ont indiqué que les patients non adhérents estimaient être suffisamment informés. Chez ces patients, l'éducation thérapeutique passe par les rendez-vous réguliers chez leur médecin et leur infirmière, ainsi que par les conseils dispensés au comptoir des pharmacies. A la lumière des résultats de l'étude, ces actions d'éducation thérapeutiques sont insuffisantes et devraient être renforcées chez ces patients échappant aux entretiens.

42 % des patients ne pouvaient pas justifier les raisons de leur non-adhésion. Ces patients restent donc mobilisables pour adhérer.

#### Satisfaction globale du suivi

Globalement, les patients étaient satisfaits de leur suivi qu'ils soient adhérents ou non. Cela signifie que toutes les actions d'éducation thérapeutiques sont appréciées sans distinctions. Il ne faut donc pas hésiter à les renforcer.

### Biais potentiels

Quelques biais ont été relevés :

- Les patients Non-adhérents par proposition directe des pharmaciens au comptoir n'étaient pas identifiables donc n'ont pas pu être recrutés dans cette étude.
- Certains patients Adhérents ayant effectué un seul entretien pharmaceutique pouvaient ne pas apparaître sur les bases de données du RSI et ont pu être considérés comme des Non-adhérents.
- Le nombre de sujets nécessaire n'a pas été calculé à priori.
- Les patients adhérents au dispositif sont probablement aussi les plus motivés ce qui peut induire une confusion entre l'effet de motivation des patients et l'effet bénéfique des entretiens pharmaceutiques.
- La population étudiée a été restreinte aux affiliés du RSI de quatre régions du nord de la France ce qui pose la question de l'extrapolation des résultats à la population générale.
- Les questionnaires ont été envoyés au domicile des patients, qui avaient pour consigne de ne s'aider d'aucun document. Cette consigne a pu ne pas être respectée.
- La question numéro 9 sur la connaissance de la valeur cible de l'INR aurait pu inclure la proposition « entre 3 et 4 » pour les patients dont l'INR cible se situe entre ces valeurs. Ceci a été pris en compte dans la correction.

### **III. Perception du dispositif d'accompagnement des patients sous AVK par les médecins généralistes et les pharmaciens d'officine Picards**

#### **1. Introduction**

Cette étude s'est réalisée avec le soutien financier et logistique du RSI Picardie. Le plan et l'analyse des résultats s'est fait en toute indépendance par le thésard.

Il s'agissait d'une étude descriptive quantitative et qualitative, effectuée auprès des médecins généralistes et des pharmaciens de Picardie.

#### Objectifs

L'objectif principal était de recueillir la perception et l'adhésion au dispositif par les médecins généralistes et les pharmaciens d'officine.

#### **2. Matériel et méthode**

##### Population de l'étude

Etaient inclus les médecins généralistes et les pharmaciens d'officine Picards présents sur les bases de données du RSI Picardie et encore en activité au 1<sup>er</sup> décembre 2015. Il était prévu de tirer au sort 600 médecins généralistes (200 en Somme, 200 dans l'Aisne, 200 dans l'Oise) ; et la totalité des officines de Picardie, soit 604 officines.

##### Plan

Un questionnaire de satisfaction à destination des médecins et des pharmaciens a été élaboré en s'inspirant de l'enquête satisfaction réalisée en 2014 à la demande de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés [9]. Ce document de 10 questions, accompagné d'un courrier d'explication et d'une enveloppe T, a été envoyé par voie postale à l'adresse professionnelle des sujets inclus. Les questions communes aux deux groupes portaient sur la satisfaction globale du dispositif, l'approbation des nouvelles missions du pharmacien, la perception de l'efficacité du dispositif sur la connaissance, le suivi, et l'observance. Nous avons également demandé si le dispositif améliorait la compréhension des difficultés des patients, et quel était son impact sur la relation médecin-pharmacien. Une question était destinée uniquement aux médecins et les interrogeait sur leur connaissance du dispositif. Enfin, deux questions propres aux pharmaciens les interrogeaient sur l'amélioration de leur relation avec les patients et sur la proposition systématique du dispositif aux patients.

Pour chaque question, les répondants devaient indiquer s'ils étaient d'accord ou non en apposant une croix sur une ligne non graduée ayant à chaque extrémité 0 (pas du tout) et 10 (tout à fait d'accord). Un champ libre pour chaque groupe a été prévu pour recueillir les remarques. Les réponses étaient anonymes.

### Analyse statistique et critères de jugement

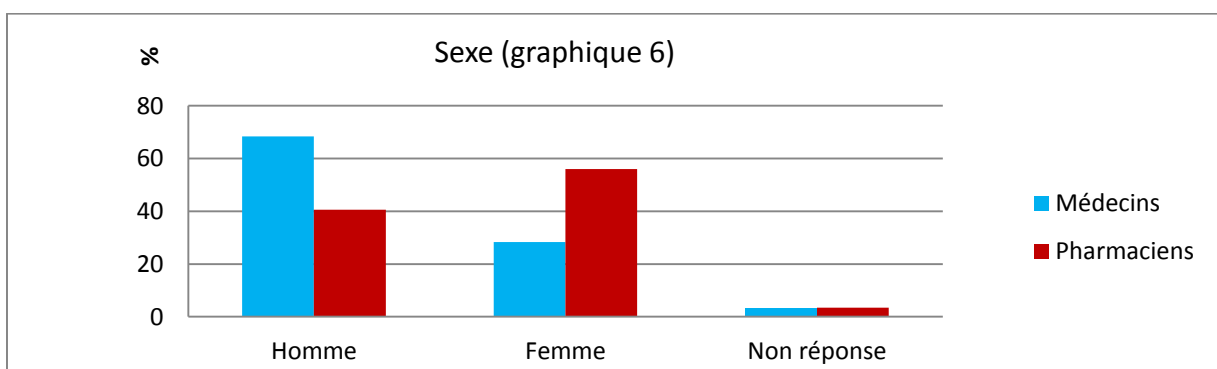
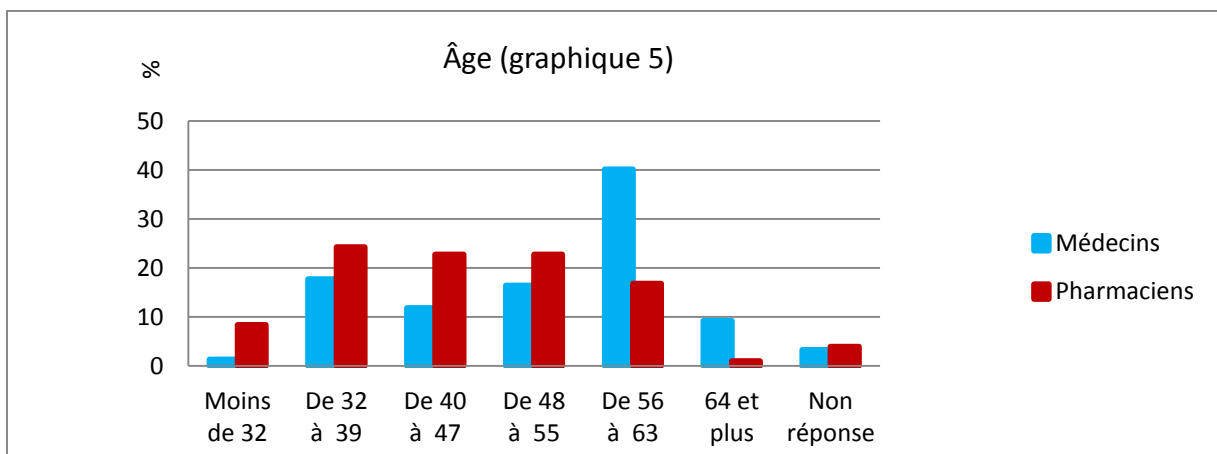
La lecture des réponses s'est faite en graduant l'échelle par unité de 0 à 10.

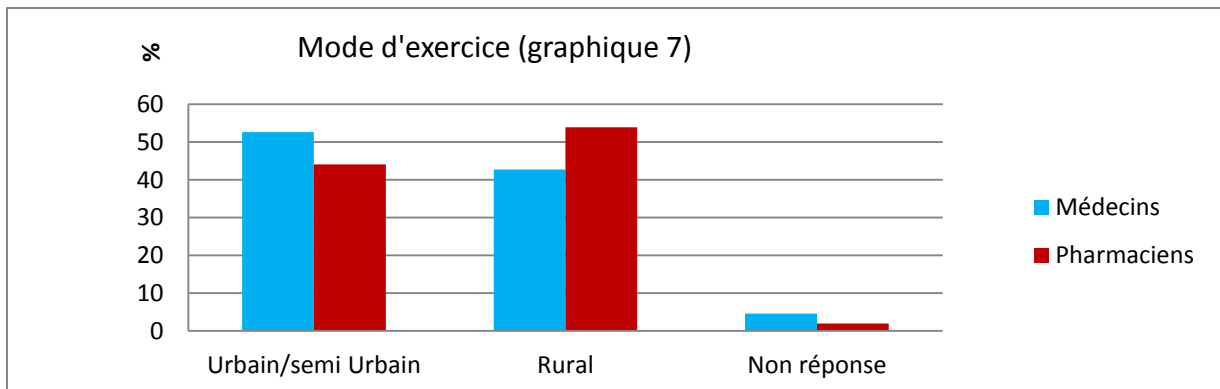
La comparaison du niveau de satisfaction entre les groupes a été analysée par le test de Fisher sur le logiciel Sphinx plus, version 5.1.0.4. Le seuil de significativité de 0,05 a été retenu.

L'analyse des réponses qualitatives s'est pratiquée par thème : elles ont été analysées et regroupées par similarité. Le thésard a estimé la fréquence d'apparition de chaque thématique et relevé les associations qui pouvaient exister entre chaque type de contenu en essayant de comprendre le raisonnement de chaque répondant.

