



HAL
open science

Comment sécuriser le parcours ville hôpital du patient ? Exemple des AOD

Morgane Laurent

► **To cite this version:**

Morgane Laurent. Comment sécuriser le parcours ville hôpital du patient ? Exemple des AOD. Sciences pharmaceutiques. 2018. dumas-01971483

HAL Id: dumas-01971483

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01971483>

Submitted on 7 Jan 2019

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.

THESE

PRESENTEE ET PUBLIQUEMENT SOUTENUE DEVANT LA FACULTE DE
PHARMACIE DE MARSEILLE

Le 29 novembre 2018

Par Mlle **Morgane LAURENT**

Née le 7 octobre 1992 à Paris

EN VUE D'OBTENIR

LE DIPLOME D'ETAT DE **DOCTEUR EN PHARMACIE**

**COMMENT SECURISER LE PARCOURS VILLE
HOPITAL DU PATIENT ? EXEMPLE DES AOD**

JURY :

Président : Mme le Professeur Laurence CAMOIN-JAU

Membres : Madame le Docteur Katia MULLER

Monsieur le Professeur Edouard LAMY

27 Boulevard Jean Moulin – 13385 MARSEILLE Cedex 05
Tel. : 04 91 83 55 00 – Fax : 04 91 80 26 12

ADMINISTRATION :

<i>Doyen :</i>	Mme Françoise DIGNAT-GEORGE
<i>Vice-Doyens :</i>	M. Jean-Paul BORG, M. François DEVRED, M. Pascal RATHELOT
<i>Chargés de Mission :</i>	Mme Pascale BARBIER, M. David BERGE-LEFRANC, Mme Manon CARRE, Mme Caroline DUCROS, Mme Frédérique GRIMALDI
<i>Conseiller du Doyen :</i>	M. Patrice VANELLE
<i>Doyens honoraires :</i>	M. Jacques REYNAUD, M. Pierre TIMON-DAVID, M. Patrice VANELLE
<i>Professeurs émérites :</i>	M. José SAMPOL, M. Athanassios ILIADIS, M. Jean-Pierre REYNIER, M. Henri PORTUGAL
<i>Professeurs honoraires :</i>	M. Guy BALANSARD, M. Yves BARRA, Mme Claudette BRIAND, M. Jacques CATALIN, Mme Andrée CREMIEUX, M. Aimé CREVAT, M. Bernard CRISTAU, M. Gérard DUMENIL, M. Alain DURAND, Mme Danielle GARÇON, M. Maurice JALFRE, M. Joseph JOACHIM, M. Maurice LANZA, M. José MALDONADO, M. Patrick REGLI, M. Jean-Claude SARI
<i>Chef des Services Administratifs :</i>	Mme Florence GAUREL
<i>Chef de Cabinet :</i>	Mme Aurélie BELENGUER
<i>Responsable de la Scolarité :</i>	Mme Nathalie BESNARD

DEPARTEMENT BIO-INGENIERIE PHARMACEUTIQUE

Responsable : Professeur Philippe PICCERELLE

PROFESSEURS

BIOPHYSIQUE	M. Vincent PEYROT M. Hervé KOVACIC
GENIE GENETIQUE ET BIOINGENIERIE	M. Christophe DUBOIS
PHARMACIE GALENIQUE, PHARMACOTECHNIE INDUSTRIELLE, BIOPHARMACIE ET COSMETIQUE	M. Philippe PICCERELLE

MAITRES DE CONFERENCES

BIOPHYSIQUE

M. Robert GILLI
Mme Odile RIMET-GASPARINI
Mme Pascale BARBIER
M. François DEVRED
Mme Manon CARRE
M. Gilles BREUZARD
Mme Alessandra PAGANO

GENIE GENETIQUE ET BIOTECHNOLOGIE

M. Eric SEREE-PACHA
Mme Véronique REY-BOURGAREL

PHARMACIE GALENIQUE, PHARMACOTECHNIE INDUSTRIELLE,
BIOPHARMACIE ET COSMETOLOGIE

M. Pascal PRINDERRE
M. Emmanuel CAUTURE
Mme Véronique ANDRIEU
Mme Marie-Pierre SAVELLI

NUTRITION ET DIETETIQUE

M. Léopold TCHIAKPE

A.H.U.

THERAPIE CELLULAIRE

M. Jérémy MAGALON

ENSEIGNANTS CONTRACTUELS

ANGLAIS

Mme Angélique GOODWIN

DEPARTEMENT BIOLOGIE PHARMACEUTIQUE

Responsable : Professeur Philippe CHARPIOT

PROFESSEURS

BIOCHIMIE FONDAMENTALE, MOLECULAIRE ET CLINIQUE

M. Philippe CHARPIOT

BIOLOGIE CELLULAIRE

M. Jean-Paul BORG

HEMATOLOGIE ET IMMUNOLOGIE

Mme Françoise DIGNAT-GEORGE
Mme Laurence CAMOIN-JAU
Mme Florence SABATIER-MALATERRE
Mme Nathalie BARDIN

MICROBIOLOGIE

M. Jean-Marc ROLAIN
M. Philippe COLSON

PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE MEDICALE, HYGIENE ET
ZOOLOGIE

Mme Nadine AZAS-KREDER

MAITRES DE CONFERENCES

BIOCHIMIE FONDAMENTALE, MOLECULAIRE ET CLINIQUE	Mme Dominique JOURDHEUIL-RAHMANI M. Thierry AUGIER M. Edouard LAMY Mme Alexandrine BERTAUD Mme Claire CERINI Mme Edwige TELLIER M. Stéphane POITEVIN
HEMATOLOGIE ET IMMUNOLOGIE	Mme Aurélie LEROYER M. Romaric LACROIX Mme Sylvie COINTE
MICROBIOLOGIE	Mme Michèle LAGET M. Michel DE MEO Mme Anne DAVIN-REGLI Mme Véronique ROUX M. Fadi BITTAR Mme Isabelle PAGNIER Mme Sophie EDOUARD M. Seydina Mouhamadou DIENE
PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE MEDICALE, HYGIENE ET ZOOLOGIE	Mme Carole DI GIORGIO M. Aurélien DUMETRE Mme Magali CASANOVA Mme Anita COHEN
BIOLOGIE CELLULAIRE	Mme Anne-Catherine LOUHMEAU

A.H.U.

HEMATOLOGIE ET IMMUNOLOGIE	M. Maxime LOYENS
----------------------------	------------------

DEPARTEMENT CHIMIE PHARMACEUTIQUE

Responsable : Professeur Patrice VANELLE

PROFESSEURS

CHIMIE ANALYTIQUE, QUALITOLOGIE ET NUTRITION	Mme Catherine BADENS
CHIMIE PHYSIQUE – PREVENTION DES RISQUES ET NUISANCES TECHNOLOGIQUES	M. Philippe GALLICE
CHIMIE MINERALE ET STRUCTURALE – CHIMIE THERAPEUTIQUE	M. Pascal RATHELOT M. Maxime CROZET
CHIMIE ORGANIQUE PHARMACEUTIQUE	M. Patrice VANELLE M. Thierry TERME
PHARMACOGNOSIE, ETHNOPHARMACOLOGIE, HOMEOPATHIE	Mme Evelyne OLLIVIER

MAITRES DE CONFERENCES

BOTANIQUE ET CRYPTOLOGIE, BIOLOGIE CELLULAIRE	Mme Anne FAVEL Mme Joëlle MOULIN-TRAFFORT
CHIMIE ANALYTIQUE, QUALITOLOGIE ET NUTRITION	Mme Catherine DEFOORT M. Alain NICOLAY Mme Estelle WOLFF Mme Elise LOMBARD Mme Camille DESGROUAS
CHIMIE PHYSIQUE – PREVENTION DES RISQUES ET NUISANCES TECHNOLOGIQUES	M. David BERGE-LEFRANC M. Pierre REBOUILLON
CHIMIE THERAPEUTIQUE	Mme Sandrine FRANCO-ALIBERT Mme Caroline DUCROS M. Marc MONTANA Mme Manon ROCHE
CHIMIE ORGANIQUE PHARMACEUTIQUE HYDROLOGIE	M. Armand GELLIS M. Christophe CURTI Mme Julie BROGGI M. Nicolas PRIMAS M. Cédric SPITZ M. Sébastien REDON
PHARMACOGNOSIE, ETHNOPHARMACOLOGIE, HOMEOPATHIE	M. Riad ELIAS Mme Valérie MAHIOU-LEDDET Mme Sok Siya BUN Mme Béatrice BAGHDIKIAN

MAITRES DE CONFERENCE ASSOCIES A TEMPS PARTIEL (M.A.S.T.)

CHIMIE ANALYTIQUE, QUALITOLOGIE ET NUTRITION	Mme Anne-Marie PENET-LOREC
CHIMIE PHYSIQUE – PREVENTION DES RISQUES ET NUISANCES TECHNOLOGIQUES	M. Cyril PUJOL
DROIT ET ECONOMIE DE LA PHARMACIE	M. Marc LAMBERT
GESTION PHARMACEUTIQUE, PHARMACOECONOMIE ET ETHIQUE PHARMACEUTIQUE OFFICINALE, DROIT ET COMMUNICATION PHARMACEUTIQUES A L'OFFICINE ET GESTION DE LA PHARMAFAC	Mme Félicia FERRERA

A.H.U.

CHIMIE ANALYTIQUE, QUALITOLOGIE ET NUTRITION	M. Mathieu CERINO
--	-------------------

ATER

CHIMIE ANALYTIQUE	M. Charles DESMARCHELIER
CHIMIE THERAPEUTIQUE	Mme Fanny MATHIAS

DEPARTEMENT MEDICAMENT ET SECURITE SANITAIRE

Responsable : Professeur Benjamin GUILLET

PROFESSEURS

PHARMACIE CLINIQUE	Mme Diane BRAGUER M. Stéphane HONORÉ
PHARMACODYNAMIE	M. Benjamin GUILLET
TOXICOLOGIE GENERALE	M. Bruno LACARELLE
TOXICOLOGIE DE L'ENVIRONNEMENT	Mme Frédérique GRIMALDI

MAITRES DE CONFERENCES

PHARMACODYNAMIE	M. Guillaume HACHE Mme Ahlem BOUHLEL M. Philippe GARRIGUE
PHYSIOLOGIE	Mme Sylviane LORTET Mme Emmanuelle MANOS-SAMPOL
TOXICOCINETIQUE ET PHARMACOCINETIQUE	M. Joseph CICCOLINI Mme Raphaëlle FANCIULLINO Mme Florence GATTACECCA
TOXICOLOGIE GENERALE ET PHARMACIE CLINIQUE	M. Pierre-Henri VILLARD Mme Caroline SOLAS-CHESNEAU Mme Marie-Anne ESTEVE

A.H.U.

PHARMACIE CLINIQUE	M. Florian CORREARD
PHARMACOCINETIQUE	Mme Nadège NEANT

CHARGES D'ENSEIGNEMENT A LA FACULTE

Mme Valérie AMIRAT-COMBRALIER, Pharmacien-Praticien hospitalier

M. Pierre BERTAULT-PERES, Pharmacien-Praticien hospitalier

Mme Marie-Hélène BERTOCCHIO, Pharmacien-Praticien hospitalier

Mme Martine BUES-CHARBIT, Pharmacien-Praticien hospitalier

M. Nicolas COSTE, Pharmacien-Praticien hospitalier

Mme Sophie GENSOLLEN, Pharmacien-Praticien hospitalier

M. Sylvain GONNET, Pharmacien titulaire

Mme Florence LEANDRO, Pharmacien adjoint

M. Stéphane PICHON, Pharmacien titulaire

M. Patrick REGGIO, Pharmacien conseil, DRSM de l'Assurance Maladie

Mme Clémence TABELLE, Pharmacien-Praticien attaché

Mme TONNEAU-PFUG, Pharmacien adjoint

M. Badr Eddine TEHHANI, Pharmacien – Praticien hospitalier

M. Joël VELLOZZI, Expert-Comptable

Mise à jour le 22 février 2018

Remerciements

Madame le Professeur Laurence CAMOIN,

Merci, de me faire l'honneur de présider ce jury, et pour vos cours plus pédagogiques les uns que les autres.