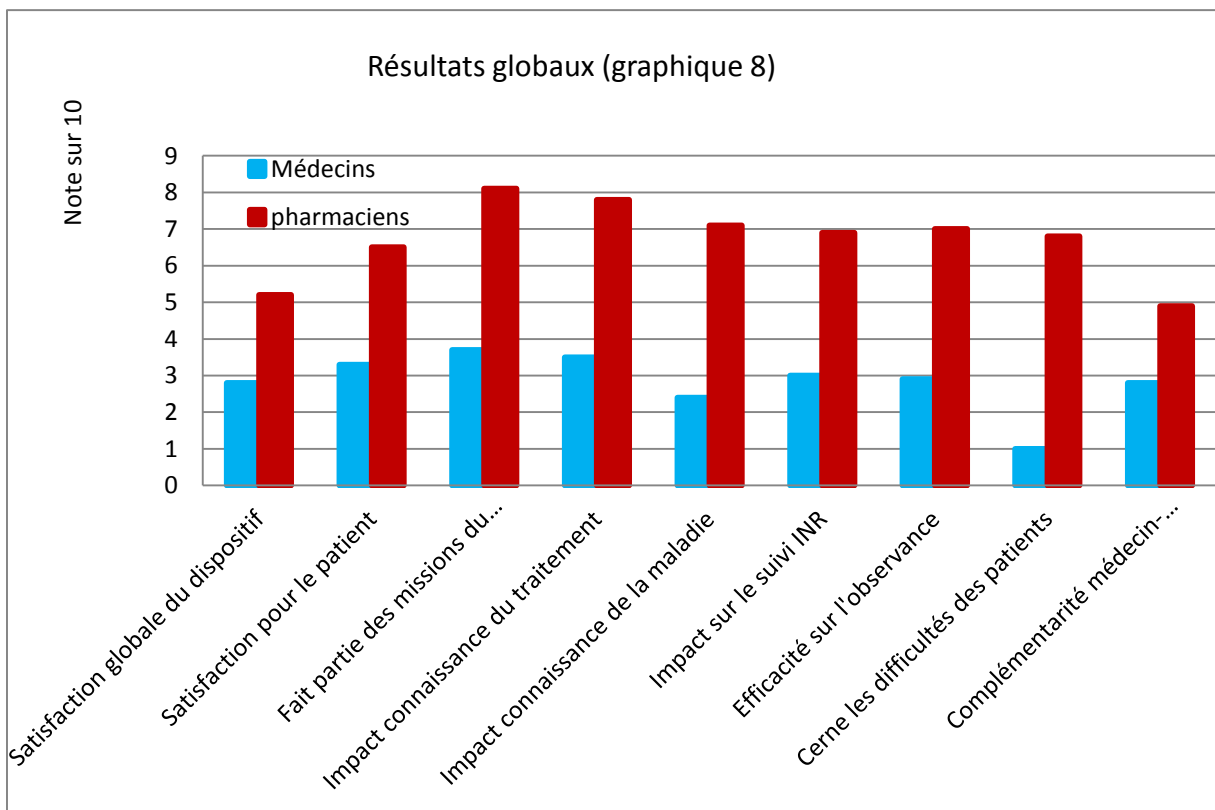
### 3. Résultats

Au total 152 médecins généralistes et 202 pharmaciens d'officine Picards ont répondu, soit 25,3 % des médecins interrogés et 33,4 % des pharmaciens. Les caractéristiques par âge, sexe et lieu d'exercice sont présentées dans les graphiques 5,6 et 7.



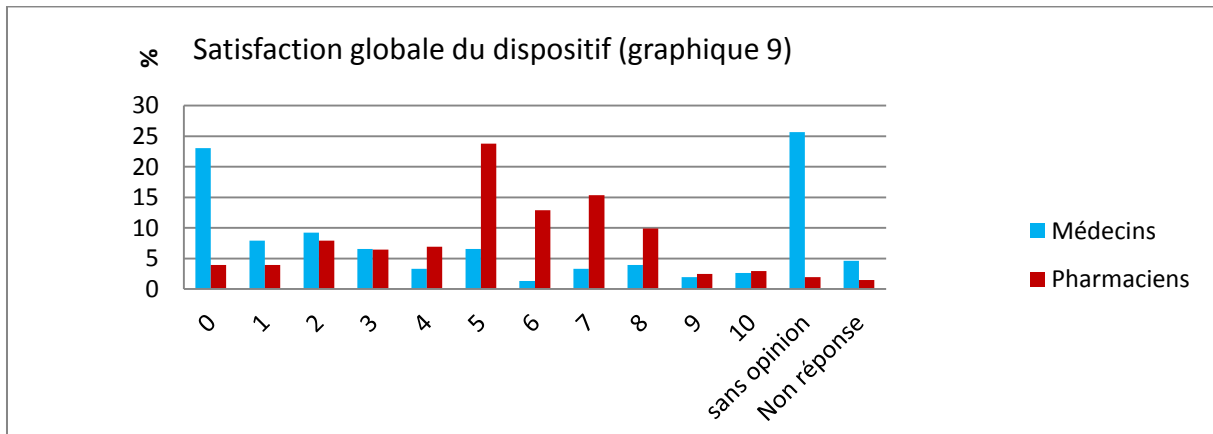


Les résultats globaux sont présentés dans le graphique 8.



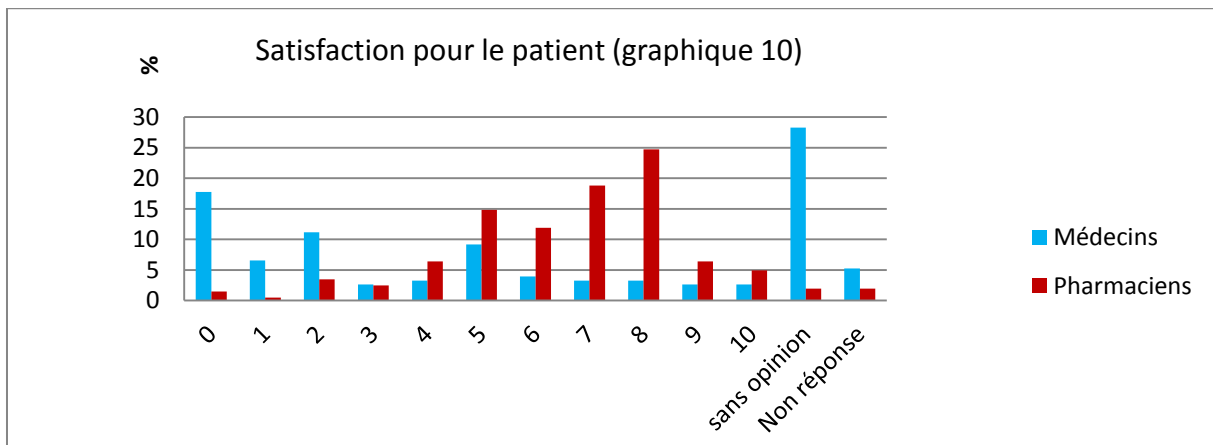
Le détail des réponses aux questions posées sont présentés dans les graphiques ci-dessous.  $p$  représente la probabilité de se tromper. F est le test de Fisher.

Le niveau de satisfaction globale du dispositif était de 2,8/10 chez les médecins et de 5,2/10 chez les pharmaciens;  $p < 0,1 \%$ ;  $F = 54,8$ ; graphique 9.

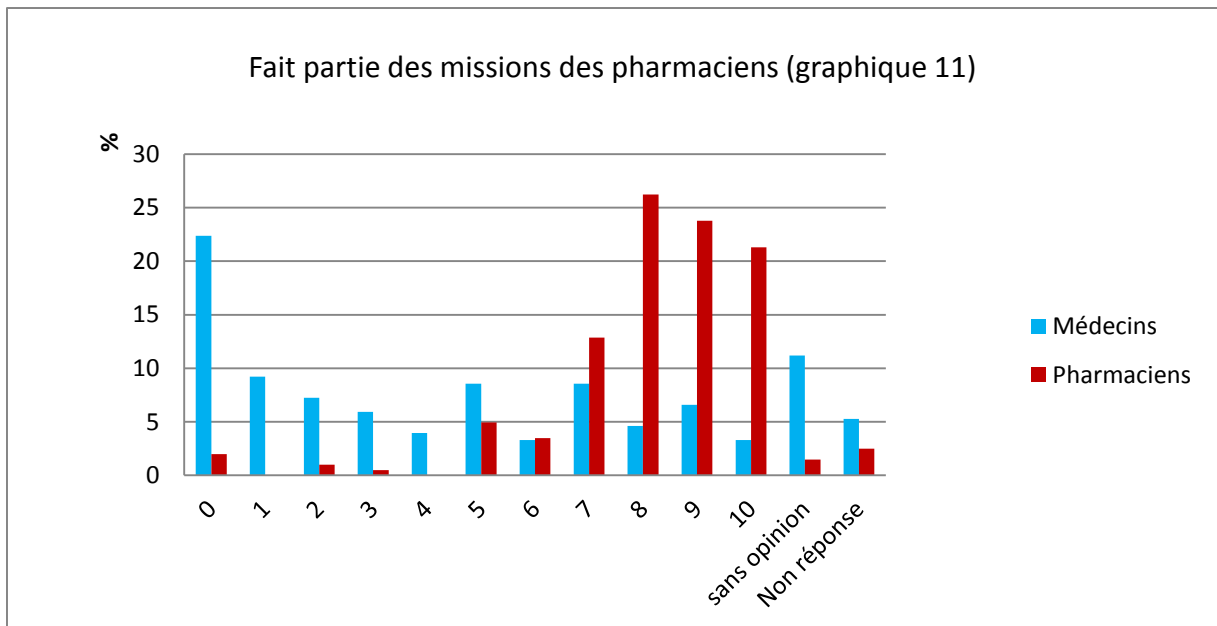


Le niveau de satisfaction pour le patient du point de vue des médecins obtenait moyenne de 3,3/10 contre 6,5/10 du point de vue des pharmaciens ;  $p < 0,1 \%$ ;  $F = 110,7$ ; graphique 10.

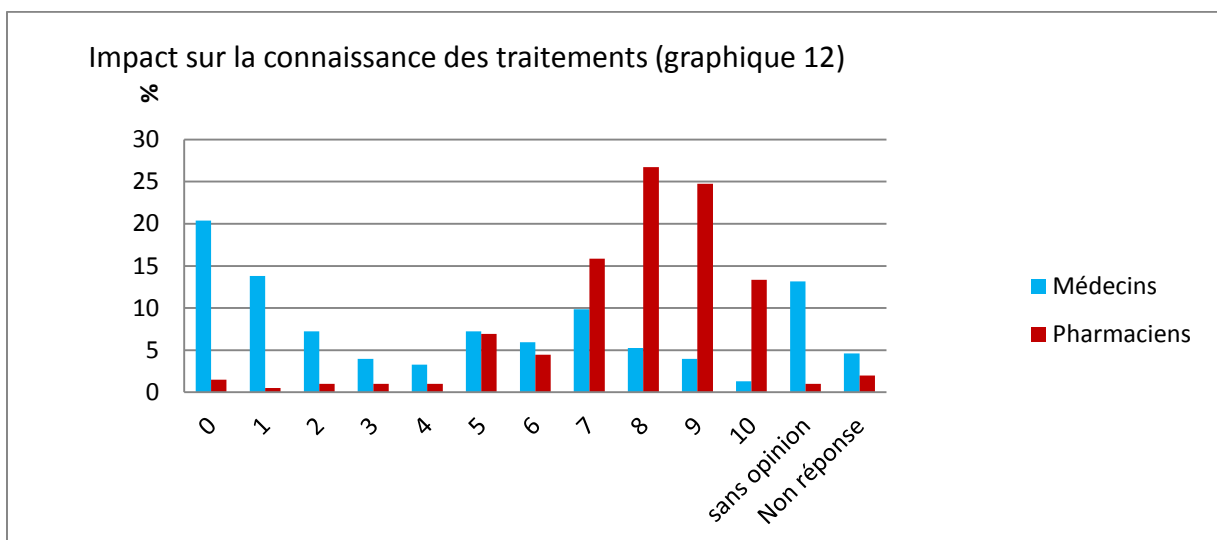
Dans l'analyse croisée il n'existait aucune relation significative entre l'âge des médecins et la satisfaction globale du dispositif.