Monsieur le Professeur Edouard LAMY,

Je vous remercie d'avoir accepté d'être mon codirecteur de thèse et d'avoir été si disponible et réactif à mes mails me faisant gagner un temps précieux dans mes démarches. Merci également pour les connaissances que vous m'avez apportées grâce à tous vos cours.

Madame le Docteur Katia MULLER,

Merci infiniment de m'avoir aussi bien encadré en tant que directeur de thèse et également lors de mon stage hospitalo-universitaire en 2017. Je te remercie pour ton implication sans failles dans ce projet, pour toutes les corrections que tu as apporté à ce travail et le temps que tu y as dédié.

Monsieur le Docteur Rémy COLLOMP,

Merci de m'avoir permis de réaliser mon stage hospitalo-universitaire dans la pharmacie du CHU Pasteur à Nice et d'avoir toujours eu un regard avisé sur notre travail ainsi que sur l'un de mes posters.

Monsieur le Docteur Pierre GIBELIN,

Je vous adresse mes remerciements pour m'avoir accueilli et présenté à l'équipe du service de cardiologie de l'hôpital Pasteur afin de réaliser dans les meilleures conditions les entretiens pharmaceutiques.

Je tiens à remercier toutes les personnes qui m'ont encouragé et soutenu pour la réalisation de ce travail.

Merci à toute l'équipe de pharmaciens du CHU Pasteur à Nice, qui m'ont accueilli à bras ouverts durant 6 mois lors de mon stage hospitalo-universitaire de 5ème année.

Merci également à toute l'équipe du projet PaPAOD pour la confiance que vous m'avez accordé à la réalisation de ce projet dans lequel vous m'avez totalement intégré et donné une place à part entière.

Je remercie Mr RAMEY, mon maitre de stage lors de chaque stage officinal, ainsi que toute son équipe, pour m'avoir toujours accepté, aussi bien encadré et transmis leurs connaissances, qui m'ont permis d'être la pharmacienne que je suis aujourd'hui.

Ces 6 années d'études de pharmacie à Marseille sont passées bien plus vite que ne l'aurais imaginé grâce à toutes les personnes que j'ai rencontré.

Je ne peux commencer que par toi *Elodie*, ma coloc durant toutes ces années, ma toupoutou. Dès le début, de simples colocataires nous sommes devenues de véritables amies. Qui l'aurait cru que notre vie commune sur Marseille et la présence l'une de l'autre nous manquerait autant tandis que notre premier jour sur Marseille c'était un « arrête toi ou je tire » qui avait effrayé nos parents. Jamais une prise de tête, une parfaite harmonie que ne croyait pas imaginable la plupart des personnes. On s'est vu grandir et évoluer au fil de ces années, on a ri, pleuré, on s'est soutenu et pour rien au monde je ne changerais cette période de ma vie, car c'est celle qui a fait de nous les femmes que nous sommes aujourd'hui. Malgré la distance actuelle j'espère que l'on ne se perdra jamais de vue car ton amitié compte trop pour moi. Tu fais partie de ma vie et je ne te laisserai pas en partir si facilement.

Ma *Julie*, mon amie la plus folle de toute. Tous les trajets en voiture entre Nice et Marseille nous ont permis d'apprendre à nous connaître et nous rapprocher. Je t'ai vu passer par tous tes états, des larmes au fou rire en quelques minutes, ça pourrait en effrayer plus d'un mais c'est cette personnalité qui fait que je t'adore. J'espère que l'amitié et la folie qu'on partage sur Nice dorénavant perdurera.

Samantha, Florent, Sébastien, Nourredine, Kevin, Pauline, Solida, Yoann, Sarah et Marion des amis qui me manquent énormément, m'y étant totalement attaché au fil des années d'études. On en a passé des soirées à rigoler chez nous, ou à danser dans les boîtes de Marseille. Merci d'avoir fait de ces années des moments de pur bonheur.

Merci à *Lydia et Camilla* mes binômes de TP et bien plus, des femmes fortes que j'admire énormément pour qui j'ai développé une amitié profonde que j'espère ne pas perdre avec le temps et la distance.

Sophie, Barbara et Johanna on s'est rapproché surtout les dernières années de pharmacie et je le regrette un peu car j'aurais tellement aimé partager plus de moments avec vous. En un ou deux ans on s'est découvertes de plus en plus et j'espère qu'à l'avenir on ne perdra pas ce contact et cette amitié qui me tient à cœur.

Merci également à ma meilleure amie *Ludivine* qui m'a toujours soutenu dans toutes les étapes bonnes comme difficiles de ma vie et dans tout ce que j'entreprends.

A ma famille,

Mon chéri, **Julien**, qui est entré dans ma vie quand je m'y attendais le moins, je n'aurais jamais pensé que notre histoire dure aussi longtemps et soit aussi belle. Merci d'avoir supporté avec patience toutes mes périodes de révisions, de rédaction de ma thèse et de m'avoir toujours incité à travailler. Merci surtout d'avoir été là pour moi pendant toute cette période de ma vie qui n'était pas la plus facile, et j'espère que tu le resteras tout au long de ma vie. Je t'aime fort.

Mon (petit) frère, **Jonathan**, je suis tellement fière de toi, de ta réussite et de l'homme que tu es devenu. Tu sais que toi comme moi on sera toujours là l'un pour l'autre peu importe la situation. Notre lien si fusionnel peu importe ce que nous réserve la vie ne cessera jamais de briller car c'est notre force. Je t'aime tellement.

Ma mamounette, **Carole**, qui fait tout ce qui est en son pouvoir pour ses enfants, pour moi. Sans toi je ne serais rien. C'est grâce à toi, ton éducation et ton amour inconditionnel que je suis qui je suis aujourd'hui. Merci de m'avoir toujours défendu, soutenu et encouragé peu importe ce que j'entreprenais. Sache que jamais ni Jonathan ni moi ne t'abandonnerons, nous serons toujours là pour toi comme tu l'es pour nous depuis notre naissance. Je t'aime plus que tout au monde.

Ma Nana, **Jeanne**, pour qui j'étais son rayon de soleil, son « amour ». Tu m'admirais dans tout ce que je faisais, autant que moi je t'admirais, et je suis sûre que tu continues à le faire d'où tu es. Tu étais un pilier dans ma vie et ta présence me manque terriblement.

Mon papounet, **Guy**, ça me fait tellement de mal que tu ne sois pas là pour lire ce travail, toi pour qui les études étaient une priorité. Tu étais une force de la nature qui n'a jamais cessé de se battre, même contre la maladie, pour sa famille même si tu ne le démontrais pas forcément. J'ai perdu l'un de mes principaux repères mais je me suis quand même battue pour réussir dans le but de te rendre fier. J'espère et je pense que tu l'es de là-haut.

Vous me manquez tous les deux à chaque instant, je pense tous les jours à vous et je sais que vous veillez sur moi. Je vous aime pour toujours.

Merci également à tous ceux que je n'ai pas cités et qui font partie de ma vie, en outre mes oncles **Jean-Pierre** et **Rony** et tous mes cousin(e)s.

« L'Université n'entend donner aucune approbation, ni improbation aux opinions émises dans les thèses. Ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs. »

Sommaire

SOMMAIRE

PARTIE I : INTRODUCTION	13
1. PATHOLOGIES CHRONIQUES ET OBSERVANCE :	14
1.1. DEFINITION DE L'OBSERVANCE :	14
1.2. LA NON-OBSERVANCE ET SES CONSEQUENCES :	14
1.3. LES DETERMINANTS DE L'OBSERVANCE :	15
1.4. EVALUATION DE L'OBSERVANCE :	18
1.5. SITUATION ACTUELLE :	19
2. HISTORIQUE DE L'EDUCATION THERAPEUTIQUE DU PATIENT (ETP) :	19
2.1. DEFINITION :	19
2.2. HISTORIQUE :	19
2.3. UNE DEMARCHE EDUCATIVE :	20
2.4. OBJECTIF :	21
2.5. CADRE DE L'EDUCATION THERAPEUTIQUE :	22
2.6. PLACE DU PHARMACIEN D'OFFICINE :	24
2.7. SITUATION ACTUELLE :	25
3. LA CONVENTION NATIONALE (ENTRETIENS PHARMACEUTIQUES) :	25
3.1. AVENANT N°1 : LES AVK	26
3.2. OBJECTIF DE L'ENTRETIEN PHARMACEUTIQUE :	26
3.3. CADRE DE L'ENTRETIEN PHARMACEUTIQUE :	27
3.4. LA REMUNERATION :	27
3.5. LES MODALITES DE MISE EN ŒUVRE :	27
3.6. DEROULEMENT DE L'ENTRETIEN PHARMACEUTIQUE :	28
3.7. AVENANT N°4 : L'ASTHME	29
3.8. AVENANT N°8 : LES AOD	29
3.9. AVENANT N°11 :	30
4. LES ANTICOAGULANTS ORAUX DIRECTS (AOD) :	31
4.1. INDICATIONS :	31
4.2. EFFET INDESIRABLE :	32
4.3. INITIATION ET SUIVI DU TRAITEMENT :	33
4.4. PROPRIETES PHARMACOLOGIQUES :	34
4.5. SCHEMAS POSOLOGIQUES :	35
4.6. CONTRE-INDICATIONS :	35
4.7. INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES :	36
4.8. MINIMISER LE RISQUE :	36
PARTIE II : MISE EN PLACE D'EP CIBLES SUR LES AOD A VISEE VILLE-HOPITAL	38
1. MATERIEL ET METHODE :	38
1.1. OBJECTIF :	38
1.2. CONSTRUCTION DES DOCUMENTS :	39
1.3. FORMATION DE L'EXTERNE :	41
1.5. ENQUETE AUPRES DES OFFICINAUX ET DES PATIENTS : QUELS FREINS A LA MISE EN PLACE DES EP EN OFFICINE ?	46
2. RESULTATS :	46
2.1. CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION ETUDIEE :	46
2.2. POPULATION VUE EN ENTRETIEN PHARMACEUTIQUE A L'HOPITAL – M0 :	50
	11

2.3. POPULATION VUE EN ENTRETIEN PHARMACEUTIQUE EN OFFICINE – M1 :	55
2.4. POPULATION VUE EN ENTRETIEN PHARMACEUTIQUE EN OFFICINE – M4 :	56
2.5. COMPARAISON DES RESULTATS D’EVALUATION DES EP A M0, M1 ET M4 :	57
2.6. RELANCE DES PHARMACIES :	59
2.7. ENQUETE AUPRES DES PHARMACIENS ET DES PATIENTS :	64
PARTIE III : DISCUSSION	71
1. FREINS A LA MISE EN PLACE DES ENTRETIENS PHARMACEUTIQUES :	72
1.1. FREINS LIES AU PATIENT :	73
1.2. FREINS LIES AU PHARMACIEN :	74
2. LEVIERS D’ACTIONS :	75
3. DIFFICULTE RENCONTREE :	77
4. LIMITE DE L’ETUDE :	78
5. BILAN DE MEDICATION :	78
6. LIEN VILLE-HOPITAL :	79
PARTIE IV : CONCLUSION	82
ABREVIATIONS	84
ANNEXES	86
ANNEXE 1 : GUIDE D’ENTRETIEN	87
ANNEXE 2 : FICHE D’EVALUATION DES COMPETENCES ACQUISES PAR LE PATIENT	99
ANNEXE 3 : QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION DU PATIENT	107
ANNEXE 4 : COMPTE-RENDU D’ENTRETIEN A DESTINATION DES MEDECINS DU SERVICE	108
ANNEXE 5 : FICHE « PHOTOS » DES MEDICAMENTS D’USAGE CONTRE-INDIQUES	109
ANNEXE 6 : « FLYER PAPAOD »	110
ANNEXE 7 : LETTRE D’EXPLICATION DU PROJET A DESTINATION DES PHARMACIENS D’OFFICINE	111
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	112

Partie I : Introduction

Le nombre de maladies chroniques est en constante évolution. Les maladies chroniques impliquent que le patient prenne un traitement au long cours or de nombreuses études montrent que l'observance est faible dans les maladies chroniques. Favoriser l'observance ou l'adhésion thérapeutique représente un enjeu majeur de santé publique tant au niveau sanitaire qu'économique.

Ainsi de nouvelles lois sont apparues telle que la Loi HPST « Hôpital, patients, santé et territoires » du 21 juillet 2009 (1) portant au 1^{er} rang des priorités l'éducation thérapeutique du patient (ETP). L'éducation thérapeutique est désormais considérée comme une étape du parcours de soins du patient, l'objectif étant de rendre le patient acteur de sa santé afin d'améliorer sa qualité de vie. Toutefois le nombre de programmes d'ETP autorisés par les ARS ainsi que leur répartition territoriale ne permettent pas de répondre aux besoins d'éducation de tous les patients porteurs d'affections chroniques.

Le 7 mai 2012, la nouvelle convention nationale pharmaceutique (2) est entrée en vigueur. Elle marque une véritable évolution du métier de pharmacien avec l'ambition de revaloriser son rôle en santé publique et de faire progresser la santé. Parmi les objectifs de cette convention, on trouve l'accompagnement des malades chroniques et la prévention des risques iatrogéniques, formalisés par un entretien pharmaceutique. Ces entretiens peuvent être réalisés pour des patients asthmatiques, sous antivitamine K (AVK) et depuis l'avenant n°8 de la convention nationale pour des patients sous anticoagulants oraux directs (AOD).

Les AOD sont des médicaments à haut risque dont le rapport bénéfice/risque positif est conditionné par leur bon usage. Il est donc essentiel que les patients sous AOD acquièrent, dès l'initiation si possible, les compétences nécessaires pour gérer au mieux leur traitement. L'objectif de notre projet est la mise en place et l'évaluation d'entretiens pharmaceutiques coordonnés hôpital-ville pour les patients sous AOD afin d'optimiser la prise en charge thérapeutique tout au long du parcours de soins des patients.

1. Pathologies chroniques et observance :

La médecine a apporté un grand nombre d'innovations thérapeutiques permettant d'augmenter l'espérance de vie. Paradoxalement elle a entraîné l'augmentation constante de la survenue de maladies chroniques (3). Ces dernières sont des pathologies de longue durée (minimum de 3 mois), évolutives, détériorant la qualité de vie et souvent associées à une invalidité et des complications graves survenant plus rapidement si les facteurs de risques ne sont pas ou mal prévenus (4). Une pathologie chronique peut également être marquée de crises aiguës, les décompensations, pouvant nécessiter une hospitalisation (5).

De plus le vieillissement de la population est corrélé à la polypathologie. En France, près de 15 millions de personnes, soit environ un quart de la population, sont atteintes d'une maladie chronique et ont donc besoin d'une prise en charge de longue durée. Dans le monde entier, l'augmentation de la prévalence des maladies chroniques est un enjeu majeur de santé publique grandissant (3, 4). L'observance ou « adhésion thérapeutique » est au cœur de la prise en charge de ces maladies chroniques et la préoccupation autour de l'observance n'est pas récente (7).

1.1. Définition de l'observance :

HAYNES et SACKETT définissent en 1979 l'observance comme étant « L'importance avec laquelle les comportements (en termes de prise de médicaments, de suivi de régime ou de changements de mode de vie) d'un individu concordent avec les conseils médicaux ou de santé » (8), ainsi la non-observance est l'absence de concordance entre les comportements des patients et les recommandations médicales (5). Le respect de ces dernières est primordial pour améliorer la santé du patient. L'efficacité thérapeutique d'un médicament dépend en partie de la régularité de sa prise. Un patient est considéré comme observant lorsqu'il atteint un seuil de prise de plus de 75 à 80% des médicaments prescrits, dans certains cas il faut également tenir compte de l'heure de prise ou de conditions particulières (9).

De nos jours le terme observance est remis en cause vu qu'il reconnaît de façon implicite une obéissance passive du patient aux recommandations médicales. Il est remplacé par l'adhésion thérapeutique qui permet l'apparition d'une participation active du malade dans le suivi de sa maladie et ses traitements (7). L'adhésion thérapeutique se définit comme le degré d'acceptation par le patient de la stratégie thérapeutique (10). Elle est associée à une mortalité diminuée presque de moitié.

1.2. La non-observance et ses conséquences :

En France, plus d'un million de journées d'hospitalisations et 8000 décès par an sont provoqués par le non-respect des thérapeutiques prescrites. Ce problème d'inobservance s'amplifie à mesure que la charge mondiale de maladies chroniques croît (11). En juillet 2003, il est constaté une mauvaise observance dans

toutes les situations imposant au patient de s'administrer lui-même ses médicaments, quel que soit le type de la maladie. Un rapport de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) signale que dans les pays développés, le taux d'observance moyen des individus (toutes pathologies confondues) n'était que de 50 % et sûrement moindre dans les pays en développement (6).

La mortalité a diminué mais le poids économique lié à la prise en charge des maladies cardio-vasculaires par exemple reste considérable. « L'observance insuffisante est la principale raison pour laquelle les patients ne retirent pas tous les bénéfices qu'ils pourraient attendre de leurs traitements. Elle provoque des complications médicales et psychosociales, baisse la qualité de vie des patients, augmente le développement des pharmaco résistances et induit un gaspillage des ressources. Ces conséquences directes empêchent les systèmes de santé dans le monde entier d'atteindre leurs objectifs sanitaires. » (6). La non-observance thérapeutique a des répercussions négatives très importantes sur le budget des soins de santé : coûts directs (traitements non utilisés, rechutes, hospitalisations induites) et coûts indirects (arrêts de travail). L'OMS affirme que « le respect des traitements prescrits entraînera une diminution significative des dépenses, grâce à la baisse du nombre des interventions, comme par exemple les hospitalisations plus fréquentes et prolongées, les soins d'urgence ou intensifs. » (6). Il y a donc beaucoup à gagner à promouvoir l'observance chez les patients atteints de pathologies chroniques pour leur éviter une perte de bénéfices immédiats et à long terme, améliorer leur qualité de vie et pour l'économie du système de santé au travers d'une réduction des dépenses « évitables » (5). Dans son rapport de 2003, l'OMS souligne l'avancée que représenterait l'amélioration de l'adhésion thérapeutique : « optimiser l'observance pourrait avoir un impact plus important en termes de santé mondiale que le développement d'avancée thérapeutique » (4, 12). L'observance représente donc un réel enjeu sanitaire et économique pour les systèmes de santé et est au cœur de la relation médecin-malade (13).

1.3. Les déterminants de l'observance :

Favoriser l'observance est désormais une mission des soignants dans la prise en charge de malades chroniques qui nécessite d'identifier les déterminants sur lesquels le professionnel de santé et l'organisation du système de santé peuvent agir. La non observance est expliquée par des déterminants qui sont regroupés en cinq facteurs liés au patient, à la maladie, au traitement, au système de soin et aux facteurs socioéconomiques (7).

Facteurs liés au patient

Les comportements, connaissances et compétences du patient en lien avec sa maladie et ses traitements sont directement liés à ses capacités cognitives et ses croyances de santé (représentations personnelles) qui conditionnent grandement l'observance (14). De plus le sentiment d'auto-efficacité des patients, qui s'appuie sur les connaissances et compétences acquises, l'expérience du patient face à la maladie, ses

antécédents et l'interaction avec l'équipe soignante, influence l'observance. A cela s'ajoute les émotions du patient atteint d'une maladie chronique qui peuvent être des freins à l'observance thérapeutique avec en premier lieu la peur (peur des complications, des effets indésirables) ou la honte, le traitement apparaissant comme une stigmatisation. Le rôle des émotions, du ressenti est primordial dans l'observance thérapeutique (15). Le niveau d'anxiété et le statut émotionnel peuvent également provoquer un décalage entre l'information donnée par le prescripteur et celle reçue par le patient.

La personnalité du patient, elle, influencerait la perception globale de son état et de son devenir possible dans la maladie chronique. Le support familial intervient aussi comme facteur d'amélioration ou du défaut d'observance (interactions des croyances ou connaissances avec celles du patient, situation familiale complexe). La stabilité familiale, le mariage, le partenariat et le soutien par les pairs auront un impact positif. Pour finir, dans les études, l'âge semble avoir peu d'effets significatifs sur l'observance, excepté l'adolescence et la personne âgée (16). La personne âgée peut en effet cumuler les obstacles : polymédication, troubles cognitifs, difficultés mnésiques, défaut d'élimination rénale ou hépatique des médicaments, et mauvaise tolérance des médicaments (17).

Facteurs liés à la maladie

Reach (15) propose un modèle de la maladie favorisant le manque d'observance : chronique, asymptomatique, sans gravité ou perçue comme telle par le patient (7). En effet dans les pathologies chroniques, les contraintes journalières médicales, psychologiques (perte d'intégrité, caractère irréversible) et sociales de la maladie, de son suivi et d'un traitement au long cours face au manque de perception de l'impact bénéfique dans l'immédiat du traitement, concourent à la lassitude des patients et au défaut de persistance thérapeutique (18). L'adhésion au traitement sera meilleure si le patient peut en vérifier immédiatement les effets bénéfiques.

Facteurs liés au traitement

La complexité du traitement (association de différentes formes galéniques, de conditions de prises (avec ou en dehors des repas)), le nombre de prises journalières, la forme galénique et la tolérance jouent directement sur l'observance (15). La non-observance croît avec l'augmentation du nombre de comprimés à prendre par jour (11). De plus le sentiment d'efficacité d'un médicament, sa voie d'administration, la durée et régularité du traitement, le coût, sa visée plus préventive que curative et l'interférence avec la qualité de vie conditionnent l'observance du traitement (15). L'observance a tendance à diminuer avec le temps. En effet la plupart des études s'accordent à dire que plus de la moitié des patients auront arrêté leur traitement dans la première année. Une diminution de l'observance a d'ailleurs été observée, lors de traitements prolongés, dès la 24^e semaine (19).

Les pharmaciens peuvent accompagner le patient en lui proposant différents outils de suivi (plan de prise, pilulier, alarme de rappel sur le portable, carnet conseil AOD) pour que celui-ci n'oublie pas ses prises. Ces aides techniques ne peuvent être que des appuis dans un accompagnement plus global (programme ETP, ...)