Le niveau de satisfaction des nouvelles missions du pharmacien obtenait une moyenne de 3,7/10 pour les médecins, contre 8,1/10 pour les pharmaciens ;  $p < 0,1 \%$ ;  $F = 222,1$ ; graphique 11.

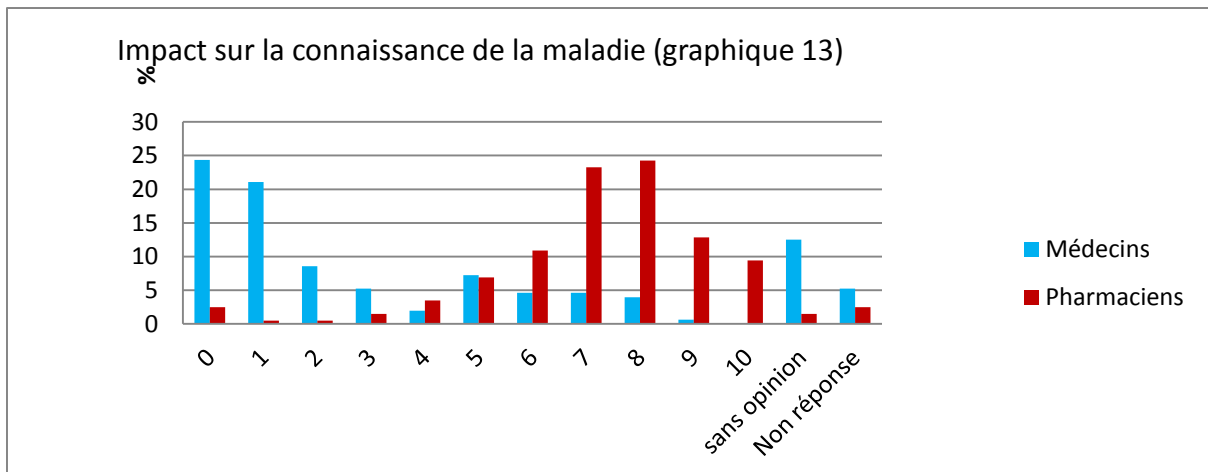


L'impact du dispositif sur la connaissance du traitement obtenait une moyenne de 3,5/10 pour les médecins et 7,8/10 pour les pharmaciens ;  $p < 0,1$  % ;  $F = 227,5$ , graphique 12.

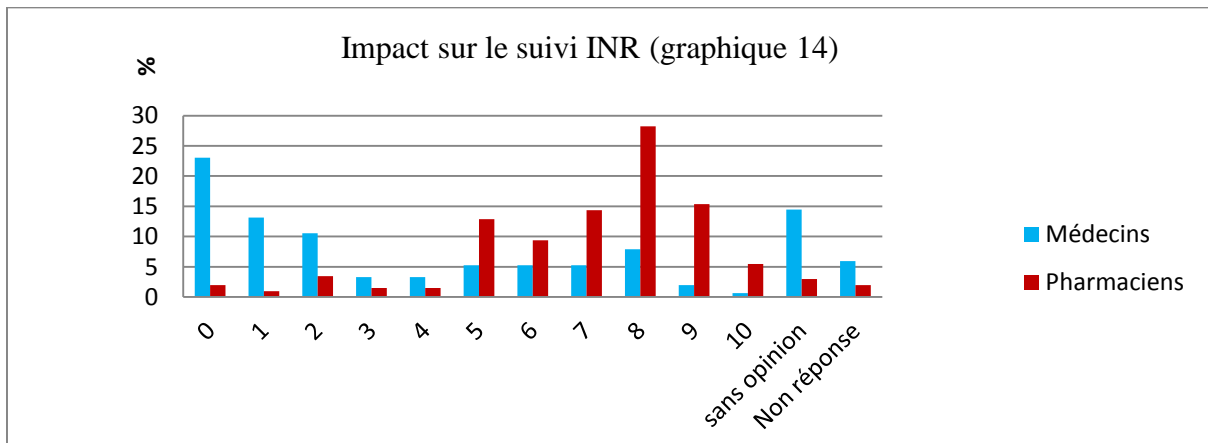


L'impact du dispositif sur la connaissance de la maladie obtenait une moyenne de 2,4/10 pour les médecins contre 7,1 /10 pour les pharmaciens ;  $p < 0,1$  % ;  $F = 333,2$  ; graphique 13.

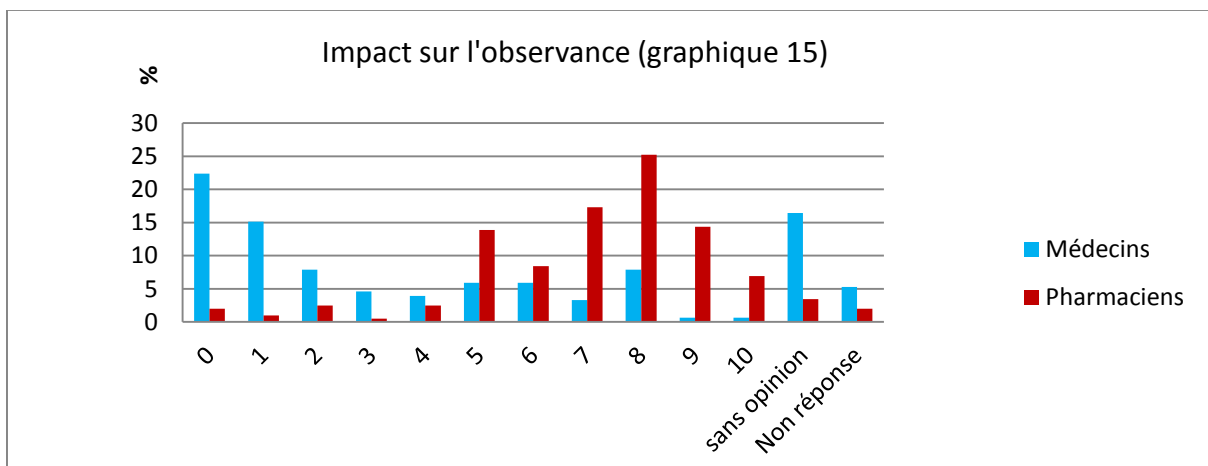




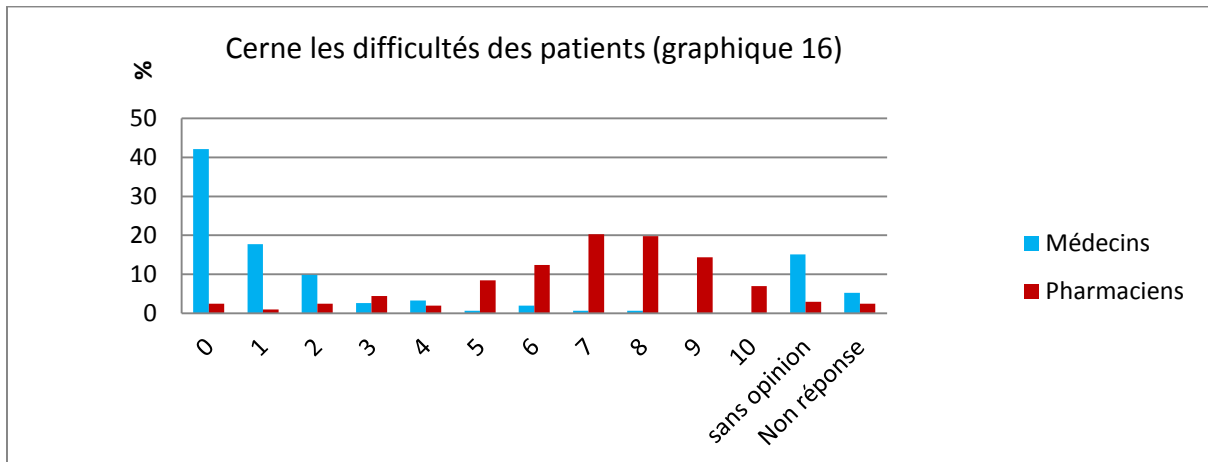
L'impact du dispositif sur le suivi INR obtenait une moyenne de 3/10 selon les médecins et de 6,9/10 selon les pharmaciens ;  $p < 0,1$  % ;  $F = 174,6$  ; graphique 14.



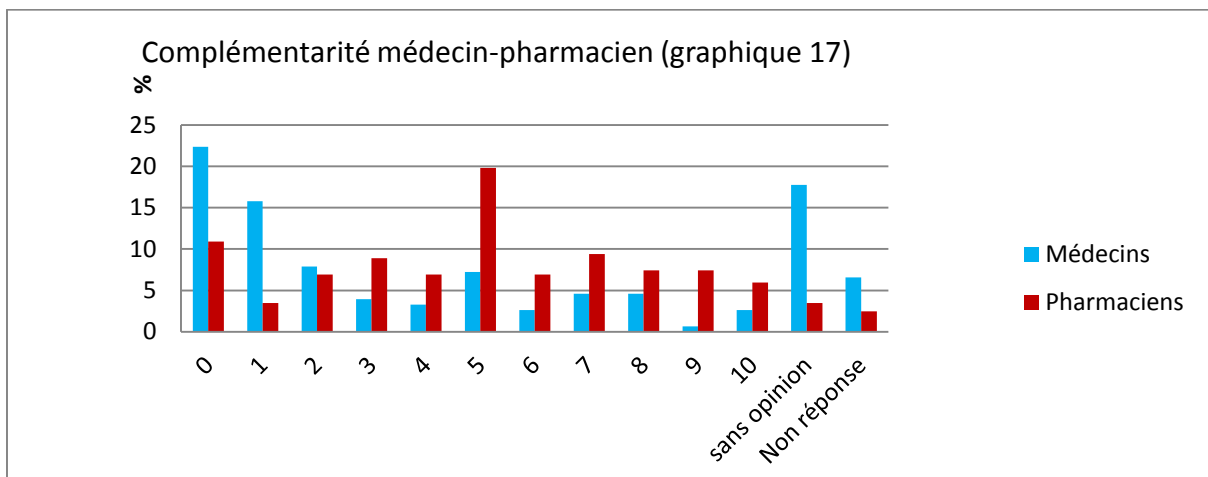
Le sentiment d'efficacité du dispositif sur l'observance obtenait une moyenne de 2,9/10 pour les médecins, et de 4,9/10 pour les pharmaciens ;  $p < 0,1$  % ;  $F = 203,1$  ; graphique 15.