Facteurs liés au système de soins

Une des clés pour favoriser l'observance thérapeutique est l'amélioration de l'organisation du système de soins français qui amènerait un meilleur contrôle de la maladie : la disponibilité des médecins, le délai des rendez-vous médicaux (court), la durée des consultations (plus longue, temps à consacrer au patient pour lui donner des explications), la fréquence des consultations (moins espacées), la coordination des informations entre les soignants, le suivi par un seul praticien identifié et l'intérêt des professionnels de santé pour l'observance (7, 17, 15). La qualité de la relation médecin-patient influence l'observance, fondée sur l'empathie, la valorisation et la confiance (20). Augmenter la confiance dans la relation avec le patient permet d'augmenter l'adhérence. La compétence interculturelle du soignant et l'accord partagé soignant-patient d'un objectif de prise en charge et des moyens pour l'atteindre est primordial. L'utilisation de ressources telles que la valorisation de soins spécifiques dans le cadre du maintien dans des structures telles que des réseaux ville-hôpital serait une piste pour favoriser l'observance.

Facteurs liés au système socioéconomique

La précarité a un impact négatif sur l'observance (12). Le coût et l'accessibilité des soins, la désertification médicale dans certaines zones géographiques sont des facteurs limitants de l'observance. L'accessibilité financière est pondérée par l'organisation du système de sécurité sociale et d'accès aux soins. Le pharmacien n'a pas d'influence sur ces différents facteurs. Toutefois une meilleure connaissance des associations d'usagers et de patients favoriserait un discours positif et une orientation des patients pour bénéficier de ce soutien par les pairs.

De ces cinq facteurs découle les interventions potentielles afin de soutenir l'observance. Le support méthodologique à ces actions provient également de modèles de comportements de santé, proposés depuis les années 1950 mettant en évidence les mécanismes comportementaux qui amènent à un comportement de santé et à son changement.

Il est donc intéressant de se pencher et d'améliorer ces facteurs prédictifs de l'observance dits « modifiables » et dépendants en partie du système de soins que sont la qualité de la relation médecin-malade, les connaissances des patients sur leur maladie et leur traitement, la participation des malades à la prise de décision thérapeutique, et le soutien socio-familial (10).

À ce jour, peu d'actions visant à promouvoir l'observance ont permis de démontrer un bénéfice en termes d'observance et un impact concomitant sur des paramètres de suivi de la pathologie chronique étudiée. Cependant une intervention ciblée sur un seul des déterminants est inefficace, il faudrait donc agir simultanément sur plusieurs déterminants.

1.4. Evaluation de l'observance :

La démarche permettant de favoriser l'observance doit être évaluée par la « vérification » de l'observance qui représente le moyen d'installer avec le patient un travail autour de cette préoccupation, au-delà de la simple identification par le professionnel de santé de la non-observance. L'évaluation intervient dans le but d'objectiver l'observance, mais aussi afin de mettre en place des actions pour améliorer l'adhésion thérapeutique. L'évaluation des points faibles et des points forts de l'adhésion au traitement par le patient doit être renforcée car un patient bien informé est un patient plus observant.

Définir le seuil de prise de médicament considéré comme satisfaisant (80 %) et prendre conscience des différents types de défaut d'observance (absence de prise, prises sporadiques ou adaptation de dose par le patient) sont deux actions indispensables à réaliser au préalable pour évaluer l'observance.

Plusieurs méthodes sont disponibles pour vérifier l'observance, qu'elles soient directes (dosage plasmatique des principes actifs, prise de médicament observée par un tiers impliquant une disponibilité inenvisageable) ou indirectes (pilulier électronique, comptage de médicaments, auto-questionnaire, entretiens semi-directifs). Le gold standard est passé du comptage des médicaments dans les années 1970, au MEMScaps (medication event monitoring system), boîtier électronique qui permet de connaître le jour et l'heure de la prise du traitement lorsque le patient ouvre le couvercle. Ce dispositif est cher, cependant les informations recueillies sont très précises concernant le degré d'observance du patient. Toutefois la méthode qualitative indirecte la plus employée demeure le recueil auprès du patient de ses prises médicamenteuses. Cette technique repose sur le remplissage au jour le jour d'une fiche dédiée au relevé des prises, sur les auto-questionnaires (21) ou sur l'interrogatoire par un professionnel de santé. Cet interrogatoire peut être structuré par un questionnaire « type » (21, 22). Le questionnaire le plus utilisé et validé reste celui de Morisky et al.(21), basé sur quatre questions simples. Cette technique est facile à mettre en place, son coût est faible, et le professionnel de santé peut aborder d'emblée les déterminants d'une mauvaise observance avec le patient. Les inconvénients sont la surestimation de l'observance par les questionnaires (24), l'absence de questionnaire validé pour tout type de pathologie chronique et l'influence de la relation soignant-patient sur le résultat. C'est ce questionnaire qui sera utilisé dans notre projet afin d'évaluer l'observance des patients.

Favoriser et évaluer l'observance représente donc un ensemble de soins continus, interdépendants les uns des autres, dont le but ultime est l'adhésion du patient à son projet de soin.

1.5. Situation actuelle :

La prise en charge des pathologies chroniques n'est pas toujours optimale d'un point de vue clinique et organisationnel, ce qui provoque une perte d'efficacité. En 2009, une étude montre que tous les pays doivent progresser en ce qui concerne le lien entre la ville et l'hôpital et la coordination des professionnels de santé (25). L'objectif de favoriser l'observance semble difficile à mettre en œuvre, cependant plusieurs pistes d'actions se dégagent (7). Afin d'améliorer l'efficacité et l'efficacité des soins dispensés aux patients atteints de pathologies chroniques, de nombreux pays occidentaux ont mis en place des dispositifs de prise en charge structurés et coordonnés pour améliorer leur parcours de soins. L'objectif est de répondre à un système trop cloisonné et une organisation trop axée sur la prise en charge de maladies aiguës afin de diminuer les pertes de chance pour le patient et de ressources pour le système (25). Les déterminants de l'observance liés au patient, comme dans toute maladie chronique, ouvrent la perspective de mise en place d'action d'ETP par exemple (7).

2. **Historique de l'éducation thérapeutique du patient (ETP)** :

Le nombre beaucoup plus important de maladies chroniques impose une prise en charge permettant une délégation des soins au patient lui-même qui est à l'origine de l'ETP. La prise-en-charge médicale retarde l'apparition des complications et atténue ou fait disparaître les symptômes, mais les médicaments ne peuvent quasiment rien face aux répercussions psychologiques et sociales que la maladie va entraîner, ce qui nécessite donc une prise-en-charge qui tient compte du patient dans sa globalité et sa singularité.

2.1. Définition :

Historiquement, l'ETP ne voit le jour officiellement qu'en 1998 avec la définition donnée par l'OMS : « C'est un processus continu centré sur le patient, faisant partie intégrante et de façon permanente de la prise en charge du patient. Il comprend des activités organisées de sensibilisation, d'information, d'apprentissage et de soutien psychosocial concernant la maladie, le traitement et les comportements de santé du patient. Il vise le patient et ses proches à comprendre la maladie et le traitement, coopérer avec les soignants, acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique et ainsi maintenir ou améliorer la qualité de vie. » (25, 3).

2.2. Historique :

Le 4 mars 2002 en France, la loi sur les droits des patients préconise la nécessité du développement de l'ETP (26, 5) qui a débuté principalement dans les services hospitaliers avec les appels à projets lancés en 2002 et qui y reste prédominante (13). Le contexte national de surmortalité en France, de prévalence

croissante des pathologies chroniques, d'inégalités de santé et de baisse de la démographie médicale décrit par le Haut Comité de Santé Publique renforce la nécessité de soutenir le développement de l'ETP. Les deux lois de 2004 relatives à la Santé publique et à l'Assurance maladie (28) soulignent le décloisonnement nécessaire du système de soins et le caractère fondamental du développement d'une politique de prévention pour lutter contre la maladie, modifier les comportements à risques et améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques. Elles entraînent la mise en place de dispositifs visant à favoriser la coordination entre les acteurs de santé, la participation des malades et l'implication des professionnels. L'organisation et la coordination du parcours de soins personnalisé pour les maladies chroniques sont donc instaurées (4). Le plan d'amélioration de la Qualité de Vie des personnes atteintes de pathologies chroniques 2007/2011 place l'ETP au centre de la prise en charge de ces maladies. Il est indispensable car plus le patient est impliqué dans la gestion de ses traitements et de sa maladie, plus la prise en charge est efficace. Les complications peuvent être évitées lorsque le patient est conscient des risques attachés à sa maladie et si on l'aide à avoir les bons réflexes (4).

La circulaire du 9 mai 2007 sur la tarification à l'activité (T2A) a proposé des formules de financement de l'ETP (28, 3). Les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) de juin 2007 (29, 30) donnent l'impulsion à l'ETP et ont fixé les principes de la démarche éducative, les étapes des programmes et les aspects pratiques de son déroulement. En 2008, le rapport Saout (32) jette les bases de l'ETP en définissant les modèles les plus pertinents au regard du système de soins français, précise les modalités nécessaires à leur mise en place, propose une typologie des actions d'accompagnement à la qualité de vie et d'aide à l'observance. Suite à ce rapport, la Loi HPST « Hôpital, patients, santé et territoires » du 21 juillet 2009 (32, 33), inscrit par son article 84 l'éducation thérapeutique du patient dans le Code de la Santé Publique (CSP) et marque donc un tournant dans la reconnaissance de l'ETP. Les articles L. 1161-1 à L. 1162-1 du CSP (35) constituent le cadre juridique de l'éducation thérapeutique. Elle « s'inscrit dans le parcours de soins du patient avec pour objectif de rendre le patient plus autonome en facilitant son adhésion aux traitements prescrits et en améliorant sa qualité de vie. Elle n'est pas opposable au malade et ne peut conditionner le taux de remboursement de ses actes et des médicaments afférents à sa maladie ». (35)

2.3. Une démarche éducative :

L'ETP est une démarche éducative contractuelle participative permettant l'implication d'un groupe. C'est un processus dynamique cherchant l'adhésion et la participation du public ciblé. Les objectifs de la démarche éducative sont de modifier une attitude ou une pratique, de renforcer des comportements positifs et d'éviter de porter des jugements sur les comportements, d'avoir une approche moralisatrice. L'éducation est une pratique pédagogique qui part du principe que la personne est capable de se prendre en charge ou partiellement en charge. Un processus éducatif par contre commence seulement quand la personne a besoin

de savoir (faire) quelque chose. L'idée est de faire prendre conscience au patient qu'il y a des choses qu'il ne connaît pas, et c'est lui-même qui décidera d'accepter ou non l'éducation thérapeutique.

La relation éducative est fondée sur la recherche d'un équilibre entre urgence d'apprentissage des compétences de santé pour éviter la survenue précoce de complications ou d'accidents aigus et le respect de leur appropriation par le patient et des réaménagements psychoaffectifs qu'engendre toute maladie chronique (36). Cette relation consiste à rechercher la cohésion du patient pour une meilleure observance. Le professionnel de santé va l'aider à faire face et à s'adapter à des changements de son état de santé grâce à une écoute empathique et un vocabulaire adapté (5) Les actions d'ETP s'appuient sur cette relation de confiance et sur des outils relationnels tels que la valorisation et le renforcement du sentiment d'auto-efficacité du patient (7).

2.4. Objectif :

L'ETP a comme finalité de rendre le patient responsable et autonome en acquérant ou maintenant des compétences de savoir, savoir-faire, savoir être et savoir devenir (capacités d'auto-soins ou de compétences de sécurité et compétences d'adaptation) adéquat pour gérer de façon optimale leur vie avec une maladie chronique (37).

C'est une prise en charge globale du patient, c'est-à-dire que la maladie est le point de départ mais la réflexion prend la personne dans son ensemble. L'ETP permet une participation active du patient afin qu'il soit acteur de sa santé tout au long du projet de soins, avec l'objectif de disposer et maintenir une qualité de vie acceptable. Elle est adaptée à l'évolution de la maladie, au mode de vie, au profil éducatif et culturel du patient et doit respecter son rythme d'apprentissage. L'ETP accompagne également l'entourage. Elle s'articule autour de la transmission d'informations claires au patient sur les conséquences de sa maladie et les objectifs du traitement proposé (7). Cela doit permettre au malade, à la famille et aux soignants de collaborer dans l'objectif d'améliorer l'adhésion thérapeutique du patient.

L'ETP s'adresse à toute personne ayant une maladie chronique en fonction des besoins, quels que soient son âge, le type, le stade et l'évolution de sa maladie, ainsi que son entourage. (38)

Pour le patient atteint d'une maladie chronique les enjeux de l'ETP sont de devenir autonome dans la prise en charge de sa maladie, limiter ou retarder la survenue de complications et améliorer son estime de soi et sa qualité de vie. Pour les professionnels de santé (PS) les enjeux de l'ETP sont d'acquérir de nouvelles compétences en ETP, modifier la relation soignant-soigné, passer d'une démarche prescriptive à une démarche éducative, et modifier les liens entre PS (équipe pluridisciplinaire).

2.5.Cadre de l'éducation thérapeutique :

La loi HPST instaure un cadre institutionnel permettant à l'ETP de se développer dans un souci de qualité et de proximité (accessibilité à une variété de publics) pour une meilleure prise en charge des personnes atteintes de maladies chroniques. L'ETP doit ainsi être définie en termes d'activités et de contenu et organisée dans le temps.(38)

2.5.1. Compétences :

Les compétences nécessaires pour dispenser l'ETP sont déterminées par décret et arrêté du 2/08/2010 modifiés par décret et arrêté du 31/05/13 (39) relatif aux compétences requises pour dispenser ou coordonner l'éducation thérapeutique. L'ETP nécessite une formation d'une durée minimale de 40h d'enseignements théoriques et pratiques acquises dans le cadre de la formation initiale ou du DPC ou par des actions de formation continue, pour tout le personnel inclus dans le programme d'ETP. Il faut que les intervenants aient des compétences relationnelles, pédagogiques et d'animation, méthodologiques et organisationnelles, biomédicales et de soins (OMS) pouvant être partagées au sein d'une équipe pluridisciplinaire pour augmenter l'efficacité des interventions auprès des patients.

2.5.2. Programmes structurés :

L'ETP se développe sous forme d'un programme structuré. « Les programmes sont conformes à un cahier des charges national dont les modalités d'élaboration et le contenu sont définis par arrêté du ministre chargé de la santé. Ils sont mis en œuvre au niveau local, après autorisation des agences régionales de santé (ARS). Ils sont proposés au malade par le médecin prescripteur et donnent lieu à l'élaboration d'un programme personnalisé ». Ils sont évalués par la haute autorité de santé (HAS). Ces programmes sont composés de 4 étapes (40, 41) :

- Elaborer un diagnostic éducatif (ou bilan éducatif partagé) aboutissant au programme d'ETP personnalisé au regard de la stratégie thérapeutique et du projet du patient. Un recueil des besoins, de l'environnement et des attentes du patient, et une exploration des croyances sur la maladie et les traitements sont réalisés. Il est négocié et rédigé avec le patient dans le but de construire une alliance thérapeutique.
- Organiser un programme personnalisé d'ETP en définissant des priorités d'apprentissage (compétences à acquérir ou mobiliser au regard du projet de vie et de la stratégie thérapeutique).
- Planifier et réaliser les séances collectives et individuelles (ou en alternance) dans lesquelles sont utilisés des outils pédagogiques et ludiques pour rendre le patient actif. L'intérêt étant de varier les moyens éducatifs en utilisant des techniques de communication centrées sur le patient.

- Evaluer individuellement les compétences (d'auto-soins et d'adaptation) acquises (atteinte des objectifs éducatifs) et le déroulement du programme, à la fin de ce dernier. Proposer si besoin un suivi éducatif régulier de renforcement ou d'approfondissement.

2.5.3. Autorisation :

Pour être autorisé, un programme doit répondre aux exigences du décret du 2/08/2010 (42). C'est l'ARS (agence régionale de santé) qui est chargée du contrôle du respect des autorisations délivrées. L'autorisation est obligatoire pour l'ensemble des programmes. La demande doit être adressée au directeur général de l'ARS qui dispose de 2 mois pour répondre. Au-delà en l'absence de réponse, l'autorisation est acquise. L'autorisation est donnée pour 4 ans, renouvelable (avec l'auto évaluation quadriennale). Les programmes doivent s'appuyer sur des données relatives à l'efficacité potentielle, être scientifiquement fondés et basés sur des référentiels approuvés et validés.

2.5.4. L'équipe :

Une équipe est composée (régis par le CSP) d'au moins 2 professionnels de santé de discipline différente. L'ETP a donc un caractère multi professionnel, interdisciplinaire. Tous les professionnels de santé formés à l'ETP (médecins, pharmaciens, infirmiers, etc) peuvent participer à un programme d'ETP. Les programmes peuvent également faire appel à des professionnels autres que de santé (psychologue, assistante sociale). Les patients experts qui passent un diplôme universitaire peuvent parler de leur maladie aux autres et donc participer au programme d'ETP (38). L'éducation thérapeutique doit avoir à cœur de tisser des liens avec les autres professionnels qui vont prendre en charge le patient, et d'être intégrée dans un travail en réseau.

Il y a donc une nécessité de coordination des interventions et de partage des informations entre les différents professionnels intervenants au sein du programme et avec les autres intervenants du parcours de soins du patient.

Il est important d'informer les patients de l'existence de ces programmes, en renforçant le caractère juridique et législatif du programme, et d'expliquer l'intérêt du partage d'informations avec le reste de l'équipe médicale. La participation à un programme est libre (volontariat). Il est donc nécessaire de recueillir au préalable le consentement du patient à l'entrée dans le programme. Le patient peut refuser et a la possibilité de sortir du programme à tout moment sans préjudice (3).

2.5.5. Evaluation et financement :

Les programmes sont évalués par le biais d'une auto évaluation annuelle (43) de l'activité globale et du déroulement du programme et d'une évaluation quadriennale (44) en termes d'activité, de processus et de résultats sur des critères de jugement définis. Ils sont financés par l'ARS sur la base de forfait par patient (250 euros/an) car l'ETP représente un réel intérêt économique pour la santé publique en évitant des hospitalisations et des complications inutiles (coûts supplémentaires) (45).

2.6. Place du pharmacien d'officine :

Avec l'article 38 de la loi HPST (36, 37) les pharmaciens d'officine peuvent participer à la coopération entre professionnels de santé, à l'éducation thérapeutique et aux actions d'accompagnement des patients définies aux articles L. 1161-1 à L.1161-5. Les pharmaciens sont donc intégrés dans le système de santé tout entier (3). Ils participent aux programmes au sein d'équipes pluridisciplinaires et peuvent coordonner des programmes et/ou animer des séances éducatives. L'ETP fait désormais partie des missions confiées aux pharmaciens d'officine inscrites dans le code de la santé publique. Si nécessaire, le pharmacien peut orienter le malade vers une structure locale d'éducation du patient (réseau de santé, maison du diabète, école de l'asthme, association de patients). L'ETP, nécessitant une collégialité dans sa réalisation, permet au pharmacien d'intégrer pleinement les équipes soignantes. Ceci entraîne un décloisonnement de la profession.

Le pharmacien est le professionnel du médicament qui est quotidiennement à l'écoute et dans l'accompagnement du patient sachant que l'accès aux officines est libre, gratuit, et ne nécessite pas de rendez-vous. Il doit sensibiliser, expliquer et informer sur la pathologie et les traitements, promouvoir le bon usage du médicament et l'observance des traitements, soutenir et accompagner les patients et leurs familles. De par sa proximité, sa disponibilité, ses compétences et sa connaissance du patient dans sa globalité, le pharmacien est un acteur indispensable à la mise en place et à l'exécution des séances d'ETP (3). C'est un acteur privilégié car il est externe à l'équipe de soins et a donc une relation particulière avec le patient et des échanges facilités. Il pourrait être le médiateur entre l'équipe soignante et le patient permettant une complémentarité et une cohérence indispensable des messages délivrés au patient. Dans cette période de profonde évolution de la profession, ces nouvelles missions attribuées au pharmacien devraient lui permettre d'échapper à une logique de distribution, et d'aboutir à une revalorisation de son acte (47).

L'ETP est donc un concept innovant à intégrer dans les pratiques professionnelles pour faire la différence.

2.7.Situation actuelle :

L'hospitalisation semble favoriser la mise en place de l'éducation du patient car l'équipe peut dialoguer avec le corps médical et prendre le temps d'expliquer le traitement dans un espace plus confidentiel qu'en officine (48).

En ville, l'éducation du patient est réalisée au sein de réseaux de santé, de maisons médicales ou de sites d'accueil spécialisé (maison du diabète, associations de patients), mais ils sont inégalement répartis sur le territoire et ciblés sur des thématiques. Il est donc essentiel de développer un accompagnement personnalisé des malades en améliorant la communication, la collaboration et la coordination médicale et médico-sociale des multiples intervenants auprès du malade chronique (4).

Les actions éducatives et de coopérations pluri professionnelles permettraient de sécuriser le parcours de soins du patient et de créer un lien entre l'hôpital et la ville. Cependant le nombre de programme d'ETP autorisés par les ARS ainsi que leur répartition territoriale ne permettent pas de répondre aux besoins d'éducation de tous les patients porteurs d'affections chroniques (13).

3. La convention nationale (entretiens pharmaceutiques) :

En 2006, l'OMS incite les pharmaciens à passer à une pratique centrée sur le patient alors que cette dernière était davantage centrée sur la médecine. Le rôle du pharmacien s'appuyait sur des savoirs professionnels, dorénavant on a une vision plus large d'une relation entre le pharmacien et le patient. Le pharmacien doit prendre en compte la dimension relationnelle et ne plus faire seulement une expertise basée sur ses compétences scientifiques dans le domaine du médicament (49).

Cette relation est au cœur même des actions d'accompagnements du pharmacien se caractérisant par la création d'un entretien pharmaceutique (EP), basé sur la continuité, qui constitue l'un des principaux moyens permettant aux pharmaciens de prendre en charge de façon globale, personnalisée et optimale le patient (article 10-2 de la convention nationale).

Ces entretiens ont vu le jour dans la nouvelle convention nationale pharmaceutique (2) qui a été signée le 4 avril 2012 entre l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam) et les syndicats représentatifs des pharmaciens : la Fédération des syndicats pharmaceutiques de France (FSPF), l'Union des syndicats de pharmaciens d'officine (USPO) et l'Union nationale des pharmacies de France (UNPF). Cette convention organisant les rapports entre les pharmaciens titulaires d'officine et l'assurance maladie est publiée au Journal officiel du 6 mai 2012 et entre en vigueur le 7 mai 2012.

Elle marque une véritable évolution du métier de pharmacien avec la volonté de revaloriser et renforcer son rôle en santé publique (accompagnement et suivi des patients notamment atteints de maladies chroniques) et de faire progresser la santé en développant les nouvelles missions des pharmaciens ainsi que l'ensemble des dispositifs mis en place dans l'intérêt du patient.

La reconnaissance du rôle du pharmacien d'acteur de santé publique se revendique par l'apparition de nouveaux modes de rémunération portant sur des engagements de qualité, d'efficacité et de modernisation. Ceci permettrait de compenser en partie la réduction des marges sur la vente de médicament remboursé.