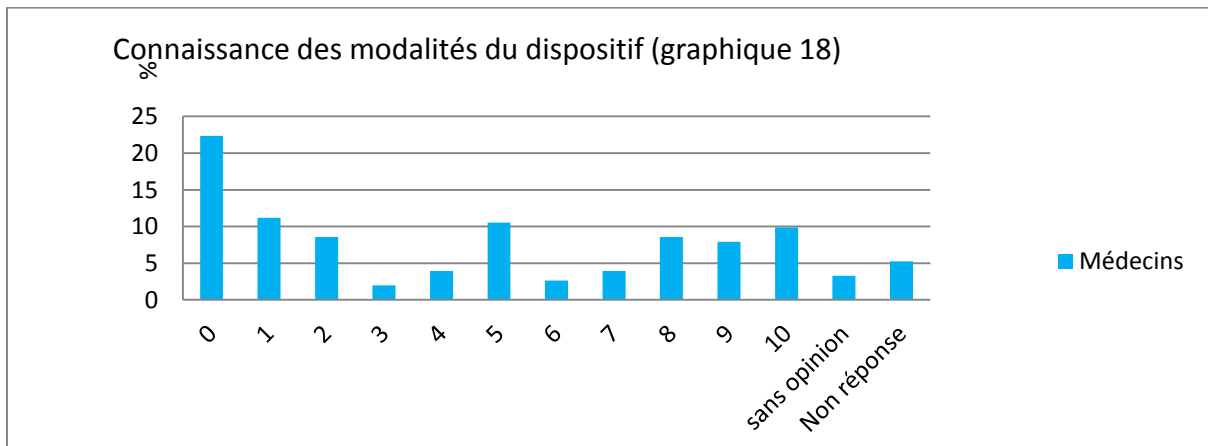
L'efficacité du dispositif dans la réponse aux difficultés des patients obtenait une moyenne de 1/10 pour les médecins, et de 6,8/10 pour les pharmaciens ;  $p < 0,1\%$  ;  $F = 581,1$  ; graphique 16.



Le sentiment d'efficacité du dispositif sur la complémentarité médecins-pharmaciens obtenait une moyenne de 2,8/10 pour les médecins, et de 4,9/10 pour les pharmaciens;  $p < 0,1\%$  ;  $F = 38,1$  ; graphique 17.

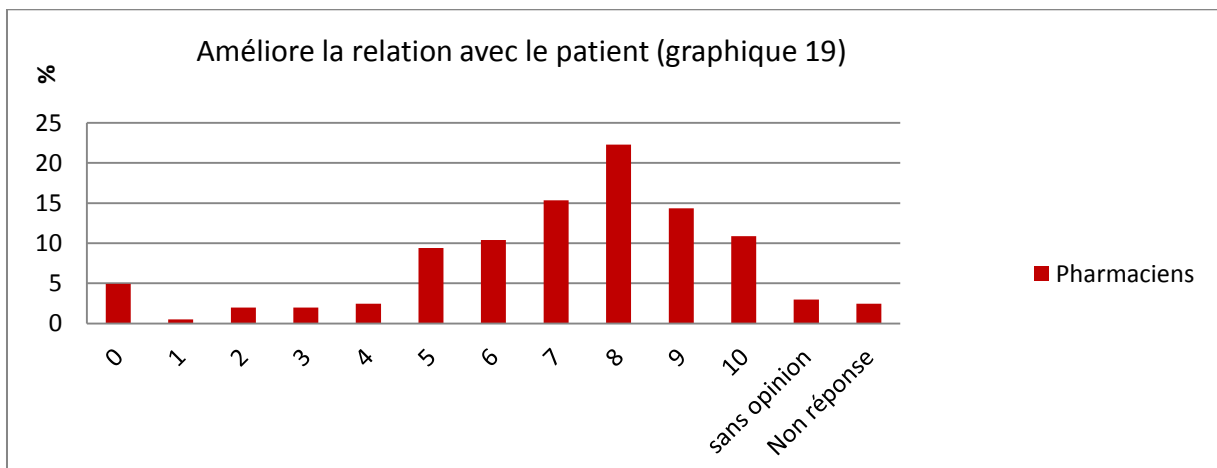


La connaissance des modalités du dispositif sont présentés dans le graphique 18.



Il n'existait pas de lien significatif dans l'analyse croisée entre la connaissance du dispositif et la satisfaction globale.

La question de l'amélioration de la relation patient-pharmacien obtenait une note moyenne de 6,9/10 ; graphique 19.



Les pharmaciens étaient 37,1 % à proposer systématiquement le dispositif.

#### 4. Résultats des écrits des médecins généralistes Picards

77 médecins généralistes Picards ont écrit des commentaires soit 50,7 % d'entre eux. Voici leurs commentaires classés par thème.

##### Satisfaction globale

Le dispositif a été qualifié comme « théoriquement intéressant ».

D'autres avouaient ne pas avoir eu connaissance du dispositif (13 commentaires).

D'autres médecins ont rejetés le dispositif d'un seul bloc : « c'est du n'importe quoi », « cela est destiné à démonter la médecine générale ». Un médecin a mis en garde le thésard contre la délégation des tâches dans l'avenir de la profession.

Un médecin déclarait que « les AVK [étaient] un traitement obsolète ».

La question de la rémunération des pharmaciens a été citée (5 commentaires). Certains médecins ne comprenaient pas pourquoi les pharmaciens étaient rémunérés pour un travail qu'eux même effectuent gratuitement : « cela est destiné à compenser le manque de revenus des pharmaciens » ; « il faudrait créer une cotation spécifique pour rémunérer les médecins »,

« les informations devraient être données par les médecins et pharmaciens hospitaliers, cela ferait des économies pour la sécurité sociale ».

#### Satisfaction pour le patient

L'efficacité du dispositif a été remise en cause dans plusieurs commentaires : « les personnes âgées vont rarement à la pharmacie » ; « les patients à mobilité réduite vont rarement à l'officine » ; « ne sont réceptifs que les patients déjà observant donc inutile » ; « très peu de patients vont à l'officine car nous avons un système de suivi de l'INR ».

#### Satisfaction des missions du pharmacien ; impact sur la connaissance du traitement, de la maladie, du suivi INR, et sur l'observance

Parmi les points positifs, un médecin a noté que le dispositif faisait partie intégrante du métier de pharmacien ; « cela fait partie de leur métier à la base » ; « cela paraît fastidieux pour les pharmaciens mais l'idée est bonne ».

Un médecin a souligné que le dispositif constituait un plus dans l'explication du traitement donné au patient. D'autres ont remarqué que les patients avaient une meilleure connaissance de l'INR, et ont salué l'intérêt du dispositif dans le rappel des INR et la délivrance du calendrier de suivi. La délivrance du calendrier de prise a également été appréciée.

Les points de désaccords ont été plus nombreux à être soulevés. Le plus fréquent a été le fait que les médecins interrogés étaient contre la modification de posologie des traitements AVK par le pharmacien, car « il ne connaît pas les indications précises » ni « les pathologies des patients ». La modification de posologie a été jugée comme étant « de la compétence du médecin ». Pour le suivi et l'interprétation des résultats INR, des médecins ont souligné « l'absence de disponibilité des pharmaciens », et la méconnaissance de l'INR cible. Un commentaire a rejeté le dispositif sur le ton de l'humour noir en proposant de « faire suivre les patients sous AVK par les notaires ».

D'autres expliquaient « préférer travailler avec l'infirmière qui a prélevé le patient ou le laboratoire qui a effectué l'analyse biologique ». Le rôle du médecin centralisateur des données INR a été cité. La question de la responsabilité a été évoquée : « qui fait quoi ? Le médecin et les patients sont perdus », « plus il y a d'intervenants, plus le risque d'erreur est fréquent ».

### Difficultés des patients, complémentarité médecins/pharmaciens

Des médecins ont souligné l'absence totale de retour sur le dispositif par les patients et les pharmaciens (8 commentaires)

#### **5. Résultats des écrits des pharmaciens d'officine Picards**

Les pharmaciens d'officine Picards ont été 49% à écrire un commentaire. Voici leurs commentaires classés par thème.

#### Satisfaction globale

Le dispositif était perçu par certains comme « gratifiant », permettant une « reconnaissance », « une image de professionnels de santé » et un « enrichissement personnel ». Il a permis dans certains cas, d'améliorer la relation avec le patient, et de « dialoguer sans cadre formel ».

Le dispositif a été plusieurs fois qualifié « d'usine à gaz », « fastidieux », et beaucoup ont souligné la « lourdeur administrative », la « rigidité » du dispositif, le fait qu'il soit « chronophage » et « compliqué pour les petites officines » ; « la prise de rendez-vous est un frein », « c'est plus pratique au comptoir ». Des commentaires plus virulents qualifiaient le dispositif de « belle connerie » ; que cela « ne sert à rien ».

D'autres s'interrogeaient sur l'utilité du dispositif, du fait qu'il n'a pas été étendu aux nouveaux anticoagulants oraux (NACO).

De nombreux commentaires concernaient la rémunération : elle « passe mal auprès des patients », et puis « nous sommes peu rémunérés », « difficile de récupérer les sommes dues », « il faut attendre 18 à 24 mois avant d'être payé », « c'est de la poudre aux yeux », « il faudrait un code acte ». Un pharmacien a employé l'humour pour exprimer son mécontentement : « c'est comme Platini qui se fait payer 11 ans plus tard ». Un pharmacien a joint à sa réponse un relevé mentionnant 2 entretiens non payés par l'Assurance Maladie.

#### Satisfaction pour le patient

Des pharmaciens ont souligné la satisfaction des patients, « ils reviennent vers nous plus facilement », « les patients sont ravis » ; « très bonne réceptivité ».

D'un autre côté, des pharmaciens rapportaient la surprise des patients à l'annonce du dispositif, et le fait « qu'ils ne voient pas l'intérêt avec avant », car « l'accompagnement se fait comme ça depuis longtemps » et certains patients penseraient « être fliqués ». Des pharmaciens ont appuyé ces propos en évoquant la redondance du dispositif avec ce qui se faisait déjà auparavant.

De nombreux pharmaciens ont estimé qu'une seule convocation par an aurait suffi, qu'il est « difficile de mobiliser plusieurs fois le patient ». « Certains patients s'estiment être assez informés, il y a peu de demandes ». Des commentaires ont soulevé le fait que le dispositif était « inefficace sur les patients non actifs » et que « les courriers d'information n'ont pas été bien envoyés par les caisses ».

#### Satisfaction des missions du pharmacien ; impact sur la connaissance du traitement, la connaissance de la maladie, le suivi INR, l'observance, difficultés des patients

Le dispositif a selon certains, permis une meilleure observance du traitement. Un commentaire souhaitait voir ce dispositif « obligatoire », et un autre le qualifiait de « bon concept ».

Des commentaires virulents ont été écrits : « chacun son métier » ; ou encore « vivement la libération vis à vis des sécus ».

Des pharmaciens s'interrogeaient sur le rôle de chacun (médecins, pharmaciens, infirmiers),

#### Complémentarité médecin-pharmacien

Parmi les points positifs, un pharmacien a écrit que les médecins étaient enchantés de travailler avec les pharmaciens. La complémentarité des compétences a été reconnue comme un avantage, et a été énoncé le souhait d'une meilleure collaboration entre professionnels de santé ainsi qu'une « évolution des mentalités » ; « tissons une véritable relation professionnelle ! Nous n'avons pas besoin des services publics ».