Parmi les objectifs de la convention nationale on trouve l'accompagnement thérapeutique des malades chroniques (asthme) et la prévention des risques iatrogéniques (anticoagulants : AVK, AOD), formalisé par l'entretien pharmaceutique.

3.1. Avenant n°1 : les AVK

L'arrêté du 24 juin 2013 portant approbation de l'avenant n° 1 (50) à la convention nationale pharmaceutique fixe les modalités de mise en place de l'accompagnement pharmaceutique des patients sous antivitamine K (AVK) conformément aux dispositions de l'article 28.1 de la convention. Cet avenant est entré en vigueur le 28 juin 2013 et permet aux pharmaciens de mettre en place à partir du 1er juillet 2013 l'accompagnement des patients sous AVK (3). Les AVK ont été choisis car ils constituent la première cause d'iatrogénie médicamenteuse en France. En effet chaque année les accidents iatrogéniques liés aux AVK sont responsables de 17 300 hospitalisations et de 5 000 décès (51). Le nombre annuel moyen de jours d'hospitalisations dus à un effet médicamenteux est d'environ 1,5 millions, et 12,3% de ces hospitalisations sont dues aux effets indésirables des AVK (3). Il est donc important d'assurer un suivi pour ces médicaments à marge thérapeutique étroite.

3.2. Objectif de l'entretien pharmaceutique :

L'assurance maladie et les syndicats sont partis du principe que « le bon usage du médicament est favorisé par la précision et la pertinence des informations et conseils donnés aux patients » (article 10.3)

L'EP est un dispositif d'accompagnement personnalisé, confidentiel, libre et gratuit (pris en charge par l'assurance maladie). L'accompagnement est une aide globale de la personne incitant à connaître la situation et l'environnement du patient.

L'objectif de cet accompagnement pharmaceutique est d'apporter une assistance et un soutien aux malades ou à leur entourage, dans la prise en charge de la maladie en donnant des conseils pour l'initiation, l'observance et le suivi du traitement. Pour les patients sous anticoagulants oraux (ACO) l'objectif du pharmacien, comme précisé dans l'avenant n°1 est un objectif de santé publique visant à prévenir les risques

d'accidents iatrogéniques (diminuer leur incidence) liés au traitement par ACO, et à améliorer l'observance de ces patients.

L'entretien doit permettre de renforcer les rôles de conseil, d'éducation et de prévention du pharmacien auprès des patients, valoriser son expertise sur le médicament, et d'évaluer la connaissance, l'adhésion et l'appropriation par le patient de son traitement (52).

3.3. Cadre de l'entretien pharmaceutique :

Le pharmacien doit recueillir le consentement éclairé du patient pour participer au programme d'accompagnement, le faire parvenir à l'assurance maladie et garantir l'exercice de sa profession (à la fois assurer ou surveiller l'exécution des actes professionnels et réaliser l'EP) (article 10.1). Le patient est donc libre d'adhérer au dispositif, de choisir le pharmacien en charge de son accompagnement et d'en changer ou ne plus participer au programme à tout moment.

Le pharmacien s'engage à assurer la confidentialité de l'entretien (article 8), ce qui nécessite un espace de confidentialité où il peut recevoir de façon isolée les patients permettant un échange entre lui et le patient en toute confidentialité. Il s'engage également à se former et actualiser ses connaissances.

La planification d'un entretien et sa réalisation dans un espace de confidentialité change la nature des rapports entre le pharmacien et le patient. Les objectifs de l'entretien pharmaceutique sont proches des missions habituelles du pharmacien et de sa pratique quotidienne de conseil. En revanche ce sont la forme, le cadre et les supports de l'entretien qui changent.

3.4. La rémunération :

L'entretien pharmaceutique constitue un axe de la rémunération sur objectifs de santé publique (Rosp) du pharmacien. Ce suivi aboutit donc à une rémunération de 40 € par an et par patient pour deux entretiens réalisés, en fonction du respect des engagements individuels de santé publique (53).

3.5. Les modalités de mise en œuvre :

Le pharmacien dispose de deux supports d'accompagnement validés par la Haute Autorité de Santé (HAS) pour réaliser l'EP (53) :

- un guide d'accompagnement du patient, support pédagogique qui constitue un référentiel à l'usage du pharmacien, pour bien mener l'entretien et assurer un accompagnement optimal
- une fiche de suivi, d'évaluation de l'entretien qui constitue un support d'échange avec le patient et assure la traçabilité et le suivi des entretiens

La déclaration du suivi de patient se fait par télétransmission à l'Assurance maladie, avec un code acte à chaque entretien. L'accord papier signé par le patient et le questionnaire rempli pendant l'entretien par le pharmacien sont mis en ligne. La trame de l'entretien se fait par le déroulement du questionnaire de la fiche de suivi du patient, élaboré à partir des documents de référence établis par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) (54). Afin de sécuriser l'adhésion en ligne, il est recommandé de recueillir la signature du patient sur le bulletin d'adhésion afin de prouver le recueil de son consentement.

3.6. Déroulement de l'entretien pharmaceutique :

Concrètement l'accompagnement du pharmacien passe par la réalisation d'au moins deux entretiens pharmaceutiques (EP) annuels d'environ vingt minutes au cours desquels le pharmacien informe et conseille le patient sur le bon usage des médicaments prescrits dans le cadre de son traitement.

Les trois grands points d'introduction de l'entretien sont d'annoncer l'objectif de l'entretien (évaluer, faire le point sur ses connaissances et comportements), solliciter l'accord du patient et respecter le temps de paroles de chacun. On présente tout d'abord le nouveau rôle du pharmacien et le fait que cela s'inscrit dans une mission confiée par l'assurance maladie. Il faut rappeler la notion de confidentialité de l'EP et annoncer la durée et le déroulement de celui-ci. On précise au patient la complémentarité entre la prise en charge du médecin et celle du pharmacien, le fait que l'on va avvertir le médecin que cet EP a eu lieu.

Lors de l'entretien il est nécessaire de prendre un temps pour recueillir les informations générales concernant le patient, ce qu'il sait en utilisant des questions ouvertes avant d'apporter des informations sur les objectifs prioritaires. Il faut ajuster le niveau d'information en fonction du niveau de connaissances et de compréhension du patient. Il est capital de prioriser les informations transmises et ne pas donner trop d'information, ni être trop directif. Le pharmacien donne aux patients les informations concernant :

- La connaissance de son traitement (notions générales, principes du traitement et modalités de prise, posologie, durée du traitement et précautions d'emploi)
- L'importance du suivi (analyses biologiques lors de l'initiation, la surveillance et la poursuite du traitement)
- L'importance de l'observance et la conduite à tenir en cas d'oubli
- La reconnaissance et la surveillance de l'apparition de signes évocateurs de surdosage, et la gestion des effets indésirables liés au traitement
- La détection et la gestion des interactions médicamenteuses (médicaments à éviter) et des contre-indications

- Les conseils pour la vie quotidienne (activité sportive, règles hygiéno-diététiques) et l'information des professionnels de santé

Il est essentiel d'amener le patient à s'exprimer et à reformuler, faire des choix, prendre des décisions.

Pour conclure l'entretien il faut demander si le patient a des questions, puis faire la synthèse des points abordés (en lui posant des questions pour voir s'il a tout compris) et finir sur un point positif, valoriser le patient sur les connaissances acquises. On fixe le prochain rendez-vous et les thèmes à aborder (il n'est pas possible de tout aborder en une seule séance). Avec l'accord du patient, on peut contacter par téléphone ou messagerie sécurisée le prescripteur si nécessaire.

3.7. Avenant n°4 : l'asthme

L'avenant n°4 (52), entré en vigueur le 3 décembre 2014, décrit les modalités de mise en place de l'EP des patients asthmatiques, conformément aux dispositions de l'article 28.2 de la convention nationale. En effet l'asthme affecte 6,8 % de la population générale, soit environ 4,5 millions de patients, c'est une maladie chronique extrêmement fréquente. 1 patient sur 2 est insuffisamment contrôlé, alors que l'objectif du traitement est de contrôler l'asthme. L'asthme génère 15000 hospitalisations et environ 1000 décès par an. Un traitement inadapté ou mal conduit peut avoir des conséquences irréversibles sur l'appareil respiratoire. Il existe un problème d'observance du traitement de fond (pas de ressenti des effets bénéfiques de suite) et d'utilisation des dispositifs d'inhalation alors que la prise en charge des patients touchés est optimisée par une bonne observance et une bonne administration à long terme du traitement (53).

3.8. Avenant n°8 : les AOD

L'avenant n°8 (55) publié au Journal officiel le 28 juin 2016 est effectif depuis le 29 juin 2016, date d'entrée en vigueur de l'arrêté d'approbation de cet avenant appliquant des évolutions pour les accompagnements existants. Il étend l'accompagnement des patients asthmatiques à tous les patients chroniques sous corticoïde inhalé et non plus seulement ceux en initiation de traitement, permettant à l'ensemble des patients atteints par cette maladie de bénéficier d'un suivi personnalisé et adapté par le pharmacien. Ainsi, sont intégrés dans l'accompagnement tous les patients majeurs chroniques sous traitement par corticoïde inhalé «dont la durée de traitement prévisible est supérieure ou égale à 6 mois» (56).

L'avenant n°8 intègre également l'accompagnement pharmaceutique des patients sous anticoagulants oraux d'action directe (AOD), deuxième branche de l'accompagnement des patients sous anticoagulants oraux, et fixe ses modalités de mise en place conformément aux dispositions de l'article 28.1 de la convention nationale.

Il a été décidé d'accompagner les patients chroniques en privilégiant la prévention des risques iatrogéniques par la mise en place d'entretiens avec les patients sous anticoagulants oraux (ACO) regroupant les AVK et

les AOD car le suivi des patients sous ACO représente un enjeu majeur de santé publique. En effet, plus d'un million de patients sont traités chaque année par ACO et ces médicaments à marge thérapeutique étroite nécessitent une surveillance renforcée du fait du risque hémorragique ou thrombotique important qu'ils peuvent provoquer s'ils ne sont pas correctement utilisés.

Mis à part le besoin d'assurer la bonne observance du traitement par les patients, il est primordial de surveiller les signes évocateurs de surdosage ou sous-dosage et de réaliser le suivi des patients surtout fragiles (de moins de 60 kg) vu l'absence de suivi biologique des patients sous AOD (article 28.1.1).

Les conditions d'inclusion des patients sous AOD dans le dispositif d'accompagnement sont les mêmes que celles pour les patients sous AVK : seuls les patients majeurs, chroniques sous traitement par AOD « pour une durée consécutive, prévisible ou effective supérieure ou égale à 6 mois », sont éligibles à l'accompagnement.

3.9. Avenant n°11 :

L'avenant n° 11 (57) à la convention nationale a été signé par l'assurance maladie et l'USPO le 20 juillet 2017. Cet avenant, approuvé par arrêté du 14 décembre 2017, s'inscrit dans le prolongement des objectifs de la convention. Il confirme la volonté de continuer la réforme du mode de rémunération fondé sur l'honoraire de dispensation, et élargir le champ des rémunérations des pharmaciens en contrepartie d'engagements individualisés de santé publique, dont le but est de favoriser la qualité et l'efficacité du parcours de soins du patient. Les dispositifs d'accompagnement (patients sous AVK, AOD et patients asthmatiques) sont revus et revalorisés.

L'avenant n° 11 fait évoluer ces dispositifs en les centrant plus sur les besoins du patient et décline ainsi l'EP en entretien d'évaluation et en entretien thématique. La première année, mis à part le recueil des informations générales relatives au patient, le pharmacien réalisera un entretien d'évaluation dans le but d'évaluer le besoin de suivi du patient et de favoriser son adhésion à la démarche d'accompagnement et au traitement. Cet entretien doit permettre d'identifier le(s) axes d'accompagnement à mettre en place pour un patient donné et donc de mieux cibler les notions prioritaires à aborder lors des entretiens thématiques. Parmi ces axes, l'observance reste l'un des piliers de l'accompagnement des patients. L'accompagnement, ainsi mieux centré sur les besoins et attentes du patient, se réalisera par le biais d'entretiens thématiques sélectionnés en fonction des conclusions de l'entretien d'évaluation. Le pharmacien doit, tout en expliquant l'intérêt de l'entretien au patient, optimiser le suivi en définissant en fonction du patient, les thèmes sur lesquels les EP devront porter (observance, International Normalized Ratio (INR)...), la durée de l'accompagnement, et le degré de suivi à mettre en place.

A partir de l'année 2018 les entretiens pharmaceutiques sont donc simplifiés et écourtés (articles 28.1, 28.2 et annexe II.5). Le forfait annuel est revalorisé à hauteur de 50 € par patient la première année et de 30 € les années suivantes (58) (40 € jusqu'à cette date). Pour être éligible au paiement de la Rosp tous accompagnements confondus, outre la chronicité du traitement sur minimum 6 mois, il faut réaliser dans l'année civile de référence un entretien d'évaluation et deux entretiens thématiques la première année et au moins deux entretiens thématiques les années suivantes (sauf en cas de décès du patient ou adhésion au second semestre de l'année de référence) (53).

Lors de la réalisation de notre projet l'avenant n°11 n'avait pas encore été signé et n'a donc pas été mis en pratique. Il a été décidé de se baser sur la réalisation de deux entretiens pharmaceutiques en ville afin que les officinaux obtiennent leur rémunération.

Finalelement, grâce à la convention nationale, le pharmacien renforce bien son rôle de spécialiste du médicament en rentrant entièrement dans le parcours de soin du patient afin de sécuriser sa prise en charge, notamment pour les patients traités par des médicaments à risque tels que les AOD (54).

4. Les anticoagulants oraux directs (AOD) :

L'objectif d'un anticoagulant est de prévenir la thrombose et donc induit une fluidité sanguine.

Contrairement aux héparines et aux AVK qui ont une action indirecte (respectivement dépendante de l'anti-thrombine et agissant sur la vitamine K), les AOD eux bloquent directement les facteurs IIa et Xa.

Cette nouvelle classe d'AOD est composée de trois molécules qui sont commercialisées :

- Le dabigatran etexilate (Pradaxa®) disponible depuis fin 2008. C'est un inhibiteur direct de la thrombine (anti-IIa) administré par voie orale
- Le rivaroxaban (Xarelto®) depuis 2009
- L'apixaban (Eliquis®) depuis 2012

Tous deux sont des inhibiteurs directs du facteur Xa (anti Xa) administrés par voie orale également (59).

4.1. Indications :

Les anticoagulants sont des médicaments indispensables pour la prévention et le traitement des pathologies thrombo-emboliques, notamment les accidents vasculaires cérébraux (AVC) dans la fibrillation auriculaire (60).

Ces médicaments sont prescrits dans les indications suivantes :

- Prévention du risque de maladie thromboembolique veineuse dans les suites d'une chirurgie orthopédique (prothèse totale de hanche (PTH) ou de genou (PTG))
- Prévention des accidents vasculaires cérébraux (AVC) et des embolies systémiques chez des patients atteints de fibrillation atriale (FA : trouble du rythme) non valvulaire présentant un ou plusieurs facteurs de risque. C'est une pathologie très fréquente dont l'incidence augmente avec l'âge.
- Traitement des thromboses veineuses profondes (TVP) et embolies pulmonaires (EP) et prévention des récurrences (rivaroxaban et apixaban) (59)

Ils ont une efficacité démontrée en termes de diminution de la morbi-mortalité cardiovasculaire et concernent une population de plus en plus large, souvent âgée et fragile (60).

L'utilisation des anticoagulants oraux est croissante, le nombre de patients ayant eu un anticoagulant oral en 2013 est de 1,49 millions. La consommation des AOD a fortement augmenté depuis 2010, et s'est accentuée en 2013, parallèlement à une légère diminution de celle des médicaments antivitamine K (AVK) depuis 2012. L'utilisation globale des anticoagulants continue toutefois d'augmenter. On a donc une augmentation régulière de la population traitée par des anticoagulants au long court car ces traitements touchent une population vieillissante et la FA est une pathologie dont la prévalence augmente avec l'âge. Aujourd'hui de plus en plus de patients sont traités par AOD mais à partir d'octobre 2013 l'augmentation de l'utilisation des AOD se stabilise (59).

4.2. Effet indésirable :

Le risque majeur associé à l'utilisation des anticoagulants est le risque hémorragique. C'est l'effet indésirable le plus fréquent en lien avec la pharmacodynamie de ces traitements. La prévention et la prise en charge de ce risque iatrogène constitue un enjeu majeur de santé publique (60). Il est impératif d'utiliser ces médicaments dans le strict cadre des conditions de l'Autorisation de mise sur le marché (AMM) soit respecter les posologies et durées de traitement recommandées, les indications et contre-indications, les mises en garde et précautions d'emploi ainsi que les interactions médicamenteuses, afin de minimiser ce risque. Il est également nécessaire de sensibiliser les professionnels de santé sur les risques liés à l'utilisation des AOD (59).

Les signes évocateurs de surdosage (hémorragie) peuvent survenir dans différentes zones :

- Banals : gingivorragies, épistaxis, règles exceptionnellement abondantes, hématomes
- Inquiétants : hématurie, rectorragies ou méléna, hématomèse, hémoptysie, saignement persistant
- Trompeurs : fatigue, dyspnée, céphalées ne cédant pas au traitement antalgique habituel, malaise inexplicé, pâleur, hypotension, tachycardie

Le risque hémorragique est majoré dans certains cas : sujets âgés, pathologies associées, insuffisance rénale ou hépatique, poids faible (<50 kg), interactions médicamenteuses (antiplaquettaire), interventions, posologies excessives.

Avant l'instauration du traitement et lors de son suivi, il est donc important de prendre en compte ces facteurs de risque car des saignements majeurs ou sévères peuvent survenir et menacer le pronostic vital. Il a été observé que les AOD étaient associés à des taux d'hémorragies intracrâniennes plus faibles que la warfarine, et des taux d'hémorragies gastro-intestinales plus élevés (59).

Afin de diminuer ce risque il faut éviter les sports violents et les activités utilisant des objets coupants, les prélèvements en intramusculaire, les ponctions lombaire et articulaire. Les vaccins, prélèvements sanguins et en sous cutané eux sont autorisés.

4.3. Initiation et suivi du traitement :

L'introduction d'un anticoagulant doit prendre en compte les conditions d'utilisation prévues par l'AMM, les recommandations de bon usage de la HAS, l'évaluation de la balance bénéfico-risque (risques thrombotique et hémorragique), les interactions possibles avec les médicaments concomitants, les pathologies associées, et l'évaluation globale du patient (contexte médicosocial, âge et fonctions cognitives) de façon à apprécier les capacités d'adhérence au traitement. Chez un patient âgé le risque c'est la chute et les pharmaciens peuvent dépister s'il y a une modification du comportement pouvant amener à chuter. Il faut être vigilant sur toutes les étapes de la vie qui fragilisent une personne.

De plus une surveillance clinique est conseillée durant tout le traitement pour rechercher d'éventuels signes évocateurs de surdosage.

Contrairement aux AVK, les AOD ne nécessitent pas de surveillance du niveau d'anticoagulation en routine (pas d'INR). La surveillance n'est pas hématologique mais biochimique. Avant l'initiation du traitement, la fonction rénale et hépatique du patient doit être évaluée et une surveillance régulière en cours de traitement (périodicité en fonction du statut rénal ou hépatique) doit être mise en place pour éviter toute accumulation et donc un risque hémorragique. La fonction rénale est évaluée, par le calcul de la clairance de la créatinine (ClCr) selon la méthode de Cockcroft-Gault (utilisée lors du développement clinique des AOD, meilleur calcul pour évaluer le risque hémorragique), afin d'exclure la mise sous dabigatran en cas d'insuffisance rénale sévère (ClCr < 30 mL/min) ou d'éviter la mise sous rivaroxaban ou apixaban en cas d'insuffisance rénale terminale (ClCr < 15 mL/min). Elle est réévaluée de façon générale tous les 3 ou 4 mois après la mise en place du traitement chez les plus de 75 ans, afin d'adapter la dose de l'AOD. Au plus la clairance est basse, au plus on répète le calcul de celle-ci.

Tout au long du traitement, le rapport bénéfico-risque ainsi que l'adhérence au traitement doivent être réévalués (59).

4.4. Propriétés pharmacologiques :

Les AOD ont les mêmes caractéristiques pharmacologiques que les héparines car ce sont des médicaments d'urgence mais pris par voie orale. L'anticoagulation apparaît 2 heures après la prise. Ils ont une demi-vie de 12-13 heures. Leur taux plasmatique est donc fortement diminué 12 heures après la prise ainsi que le risque hémorragique. La courte demi-vie des AOD rend leur action très dépendante de l'observance (61).

	Dabigatran	Rivaroxaban	Apixaban
Cible	Facteur IIa	Facteur Xa	Facteur Xa
Prodrogue	oui	non	non
Prise	bi prises	mono prise	bi prises
Biodisponibilité	6 à 7 % (faible) prise pendant ou en dehors des repas	80 à 100% (importante), prise pendant les repas	50% (modérée) prise pendant ou en dehors des repas
Délai d'action (Tmax)	30min-2h après la prise	2-4h	3-4h
Demi-vie	12-14h	9-13h	12h
Interactions médicamenteuses	Inhibiteurs/inducteurs/ substrats P-gp	Inhibiteurs/inducteurs CYP3A4 et P-gp	Inhibiteurs/inducteurs CYP3A4 et P-gp
Excrétion rénale	80%	33% sous forme active	25%
Contre-indications	ClCr < 30mL/min (insuffisance sévère) Femme allaitante	Insuffisance hépatique (IH) + coagulopathie, Grossesse et femme allaitante	IH + coagulopathie Femme allaitante
Déconseillé / non recommandé	Femme enceinte	ClCr < 15 ml/min	Femme enceinte IH sévère

En cas d'oubli d'une prise, la prise est possible jusqu'à 12h après oubli pour le rivaroxaban et 6h pour le dabigatran et l'apixaban. Il ne faut jamais doubler la prise suivante.

4.5. Schémas posologiques :

Il faut être vigilant avec les AOD car ils représentent une classe hétérogène et complexe de médicaments en termes de caractéristiques pharmacodynamiques et pharmacocinétiques, avec des schémas posologiques différents en fonction des indications et des facteurs de risque hémorragique des sujets concernés (certains en bi prise, d'autre en mono prise, dose renforcée au début du traitement pour la maladie thromboembolique veineuse (MTEV) par exemple). La facilité de prescription et l'absence de surveillance biologique peuvent favoriser le non-respect des recommandations thérapeutiques et être à l'origine d'une utilisation inappropriée. Des cas d'erreurs médicamenteuses et de confusions ont d'ailleurs été rapportés, ayant parfois amené à des complications hémorragiques graves (59). Il ne faut donc pas banaliser ces traitements car les risques de mésusage, d'iatrogénie (hémorragie) et d'interactions médicamenteuses sont toujours présents et importants.