Les points négatifs ont été plus nombreux. Le dispositif a été selon certains « mal présenté aux médecins », « ils jettent le courrier des patients », ils « craignent que l'on prenne leur prérogatives », ils sont « jaloux ». Des pharmaciens déploraient le manque d'aval du médecin : « difficile de s'investir dans cette mission » ; « peu d'intérêt des médecins », « il faudrait que les médecins encouragent leurs patients à suivre ce dispositif », « cela n'améliore

pas la relation médecins-pharmaciens ». Des commentaires soulignaient le fait que les médecins « pensent que cela sert à faire de l'adaptation posologique » et qu'ils « sont réticents », d'où le « mauvais accueil ». Les commentaires les plus virulents fustigeaient les « médecins anti pharmaciens », ils « nous cassent », ils considèrent que l'on « vole leur gagne-pain », que l'on « marche sur leur plates-bandes », « nos compétences ne sont pas considérées » ; « ils sont intouchables ».

### Autre

Un commentaire destiné au thésard demandait pourquoi sa thèse était « financée par le RSI ».

## **6. Discussion**

Nous avons recueillis 152 questionnaires de médecins généralistes libéraux soit un peu plus de 10% des 1468 médecins généralistes libéraux et mixtes de la région Picardie [10].

Nous avons recueillis 202 questionnaires de pharmaciens d'Officine, sur 604 officines soit 33,4 % de celles-ci [11].

L'échantillon de médecins semble correspondre à celle de la Picardie si l'on considère le sexe : 71% d'hommes et 29% de femmes ont été observés dans l'étude contre 66% d'hommes et 34% de femmes en Picardie. La moyenne d'âge des médecins était de 51,9 ans dans l'étude contre 53,9 en Picardie. La tranche des 32-39 ans semble surreprésentée.

L'échantillon des pharmaciens comprend 42% d'hommes et 58% de femmes, contre 44,5% d'hommes et 55,5% de femmes en Picardie [12]. L'âge moyen des pharmaciens observé dans l'étude était de 44,9 ans, contre 49 ans en moyenne en Picardie.

Voici quelques pistes de réflexion classées par thème.

### Concernant la satisfaction globale pour le médecin et le pharmacien

Les médecins faisaient globalement mauvais accueil du dispositif. Dans notre étude exactement 50% des médecins ont donné une note globale inférieure à 5. Les résultats étaient cohérents avec la thèse d'Audrey Grandval évaluant le dispositif dans le département de l'Eure [13] : un peu moins de la moitié des médecins généralistes étaient plutôt défavorables ou très défavorables au dispositif. La moyenne obtenue dans notre étude doit être relativisée par le fait que 25,6% des médecins n'avaient pas d'opinion.

Une des raisons évoquée au mécontentement était que ce nouveau mode d'exercice faisait peur à certains médecins, qui avaient le sentiment qu'une partie de leur cœur de métier était laissée aux pharmaciens. Audrey Grandval écrivait que « les médecins s'inquiétaient de l'évolution de leur statut imposée par la CPAM (nb : Caisse Primaire d'Assurance Maladie)».

La rémunération des pharmaciens posait souci dans certains commentaires des médecins, qui avaient l'impression de faire le même travail mais gratuitement. Audrey Grandval écrivait « certains médecins s'indignaient de la rémunération du pharmacien pour une mission qu'il a le sentiment d'effectuer gracieusement ». Une cotation a été revendiquée afin de considérer les efforts des médecins en ce sens.

Les pharmaciens semblaient moyennement satisfaits du dispositif (note de 6,5/10). Les résultats étaient moins positifs que lors de l'enquête de satisfaction réalisée en 2014 pour l'Assurance Maladie, qui évaluait le dispositif selon une échelle allant de 1 à 10 [9]. La satisfaction globale vis-à-vis du dispositif pour le pharmacien avait obtenu une note moyenne de 6,8/10. Dans la thèse d'Aurore Marquis [8], la satisfaction atteignait 8,15/10 (juin 2014).

La rémunération constituait un frein à la bonne tenue des entretiens pharmaceutiques. Le fait que le paiement soit retardé parfois d'un an était mal accepté des pharmaciens. De plus, la relative faible rémunération (40€ pour 2 entretiens) n'incitait pas les pharmaciens à les réaliser. Le dispositif était qualifié d'usine à gaz. Un code acte a été revendiqué car le temps nécessaire pour ces entretiens interfèrent avec leur activité quotidienne.

Quelles solutions apporter afin qu'ils puissent mieux s'organiser pour mener à bien leurs nouvelles missions ? Des entretiens de groupe ? Une participation des médecins ?

#### Concernant la satisfaction globale pour le patient

Là encore il existait une nette différence d'appréciation entre les deux groupes : insatisfaisant pour les médecins (mais avec plus de 28% sans opinion) et satisfaisant pour les pharmaciens.

La satisfaction du pharmacien était plus élevée de 1,1 point dans l'étude de l'Assurance Maladie de 2014 : 7,4/10. Les deux professions s'accordaient dans le fait que le dispositif pouvait sélectionner les patients les plus observants à la base ce qui pouvait le rendre inefficace. Un des moyens pour éviter ce phénomène pourrait être l'incitation des patients les plus fragiles à la réalisation de ces entretiens par le médecin généraliste. Malheureusement il semble que



cela ne soit pas toujours le cas. Il est également vrai que le dispositif n'atteint pas les patients à mobilité réduite. Une réflexion pourrait être menée sur ce point.

La pertinence de l'obligation de deux entretiens pharmaceutiques annuels pour être rémunéré est discutée par les pharmaciens car certains patients ne prennent pas forcément le deuxième rendez-vous, s'estimant assez informés, ou pour d'autres raisons. Les pharmaciens n'étant pas rémunérés si le patient n'est venu qu'à un seul entretien, cela peut les décourager.

#### Concernant la satisfaction des missions du pharmacien, l'impact sur la connaissance du traitement, de la maladie, du suivi de l'INR, et sur l'observance

Le rôle du pharmacien dans le dispositif était insatisfaisant pour les médecins et très satisfaisant pour les pharmaciens. La note des pharmaciens déclinait par rapport à l'étude réalisée en 2014 (8,1 contre 8,7/10).

Le point de désaccord essentiel que l'on retrouve dans les écrits est le fait que beaucoup de médecins généralistes pensaient que les entretiens pharmaceutiques servaient à faire de l'adaptation posologique en fonction des INR alors qu'il n'en a jamais été question dans la convention.

Nous retrouvons les mêmes commentaires dans le travail d'Audrey Grandval. Celle-ci écrivait que « les médecins avaient fait très souvent l'amalgame entre la notion d'entretiens pharmaceutique et l'adaptation posologique de l'AVK » ; « les médecins faisaient la confusion entre la réalisation d'entretiens dont l'objectif est d'apporter ou de renforcer les connaissances nécessaires au patient pour la bonne gestion de son traitement et l'ajustement thérapeutique, dont il n'a jamais été question dans la convention » ; « Ils craignaient que les pharmaciens ne soient pas capables d'adapter la posologie des AVK en fonction de l'INR du patient ». « Ils estimaient qu'ils étaient les mieux placés pour remplir ce rôle » ; « Ils craignaient une augmentation des risques d'erreurs dans le suivi du patient » ; « Plusieurs médecins estimaient que le pharmacien n'avait pas l'expérience clinique et la connaissance du patient dans sa globalité indispensable pour assurer son suivi vis à vis du traitement anticoagulant » ; « Certains médecins avaient soulevé la question des responsabilités ».

Il s'agissait probablement du plus gros point de blocage du dispositif. Les médecins s'estimaient les mieux placés pour adapter la posologie des AVK en fonction des INR, et les pharmaciens ne le remettaient pas en cause. Il semblait s'agir d'un point de désaccord par fausses croyances ou méconnaissance du dispositif.

Le dispositif donnait insatisfaction aux médecins et satisfaction aux pharmaciens dans l'amélioration des connaissances des patients sur leur traitement AVK. La question obtenait 0,3 points de plus pour les pharmaciens en 2014. Dans la thèse d'Audrey Grandval, le sentiment d'efficacité était partagé entre une moitié de « moyennement efficace » et l'autre « très efficace ». Il est difficile de comprendre pourquoi la note des médecins est si basse dans notre étude alors que l'un des rôles du pharmacien est précisément d'informer les patients sur les médicaments qu'ils prennent.

Le sentiment d'impact du dispositif sur la connaissance des patients de leur maladie obtenait une moyenne très insatisfaisante pour les médecins et satisfaisante pour les pharmaciens. Elle avait obtenu 0,5 points de plus en 2014 pour les pharmaciens. L'origine de cette différence peut provenir du fait que les médecins s'estimaient mieux placés pour éduquer les patients sur leur maladie car ils en connaissent l'histoire et la clinique.

Le sentiment d'impact sur le suivi INR était insatisfaisant pour les médecins et satisfaisant pour les pharmaciens. Il existait une confusion entre le suivi INR et l'incitation au suivi INR. Cette subtilité explique peut-être la différence de point de vue entre les médecins et les pharmaciens. Là encore, une clarification des rôles de chacun semble nécessaire. En 2014, la note des pharmaciens était à 6,9/10 (contre 7,5/10).

L'efficacité sur l'observance des patients sous AVK est très insatisfaisante selon les médecins et satisfaisante pour les pharmaciens. La note était de 7,5/10 pour l'observance dans l'étude de 2014, soit 2,6 points de plus. Dans la thèse d'Audrey Grandval, l'observance du traitement était meilleure grâce aux entretiens pharmaceutiques dans 88% des cas. Cette mauvaise appréciation des médecins semble sévère. Dans les écrits des médecins, l'intérêt de la délivrance du carnet de suivi des prises a pourtant été souligné.

#### Concernant la difficulté des patients et la complémentarité médecin-pharmacien

La plus mauvaise note de l'étude concernait la capacité du dispositif à aider les médecins à cerner les difficultés de leurs patients.

Les médecins avaient peu de retours sur les entretiens et ne cernaient pas mieux les difficultés des patients. Les pharmaciens semblaient satisfaits mais la note baisse de 2,5 par rapport à 2014.

Le manque de communication entre les deux professions semblait être un point sensible, comme le montraient les mauvais chiffres des médecins et des pharmaciens pour la question de la complémentarité médecin-pharmacien : 2,8/10 (insatisfaisant) contre 4,9/10 (la seule note insatisfaisante des pharmaciens). Une note à relativiser pour les médecins car 27% se sont abstenus. Pourtant certains commentaires allaient dans le sens d'une meilleure coopération inter professionnelle. Dans la thèse d'Audrey Grandval, 40% des pharmaciens affirmaient ne jamais communiquer les conclusions de l'entretien au médecin traitant et dans la thèse d'Aurore Marquis [8], le taux montait à 70%.

#### Concernant la relation avec le patient et la proposition systématique du dispositif

Pour les pharmaciens, les entretiens apportaient un réel avantage dans l'amélioration des relations avec les patients : 7,9/10 en 2014 (contre 6,9/10). En 2014, 92% des pharmaciens étaient prêts à poursuivre.

#### Concernant la connaissance du dispositif par les médecins

Le dispositif ne semblait pas avoir été suffisamment présenté aux médecins, comme en attestaient les faibles résultats sur la connaissance des modalités du dispositif (48% des médecins ont inscrit une note inférieure à la moyenne). Dans la thèse d'Audrey Grandval, 11% seulement en connaissait les modalités exactes. La méconnaissance du dispositif comme nous l'avons vu est source de confusion et ne peut mettre qu'en échec le dispositif.

#### Biais potentiels

Les pharmaciens et médecins ont répondu sur la base du volontariat ce qui peut constituer un biais de sélection puisque les sujets les plus intéressés ont pu répondre en plus grand nombre. D'autre part, les questionnaires destinés aux pharmaciens ont été adressés à leurs officines. Plusieurs pharmaciens travaillant dans une même officine, tous n'ont pas pu répondre individuellement à l'enquête.

## IV. Conclusion

Les patients adhérents étaient majoritairement masculins, âgés de 76 ans, citadins, seuls, et de niveau brevet. L'étude n'a pas mis en évidence d'effet positif sur le niveau de connaissances générales des traitements. Un effet négatif a été observé sur la connaissance du nom de l'INR. Un effet positif a été observé sur la possession du carnet de suivi des INR et de suivi des prises. Le dispositif modifiait favorablement le comportement face à l'oubli de prise. Les efforts devraient cependant se poursuivre car on aurait pu s'attendre à davantage d'impact positif, notamment au niveau des carences éducatives graves (connaissance des effets de sous ou de sur dosage en AVK ; connaissance des interactions médicamenteuses potentielles, etc.).

Le taux d'adhésion des patients aux entretiens était relativement faible (16% des patients cibles en Picardie). La source d'information principale sur le dispositif venait essentiellement du binôme médecin-pharmacien. Ils semblaient cependant peu mobilisés car seulement 1 médecin sur 3 et 1 pharmacien sur 5 avait communiqué sur le dispositif chez les Non-adhérents. L'assurance maladie participait peu à l'information des patients ce qui posait la question de la qualité du message transmis dans les courriers à destination des patients et de la place qu'elle doit tenir dans ce dispositif.

Une majorité des patients Adhérents déclarait n'avoir réalisé qu'un seul entretien pharmaceutique, ce qui pouvait paraître peu. L'origine de cette observation n'a pas été élucidée. Les raisons de l'adhésion évoquées par les patients étaient le besoin de connaître leur traitement et la volonté d'un accompagnement dans les prises de sang.

1 patient non adhérent sur 2 n'a pas adhéré car se sentait suffisamment informé par son médecin traitant, son infirmière, ou au comptoir de la pharmacie. Au vu de leurs résultats, les actions d'éducatives thérapeutiques devraient être renforcées chez ces patients qui échappent aux entretiens. 42 % des patients ne pouvaient pas justifier les raisons de leur non-adhésion et restaient donc mobilisables pour adhérer. La satisfaction globale des patients de leur suivi AVK était bonne, adhérents aux entretiens ou non.

L'étude de satisfaction des médecins généralistes et des pharmaciens d'officine Picards révélait un clivage net entre les deux professions: les médecins étaient très peu satisfaits du

dispositif alors que les pharmaciens étaient globalement assez satisfaits. Les médecins ne pensaient pas que les entretiens puissent améliorer les connaissances globales ni le suivi ou l'observance des patients. L'âge des médecins ou la connaissance du dispositif n'en étaient pas les raisons.

Les principales hypothèses sur l'origine de cette observation sont :

- un biais d'information qu'ont les médecins sur le dispositif. Il faudrait leur assurer que les pharmaciens ne font pas d'adaptation posologique et clarifier les rôles de chacun. L'adhésion et la participation des médecins est essentielle et permettrait d'obtenir l'adhésion des patients les plus à risque, par la recommandation des entretiens.
- la communication insuffisante ou non satisfaisante entre professionnels de santé : le peu de retour des pharmaciens sur les bilans ne permet pas l'amélioration des relations médecins-pharmaciens ni la poursuite d'un objectif commun.
- la complexité du dispositif : le délai de rémunération trop important des pharmaciens, l'absence de code acte, l'absence de rémunération des médecins, le montant de la rémunération jugée faible, les contraintes logistiques et de temps à l'officine.

Les entretiens pharmaceutiques permettent quelques progrès dans l'adhésion du patient au suivi et observance de son traitement, mais les efforts doivent être poursuivis.

Des points cités ci-dessus pourraient être améliorés pour que ces entretiens soient une réussite. Une nouvelle évaluation pourra alors être reconduite.

## **V. Déclaration d'intérêts**

Cette thèse a été réalisée en partenariat avec le RSI (Régime Social des Indépendants). Il s'agit d'un organisme français ayant pour mission d'assurer la protection sociale des travailleurs indépendants, artisans, industriels, commerçants et professions libérales.

Le sujet a été présenté en amont au Département Universitaire de Médecine Générale d'Amiens et aux représentants de l'URPS Médecins Libéraux de Picardie (Union Régionale des Professionnels de Santé), et URPS Pharmaciens d'Officine de Picardie.

L'auteur ne déclare aucun conflit d'intérêt en relation avec cette étude.

## VI. Annexes

### Questionnaire patient adhérent

Age :                      Sexe :

Lieu de vie :  Ville     Campagne

Situation familiale :  Vit seul     Ne vit pas seul

Niveau d'étude :  Aucun diplôme     Brevet ou certificat des collèges     BAC et plus

Cochez **la réponse** qui vous semble juste et écrivez-la si c'est demandé. Si vous ne connaissez pas la réponse, cochez « je ne sais pas ».

1	Quel est le nom de votre traitement anti-coagulant ?	<input type="checkbox"/> Réponse : ... <input type="checkbox"/> Je ne sais pas.
2	Pour quelle maladie le prenez-vous ?	<input type="checkbox"/> Réponse : ... <input type="checkbox"/> Je ne sais pas.
3	A quoi sert-il ?	<input type="checkbox"/> Réponse : ... <input type="checkbox"/> Je ne sais pas.
4	Combien de comprimé(s) prenez-vous par jour ?	<input type="checkbox"/> Réponse : ... <input type="checkbox"/> Je ne sais pas.
5	Est-ce que vous le prenez à heure fixe tous les jours ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non. <input type="checkbox"/> Je ne sais pas.
6	Notez-vous les prises sur un carnet de suivi ?	<input type="checkbox"/> Oui. <input type="checkbox"/> Non. <input type="checkbox"/> Je ne sais pas.
7	Quel est le nom du test biologique qui surveille votre traitement ?	<input type="checkbox"/> Réponse : ... <input type="checkbox"/> Je ne sais pas.
8	Quel est le délai maximum entre deux tests ?	<input type="checkbox"/> 6 mois <input type="checkbox"/> 3 mois <input type="checkbox"/> 1 mois. <input type="checkbox"/> Je ne sais pas.
9	Quelle la valeur cible de ces tests ?	<input type="checkbox"/> Entre 4 et 5 <input type="checkbox"/> Entre 2 et 3. <input type="checkbox"/> En dessous de 1 <input type="checkbox"/> Je ne sais pas.
10	Notez-vous le résultat des tests sur un carnet de suivi ?	<input type="checkbox"/> Oui. <input type="checkbox"/> Non. <input type="checkbox"/> Je ne sais pas.
11	Quel est le risque majeur en cas de surdosage ?	<input type="checkbox"/> Réponse : ... <input type="checkbox"/> Je ne sais pas.
12	Quel est le risque majeur en cas de sous dosage ?	<input type="checkbox"/> Réponse : ... <input type="checkbox"/> Je ne sais pas.
13	Vous constatez l'apparition de bleus sur votre corps, que faites-vous ?	<input type="checkbox"/> Je vais aux urgences. <input type="checkbox"/> J'attends le prochain contrôle sanguin. <input type="checkbox"/> Je fais rapidement un contrôle sanguin. <input type="checkbox"/> Je ne fais rien. <input type="checkbox"/> Je ne sais pas.
14	Vous avez oublié de prendre votre traitement anticoagulant, que faites-vous ?	<input type="checkbox"/> Je double les doses à la prochaine prise. <input type="checkbox"/> Je prends le comprimé oublié dans les 8h. <input type="checkbox"/> J'appelle mon médecin ou mon pharmacien. <input type="checkbox"/> Je ne sais pas.

15	Vous devez vous faire arracher une dent le lendemain, que faites-vous ?	<input type="checkbox"/> J'arrête de prendre mon traitement. <input type="checkbox"/> J'informe mon dentiste le jour de l'intervention. <input type="checkbox"/> Je préviens mon dentiste plusieurs jours avant. <input type="checkbox"/> J'appelle mon médecin ou mon pharmacien. <input type="checkbox"/> Je ne sais pas.
16	Prenez-vous parfois des médicaments sans avis de votre médecin ou de votre pharmacien ?	<input type="checkbox"/> Oui. <input type="checkbox"/> Non.
17	Citez un médicament non conseillé avec votre anticoagulant.	<input type="checkbox"/> Réponse : ... <input type="checkbox"/> Je ne sais pas.
18	Citez deux aliments à ne pas consommer en excès avec votre traitement.	<input type="checkbox"/> Réponse : ... <input type="checkbox"/> Je ne sais pas.
19	Avez-vous saigné au cours des 3 derniers mois ?	<input type="checkbox"/> Oui : précisez : ... <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas.

Vous avez bénéficié d'entretiens avec votre pharmacien pour vous informer sur les anticoagulants. Notez ici le nombre d'entretiens réalisés : ...  Je ne sais pas.

1	Par quel moyen avez-vous pris connaissance du dispositif ? (plusieurs réponses possibles)	<input type="checkbox"/> Mon médecin traitant. <input type="checkbox"/> Mon pharmacien. <input type="checkbox"/> L'Assurance Maladie. <input type="checkbox"/> Je ne sais pas. <input type="checkbox"/> Autre : ...						
2	Pourquoi avoir fait ces entretiens ? (plusieurs réponses possibles)	<input type="checkbox"/> Compléter les informations sur mon traitement. <input type="checkbox"/> Compléter les informations sur ma maladie. <input type="checkbox"/> M'accompagner dans le suivi des prises de sang. <input type="checkbox"/> Autre : ... <input type="checkbox"/> Je ne sais pas.						
3	Quelle est votre satisfaction globale des entretiens, selon une échelle allant de 0 (pas du tout) à 5 (entièrement) ?	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="width: 20px; text-align: center;">0</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">1</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">2</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">3</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">4</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">5</td> </tr> </table> <input type="checkbox"/> Je ne sais pas.	0	1	2	3	4	5
0	1	2	3	4	5			

## Questionnaire patient non adhérent

Age :                      Sexe :

Lieu de vie :  Ville     Campagne

Situation familiale :  Vit seul     Ne vit pas seul

Niveau d'étude :  Aucun diplôme     Brevet ou certificat des collèges     BAC et plus

Cochez **la réponse** qui vous semble juste et écrivez-la si c'est demandé. Si vous ne connaissez pas la réponse, cochez « je ne sais pas ».

1	Quel est le nom de votre traitement anti-coagulant ?	<input type="checkbox"/> Réponse : ... <input type="checkbox"/> Je ne sais pas.
2	Pour quelle maladie le prenez-vous ?	<input type="checkbox"/> Réponse : ... <input type="checkbox"/> Je ne sais pas.
3	A quoi sert-il ?	<input type="checkbox"/> Réponse : ... <input type="checkbox"/> Je ne sais pas.
4	Combien de comprimé(s) prenez-vous par jour ?	<input type="checkbox"/> Réponse : ... <input type="checkbox"/> Je ne sais pas.
5	Est-ce que vous le prenez à heure fixe tous les jours ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non. <input type="checkbox"/> Je ne sais pas.
6	Notez-vous les prises sur un carnet de suivi ?	<input type="checkbox"/> Oui. <input type="checkbox"/> Non. <input type="checkbox"/> Je ne sais pas.
7	Quel est le nom du test biologique qui surveille votre traitement ?	<input type="checkbox"/> Réponse : ... <input type="checkbox"/> Je ne sais pas.
8	Quel est le délai maximum entre deux tests ?	<input type="checkbox"/> 6 mois <input type="checkbox"/> 3 mois <input type="checkbox"/> 1 mois. <input type="checkbox"/> Je ne sais pas.
9	Quelle la valeur cible de ces tests ?	<input type="checkbox"/> Entre 4 et 5 <input type="checkbox"/> Entre 2 et 3. <input type="checkbox"/> En dessous de 1 <input type="checkbox"/> Je ne sais pas.
10	Notez-vous le résultat des tests sur un carnet de suivi ?	<input type="checkbox"/> Oui. <input type="checkbox"/> Non. <input type="checkbox"/> Je ne sais pas.
11	Quel est le risque majeur en cas de surdosage ?	<input type="checkbox"/> Réponse : ... <input type="checkbox"/> Je ne sais pas.
12	Quel est le risque majeur en cas de sous dosage ?	<input type="checkbox"/> Réponse : ... <input type="checkbox"/> Je ne sais pas.
13	Vous constatez l'apparition de bleus sur votre corps, que faites-vous ?	<input type="checkbox"/> Je vais aux urgences. <input type="checkbox"/> J'attends le prochain contrôle sanguin. <input type="checkbox"/> Je fais rapidement un contrôle sanguin. <input type="checkbox"/> Je ne fais rien. <input type="checkbox"/> Je ne sais pas.
14	Vous avez oublié de prendre votre traitement anticoagulant, que faites-vous ?	<input type="checkbox"/> Je double les doses à la prochaine prise. <input type="checkbox"/> Je prends le comprimé oublié dans les 8h. <input type="checkbox"/> J'appelle mon médecin ou mon pharmacien. <input type="checkbox"/> Je ne sais pas.
15	Vous devez vous faire arracher une dent le lendemain, que faites-vous ?	<input type="checkbox"/> J'arrête de prendre mon traitement. <input type="checkbox"/> J'informe mon dentiste le jour de l'intervention. <input type="checkbox"/> Je préviens mon dentiste plusieurs jours avant. <input type="checkbox"/> J'appelle mon médecin ou mon pharmacien.



		<input type="checkbox"/> Je ne sais pas.
16	Prenez-vous parfois des médicaments sans avis de votre médecin ou de votre pharmacien ?	<input type="checkbox"/> Oui. <input type="checkbox"/> Non.
17	Citez un médicament non conseillé avec votre anticoagulant.	<input type="checkbox"/> Réponse : ... <input type="checkbox"/> Je ne sais pas.
18	Citez deux aliments à ne pas consommer en excès avec votre traitement.	<input type="checkbox"/> Réponse : ... <input type="checkbox"/> Je ne sais pas.
19	Avez-vous saigné au cours des 3 derniers mois ?	<input type="checkbox"/> Oui : précisez : ... <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas.

Vous n'avez pas adhéré aux entretiens avec votre pharmacien dans le cadre du dispositif d'accompagnement de votre traitement AVK

1	Avez-vous pris connaissance de ce dispositif ? <i>(plusieurs réponses possibles)</i>	<input type="radio"/> Oui, par mon médecin traitant. <input type="radio"/> Oui, par mon pharmacien. <input type="radio"/> Oui, par mon entourage. <input type="radio"/> Oui, par la lettre de l'Assurance Maladie. <input type="radio"/> Oui, par mon biologiste. <input type="radio"/> Non. <input type="radio"/> Autre : ..... <input type="radio"/> Je ne sais pas.
2	En avez-vous parlé à votre médecin traitant ? <i>(plusieurs réponses possibles)</i>	<input type="radio"/> Oui, avant de refuser. <input type="radio"/> Oui, après mon refus. <input type="radio"/> Non : ..... <input type="radio"/> Je ne sais pas.
3	Quelles sont les raisons qui vous ont conduit à ne pas y adhérer ? <i>(plusieurs réponses possibles)</i>	<input type="radio"/> Je suis déjà assez informé par <input type="radio"/> mon médecin. <input type="radio"/> mon pharmacien. <input type="radio"/> mon biologiste. <input type="radio"/> mon infirmière. <input type="radio"/> autre personne : ..... <input type="radio"/> Autre raison : ..... <input type="radio"/> je ne sais pas.

Commentaires :

## Réponses au test

A= acquis P=partiellement acquis N=non acquis

1	Quel est le nom de votre anticoagulant ?	A	Si une réponse parmi : Coumadine® (warfarine), Sintrom®, Mini sintrom® (acénocoumarol), Previscan® (fluindione).
		P	Cite deux traitements dont un est faux
		N	Réponse erronée.
2	Pour quelle maladie le prenez-vous?	A	Indication thérapeutique compatible (TVP, EP, valve, FA, autre indication compatible). « Tachycardie »
		P	Réponse vague ex : « problème cardiaque » « sang manquant de fluidité » « circulation du sang »
		N	Réponse erronée ou ne sais pas
3	A quoi sert-il?	A	Notion d'anticoagulation. Fluidification du sang, anticoagulant, éviter les caillots.
		P	Réponse vague ex : « réguler le sang » « taux INR » « éclaircir le sang » « contrôle du TP » « pour la coagulation » « nettoyer le sang »
		N	Réponse erronée ou ne sais pas
4	Combien de comprimé (s) prenez-vous par jour ?	A	Si la dose est cohérente et précise vis-à-vis du médicament.
		P	« Variable avec le TP»
		N	Dose incohérente ou ne sais pas
5	Est-ce que vous le prenez à heure fixe tous les jours ?	A	Oui.
		P	Oui et Non
		N	Non. Ne sais pas
6	Notez-vous les prises sur un carnet de suivi ?	A	Oui.
		P	Justifie le « non »
		N	Non. Ne sais pas.
7	Quel est le nom du test biologique qui surveille votre traitement ?	A	TP, INR.
		P	Réponse confuse ou vague : ex : « prise de sang » « examen de la coagulation » « IRM » « hémostase »
		N	Réponse erronée ou ne sais pas
8	Quel est le délai maximum entre deux tests ?	A	1 mois ou inférieur
		P	Plusieurs cases cochées dont « 1 mois »
		N	6 mois, 3 mois.
9	Quelle est la valeur cible de ces tests ?	A	Entre 2 et 3 ou entre 3-4,5
		P	Plusieurs cases cochées dont 2-3
		N	Entre 4 et 5, en dessous de 1. Ne sais pas.

10	Notez-vous le résultat des tests sur un carnet de suivi ?	A	Oui.
		P	Justifie le « non »
		N	Non. Ne sais pas.
11	Quel est le risque majeur en cas de surdosage ?	A	Notion de saignement : gencives, nez, œil, urines, règles abondantes, hématomes, rectorragie, hématurie, saignement abondant, fatigue inhabituelle, essoufflement anormal, pâleur inhabituelle, mal de tête ne cédant pas au traitement, malaise inexpliqué, INR supérieure à la valeur haute fixée par le médecin traitant. Sang trop fluide.
		P	Réponse vague. « augmentation de l'INR »
		N	Réponse erronée. Ne sais pas.
12	Quel est le risque majeur en cas de sous dosage ?	A	Inefficacité, thromboses, phlébites, caillot, sang trop épais
		P	Réponse vague, « baisse de l'INR »
		N	Réponse erronée. Ne sais pas.
13	Vous constatez l'apparition de bleus sur votre corps, que faites-vous ?		Saisie telle quelle
14	Vous avez oublié de prendre votre traitement AVK hier, que faites-vous ?		Saisie telle quelle
15	Vous devez vous faire arracher une dent le lendemain, que faites-vous ?		Saisie telle quelle. Dentier=non réponse
16	Prenez vous parfois des médicaments sans avis de votre médecin ou de votre pharmacien?	A	Non.
		P	Justifie le « Oui »
		N	Oui. Ne sais pas.

17	Citez un médicament non conseillé avec votre traitement anticoagulant.	A	Aspirine, anti-inflammatoire (molécule ou spécialité), millepertuis, miconazole en gel buccal ou par voie générale.
		P	« Médicaments qui fluidifient le sang », dafalgan
		N	Réponse erronée. Ne sais pas.
18	Citez deux aliments à ne pas consommer en excès avec votre traitement.	A	2 réponses bonnes. Huile de colza, huile de soja, brocoli, épinard, chou vert, chou de bruxelles, choucroute, laitue, pissenlit, cresson, persil, fenouil, margarine, huile d'olive, chou rouge, chou-fleur, asperge, concombre avec peau, poireau, haricot vert, fève, pois, poulet avec peau, foie et abats. Pamplemousse. Navets Huile de maïs, palme, tournesol, crème, beurre, fromage, orge, avoine, son de blé, pain complet, céréales du petit déjeuner, pomme, date, figue, raisin, pêche, prune, rhubarbe, myrtille, fraise, carotte, céleri, tomate, aubergine, courgette, bœuf, abats. Betterave, ginseng, ginkgo (1)
		P	1 réponse bonne.
		N	Réponse erronée. Ne sais pas.
19	Avez-vous saigné au cours des 3 derniers mois ?		Saisie telle quelle

(1) [http://www.llam.lu/fileadmin/media/telechargement/ketterthill/A4\\_Francais.pdf](http://www.llam.lu/fileadmin/media/telechargement/ketterthill/A4_Francais.pdf)

## Questionnaire médecins généralistes

Date :            âge :            sexe :            Lieu d'exercice : O Urbain/Semi Urbain  
O Rural

Pour chaque proposition, veuillez indiquer par une croix, selon votre point de vue, si vous êtes d'accord ou non selon une échelle allant de 0 (pas d'accord) à 10 (tout à fait d'accord) :

1	Je connais les modalités d'accompagnement des patients sous AVK par les pharmaciens d'officine.	0-----10 O sans opinion.
2	Satisfaction globale vis-à-vis du dispositif pour le médecin.	0-----10 O sans opinion.
3	Satisfaction globale vis-à-vis du dispositif pour le patient (du point de vue du médecin).	0-----10 O sans opinion.
4	Le dispositif s'inscrit bien dans les missions du pharmacien : de conseil et d'accompagnement.	0-----10 O sans opinion.
5	Le dispositif permet d'améliorer le niveau de connaissance des patients sur leur traitement AVK.	0-----10 O sans opinion.
6	Le dispositif permet d'améliorer le niveau de connaissance des patients sur leur maladie.	0-----10 O sans opinion.
7	Le dispositif permet d'améliorer le niveau du suivi INR des patients sous AVK.	0-----10 O sans opinion.
8	Le dispositif permet d'améliorer le niveau d'observance du traitement AVK.	0-----10 O sans opinion.
9	M'a aidé à mieux cerner les difficultés de mes patients sous AVK.	0-----10 O sans opinion.
10	Le dispositif améliore la complémentarité médecin-pharmacien.	0-----10 O sans opinion.

Commentaires :

# Questionnaire pharmaciens

Date :            âge :            sexe :            Lieu d'exercice :  Urbain/Semi Urbain  
 Rural

Pour chaque proposition, veuillez indiquer par une croix, selon votre point de vue, si vous êtes d'accord ou non selon une échelle allant de 0 (pas d'accord) à 10 (tout à fait d'accord) :

1	Satisfaction globale vis-à-vis du dispositif pour le pharmacien.	0-----10 <input type="radio"/> sans opinion.
2	Satisfaction globale vis-à-vis du dispositif pour le patient (du point de vue du pharmacien).	0-----10 <input type="radio"/> sans opinion.
3	Le dispositif s'inscrit bien dans les missions du pharmacien : de conseil et d'accompagnement.	0-----10 <input type="radio"/> sans opinion.
4	Le dispositif permet d'améliorer le niveau de connaissance des patients sur leur traitement AVK.	0-----10 <input type="radio"/> sans opinion.
5	Le dispositif permet d'améliorer le niveau de connaissance des patients sur leur maladie.	0-----10 <input type="radio"/> sans opinion.
6	Le dispositif permet d'améliorer le niveau de suivi INR des patients sous AVK.	0-----10 <input type="radio"/> sans opinion.
7	Le dispositif permet d'améliorer le niveau d'observance du traitement AVK.	0-----10 <input type="radio"/> sans opinion.
8	Le dispositif m'a aidé à mieux cerner les difficultés de mes patients sous AVK.	0-----10 <input type="radio"/> sans opinion.
9	Le dispositif améliore la relation avec mes patients.	0-----10 <input type="radio"/> sans opinion.
10	Le dispositif améliore la complémentarité pharmacien-médecin.	0-----10 <input type="radio"/> sans opinion.

Proposez-vous ce dispositif de suivi AVK aux nouveaux patients, de façon systématique ?

Oui     Non

Commentaires :

## VII. Références

1. Les anticoagulants - Bénéfices cliniques et risques iatrogéniques - 1b4941d46a93b639fd6a1512935ad4a6.pdf [Internet]. [Consulté le 27 juillet 2016]. Disponible sur:  
[http://ansm.sante.fr/var/ansm\\_site/storage/original/application/1b4941d46a93b639fd6a1512935ad4a6.pdf](http://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/1b4941d46a93b639fd6a1512935ad4a6.pdf)
2. Journal officiel de la République française - N° 147 du 27 juin 2013 - joe\_20130627\_0147\_0011\_1\_.pdf [Internet]. [Consulté le 27 juillet 2016]. Disponible sur:  
[http://www.ameli.fr/fileadmin/user\\_upload/documents/joe\\_20130627\\_0147\\_0011\\_1\\_.pdf](http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/joe_20130627_0147_0011_1_.pdf)
3. CNAM1030 AVK GUIDE ACCOMPAGNEMENT A5 v orange.indd - CNAM1030\_AVK\_GUIDE\_ACCOMPAGNEMENT-INT.pdf [Internet]. [Consulté le 27 juillet 2016]. Disponible sur:  
[http://www.ameli.fr/fileadmin/user\\_upload/documents/2016203\\_EntretiensPharmaceutiques\\_AVK\\_GuideAccompagnement.pdf](http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/2016203_EntretiensPharmaceutiques_AVK_GuideAccompagnement.pdf)
4. CNAM1030 AVK FICHE DE SUIVI A4.indd - CNAM1030\_AVK\_FICHE\_DE\_SUIVI\_A4\_int.pdf [Internet]. [Consulté le 27 juillet 2016]. Disponible sur:  
[http://www.ameli.fr/fileadmin/user\\_upload/documents/2016203\\_EntretiensPharmaceutiques\\_AVK\\_FichesSuivi.pdf](http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/2016203_EntretiensPharmaceutiques_AVK_FichesSuivi.pdf)
5. Cespharm - Vous et votre traitement anticoagulant par AVK (antivitamine K) - Carnet d'information et de suivi du traitement - brochure [Internet]. [Consulté le 27 juillet 2016]. Disponible sur: <http://www.cespharm.fr/fr/Prevention-sante/Catalogue/Vous-et-votre-traitement-anticoagulant-par-AVK-antivitamine-K-Carnet-d-information-et-de-suivi-du-traitement-brochure>
6. A.Orenes. Les entretiens pharmaceutiques antivitamine K : bilan et perspectives. [Bordeaux.]: Université de Bordeaux. Collège Sciences de la santé. UFR des Sciences pharmaceutiques. 2014.

7. S.Léger, B.Allenet, O.Pichot, G.Figari, J.Calot, P.Carpentier, et al. Impact d'un programme d'éducation thérapeutique sur les attitudes de prévention vis-à-vis du risque iatrogène : étude pilote contrôlée visant les patients sous anticoagulants oraux pour maladie thromboembolique veineuse - EM[consulte [Internet]. [Consulté le 27 juillet 2016]. Disponible sur:  
<http://www.em-consulte.com/en/article/125062>
8. A.Marquis. Accompagnement pharmaceutique des patients sous antivitamine K : retours d'expérience. Universités de Nantes. UFR science pharmaceutique et biologie. 2014.
9. Accompagnement pharmaceutiques des patients sous traitement par AVK. Premier bilan à un an. CP\_Bilan\_1\_an\_AVK\_141217\_01.pdf [Internet]. [Consulté le 27 juillet 2016]. Disponible sur:  
[http://www.ameli.fr/fileadmin/user\\_upload/documents/CP\\_Bilan\\_1\\_an\\_AVK\\_141217\\_01.pdf](http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/CP_Bilan_1_an_AVK_141217_01.pdf)
10. ATLAS PICARDIE 2015 - atlas\_picardie\_2015.pdf [Internet]. [Consulté le 15 août 2016]. Disponible sur: [https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas\\_picardie\\_2015.pdf](https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_picardie_2015.pdf)
11. Nombre d'officines - Cartes - Ordre National des Pharmaciens [Internet]. [Consulté le 15 février 2016]. Disponible sur: <http://www.ordre.pharmacien.fr/Cartes/Cartes-regionales-Officine/Nombre-d-officines#>
12. démographie pharmaciens Picardie - Recherche Google [Internet]. [Consulté le 15 août 2016]. Disponible sur:  
[file:///C:/Users/UPJV/Downloads/40637%20-%20Demographie%202015%20\(PICARDIE\).pdf](file:///C:/Users/UPJV/Downloads/40637%20-%20Demographie%202015%20(PICARDIE).pdf)
13. A.Grandval. L'accompagnement pharmaceutique du patient sous anti-vitamine K : focus sur le département de l'Eure [Internet]. [Consulté le 27 juillet 2016]. Disponible sur:  
<https://tel.archives-ouvertes.fr/UNIV-ROUEN/dumas-01163135v1>



## VIII. Résumés

### **Entretiens pharmaceutiques des patients sous antivitamine-K : évaluation du dispositif et perception par les médecins généralistes et les pharmaciens d'officine de Picardie.**

Introduction : les entretiens pharmaceutiques AVK ont pour but d'éduquer le patient face au risque iatrogénique des AVK. L'objectif principal était d'évaluer l'efficacité des entretiens sur le niveau d'éducation thérapeutique des patients. L'objectif secondaire était de recueillir la perception du dispositif par les patients, les médecins généralistes et les pharmaciens d'officine.

Matériel et méthode : un questionnaire a comparé les connaissances et l'observance de deux cohortes de patients : Adhérent au dispositif et Non-adhérent. Parallèlement, une enquête de satisfaction descriptive quantitative et qualitative a été effectuée auprès des médecins généralistes et des pharmaciens d'officine Picards.

Résultats : 325 Adhérents, 312 Non-adhérents, 152 médecins, et 202 pharmaciens ont été inclus. Les patients adhérents étaient âgés en moyenne de 76 ans, plutôt citadins, seuls, et de niveau scolaire élevé. Le dispositif n'avait pas d'impact significatif sur leur niveau de connaissance générale du traitement, diminuait leur connaissance sur le nom de l'INR ( $p < 0,1\%$ ), augmentait leur possession de carnets de suivi INR ( $p=2,2\%$ ) et de suivi des prises ( $p=3,5\%$ ), et modifiait positivement leur comportement face à l'oubli de prise ( $p=1,4\%$ ). Le taux d'adhésion des patients, médecins et pharmaciens était faible. La satisfaction était bonne pour les patients; moyenne pour les pharmaciens et mauvaise pour les médecins.

Mots-clés : Éducation thérapeutique, Entretiens pharmaceutiques, Antivitamine K, iatrogénie.

## **Antivitamin K pharmaceutical interviews: evaluation and perception of the plan of action by general practitioners and druggists in Picardy.**

Introduction: AVK pharmaceutical talks aim to educate patients against the iatrogenic risk of AVK. The main objective was to assess the effectiveness of the talks on the level of patient education. The secondary objective was to gather the perception of the plan by patients, general practitioners and druggists.

Patients and methods: a questionnaire compared the knowledge and observance of two cohorts of patients divided into Members of the plan and Non-members. Meanwhile, a quantitative and qualitative descriptive satisfaction survey was conducted among general practitioners and community druggists to Picardy.

Results: 325 Members, 312 Non-members, 152 doctors and 202 pharmacists have been included. Members patients were on average 76 years old, city dwellers, alone, and had a high grade. The plan had no significant impact of their general knowledge about the treatment, decreased their knowledge about the INR ( $p < 0.1\%$ ), increased the proportion of those who owned an INR monitoring book ( $p = 2.2\%$ ) and of those who monitored their drugs takes ( $p = 3.5\%$ ), and had a positive effect on their behavior after forgetting to take their medication ( $p = 1.4\%$ ). The membership rate of patients, doctors and pharmacists was low. Satisfaction was good for patients; average for pharmacists and bad for general practitioners.

Keywords: Patient education, Pharmaceutical interviews, Anti-vitamin K, adverse events.