	Dabigatran	Rivaroxaban	Apixaban
Forme galénique	Gélules de 75 ou 110 mg	Comprimés de 10, 15 ou 20 mg	Comprimés de 2,5 ou 5 mg
Prévention MTEV post chir pour PTH et PTG	110 mgx2/j 75 mgx2/j	10 mg/j	2,5 mgx2/j
Prévention AVC et EP chez patients ayant une FA + facteur de risque	150 (ou 110) mgx2/j	20 (ou 15) mg/j	5 (ou 2,5) mgx2/j
Traitement curatif de la MTEV et prévention récidive		15 mgx2/j pendant 3 semaines puis 20 mg/j en une prise	10 mgx2 pendant 7 jours puis 5 mgx2/j

4.6. Contre-indications :

Les contre-indications des AOD sont (62, 63, 64) :

- Saignement évolutif cliniquement significatif
- Lésion ou maladie à risque significatif de saignement majeur : ulcère gastroduodéal, tumeurs malignes, chirurgie cérébrale, rachidienne ou ophtalmique récente, hémorragie intracrânienne récente, varices œsophagiennes connues
- Traitement concomitant avec tout autre anticoagulant oral sauf si relais
- Atteinte hépatique avec coagulopathie
- Grossesse et allaitement
- Insuffisance rénale (IR) sévère : ClCr < 30 ml/min pour le dabigatran
- ClCr < 15 ml/min non recommandé pour le rivaroxaban et l'apixaban

4.7. Interactions médicamenteuses :

Les AOD sont métabolisés via les cytochromes et la glycoprotéine P (Pgp). Il y a donc des interactions avec les inducteurs (rifampicine, phénytoïne, carbamazépine, phénobarbital, millepertuis) et les inhibiteurs (antifongiques azolés, ritonavir, macrolides) du CYP3A4. En ce qui concerne l'automédication il est contre indiqué de prendre de l'acide acétylsalicylique à des doses anti-inflammatoire ($\geq 1\text{g/prise}$ et/ou $\geq 3\text{g/j}$). Il faut également éviter les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS), par exemple l'ibuprofène.

Le dabigatran est une prodrogue administrée par voie orale entièrement convertie en sa forme active. Il ne faut jamais ouvrir la gélule car il y a une perte d'action du médicament avec un risque de douleurs gastriques. Ses effets sont limités à la thrombine avec une relation dose-effet linéaire et une réponse anticoagulante prévisible sans nécessité de suivi biologique. Il inhibe la thrombine libre et liée à la fibrine et au caillot contrairement aux héparines. C'est un substrat du transporteur d'efflux, la glycoprotéine P, non métabolisé par le CYP450. En raison de la compétition avec la Pgp, et par conséquence de la majoration du risque hémorragique, il est contre indiqué d'associer au dabigatran : le kétoconazole, l'itraconazole, la ciclosporine et la dronédarone. Il faut également être prudent en cas d'association avec l'amiodarone, la quinidine, le ticagrelor, le verapamil, la clarythromycine et le posaconazole (65, 66).

4.8. Minimiser le risque :

De nos jours, l'absence d'antidote (sauf pour le dabigatran) et de recommandations validées concernant la surveillance biologique est préoccupante en cas de surdosage (saignement grave) ou d'une intervention chirurgicale en urgence chez les personnes sous AOD.

L'ANSM a validé des documents de minimisation du risque, à destination des prescripteurs (guide) et des patients. Il est indispensable que les patients possèdent une carte patient de surveillance pour être averti des signes et symptômes de saignements et de quand consulter un professionnel de santé, de l'importance de

l'observance, et de rappeler qu'ils sont sous AOD avant de subir toute intervention invasive. La prescription doit être accompagnée d'éléments d'éducation thérapeutique, comme le fait de prendre le traitement sans oublier, tous les jours à la même heure ou rapporter au médecin les effets indésirables (59). Le patient doit connaître l'indication pour laquelle le traitement lui a été prescrit, les risques hémorragiques et thrombotiques liés au traitement, les dangers de l'automédication (aspirine ou anti-inflammatoire), et les signes évocateurs d'un surdosage. Ils ne doivent pas arrêter leur traitement sans avis médical, compte tenu du risque de complications thrombotiques graves pouvant survenir et doivent informer tout professionnel de santé qu'il prend un anticoagulant (60).

Les objectifs à atteindre avec ces médicaments à risque sont de prévenir, détecter les erreurs, atténuer les conséquences, informer et mobiliser les patients, familles et professionnels de santé sur les risques liés à ces produits (67).

Les anticoagulants oraux directs (AOD) sont des médicaments à haut risque (conséquences des erreurs potentiellement dramatiques pour les patients) dont le rapport bénéfice/risque positif est conditionné par leur bon usage. Il est donc essentiel que les patients sous AOD acquièrent, dès l'initiation si possible, les compétences nécessaires pour gérer au mieux leur traitement. Parmi les initiatives mises en place la réalisation d'entretiens pharmaceutiques pendant l'hospitalisation, peut apporter une aide aux patients. Afin de s'assurer de la bonne compréhension du patient, une poursuite de la prise en charge pharmaceutique s'avère nécessaire, dès la sortie de l'hôpital, par les pharmacies de ville. Nous avons mis en place un projet d'entretiens pharmaceutiques ciblés sur les AOD à visée ville-hôpital appelé **PaPAOD** Amélioration du **Parcours** de soins hôpital-ville des **P**atients traités par anticoagulant oral direct – **AOD**. Ce projet est porté par le service de Cardiologie au CHU de Nice. L'objectif de notre travail est d'initier la mise en place et d'évaluer l'intérêt des entretiens pharmaceutiques (EP) pour les patients sous AOD dans le cadre d'une hospitalisation dans les services de cardiologie, avec ensuite une proposition de relais officinal constitué de deux entretiens pharmaceutiques à M1 (1 mois après le 1^{er} EP) et M4 (4 mois après le 1^{er} EP).

Partie II : Mise en place d'EP ciblés sur les AOD à visée ville-hôpital

1. Matériel et méthode :

1.1. Objectif :

L'objectif du projet est de mettre en place des entretiens pharmaceutiques ciblés sur les AOD à destination des patients hospitalisés dans les services de cardiologie avec ensuite un relais en officine dans le cadre de l'avenant numéro 8 de la convention nationale.

Une équipe pluridisciplinaire comprenant :

- Un cardiologue
- Trois pharmaciens : deux pharmaciens hospitaliers et un pharmacien officinal
- Une externe en pharmacie
- Une infirmière

ayant tous des compétences en éducation thérapeutique du patient (ETP) a été constituée.

L'équipe a choisi comme nom de projet PaPAOD pour « Amélioration du **P**arcours de soins hôpital-ville des **P**atients traités par anticoagulant oral direct – **AOD** ».

Après concertation, il a été décidé de faire :

- un premier entretien pharmaceutique à l'hôpital (entretien n°1) à M0 pour les patients sous AOD hospitalisés dans 3 services de cardiologie de 14 lits chacun.
- suivi de 2 entretiens pharmaceutiques en officine de ville (entretien n°2 et 3) à M1 et M4.

Le premier entretien M0 est réalisé par l'externe en pharmacie formée aux entretiens pharmaceutiques par un pharmacien senior.

Les pharmaciens officinaux sont ensuite contactés par téléphone afin d'obtenir leur accord pour poursuivre ces entretiens et notamment programmer 2 entretiens avec leur patient à M1 et M4. En effet, la rémunération des entretiens pharmaceutiques en officine conformément à la convention nationale est possible à partir de 2 entretiens réalisés.

Ce projet se décline donc en plusieurs étapes (figure 1) listées ci-dessous :

- Construction des documents
- Formation de l'externe en pharmacie aux entretiens pharmaceutiques

- Entretien pharmaceutique n°1 réalisé à l'hôpital à M0
- Contact des pharmacies de ville afin de demander leur accord pour poursuivre les entretiens
- Si accord de l'officine : transmission par mail et/ou fax de la fiche d'évaluation de l'entretien n°1 à la pharmacie de ville afin que celle-ci puisse programmer deux entretiens complémentaires (entretien n°2 et n°3 à M1 et M4) avec le patient
- Recueil d'information (fiches d'évaluation) par l'externe et relances téléphoniques si nécessaire

Enfin, il a été décidé de réaliser une étude auprès des pharmaciens et des patients pour déterminer les freins à la mise en place des EP en officine.

Ces différentes étapes seront détaillées par la suite.

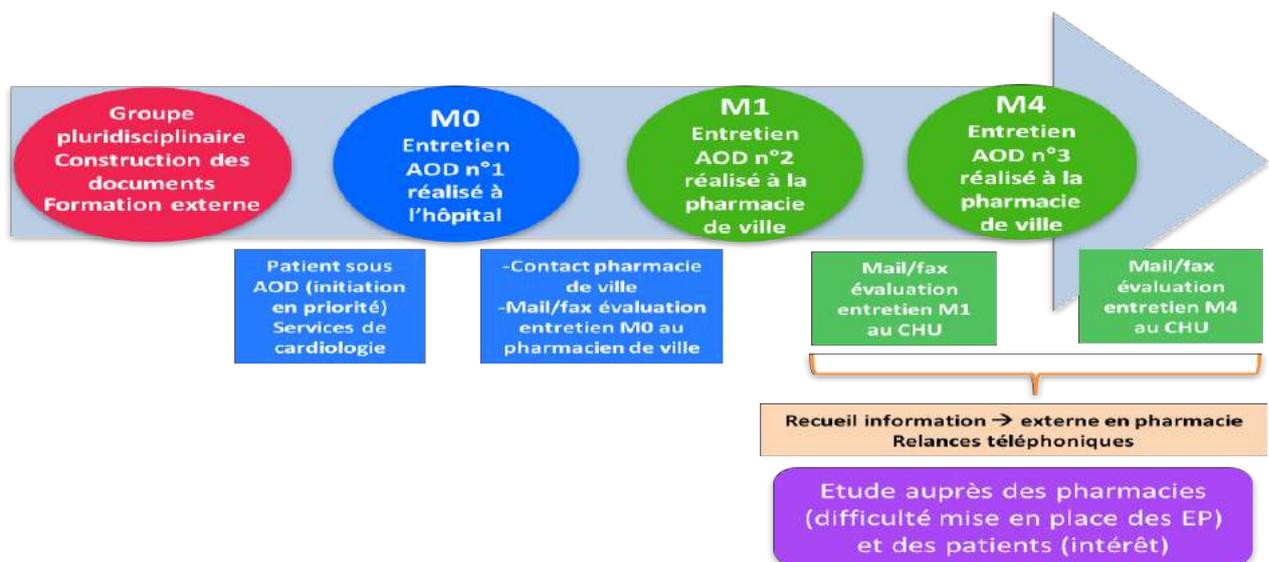


Figure 1

1.2. Construction des documents :

La première phase a consisté à l'élaboration de documents :

- Un guide d'entretien : ce guide constitue un référentiel à l'usage du pharmacien réalisant les entretiens au sein de l'hôpital (annexe n° 1)
- Une fiche d'évaluation des compétences acquises par le patient, destinée à être transmise aux pharmaciens officinaux pour la poursuite des entretiens (annexe n°2)

Ces deux documents ont été construits en adéquation avec le guide d'entretien et la fiche d'évaluation mis en ligne sur le site AMELI à destination des pharmaciens officinaux dans le cadre de l'avenant n°8. Ainsi, les informations transmises à l'hôpital et à l'officine sont similaires et le lien ville-hôpital est fluide et

cohérent (travail sur des documents similaires à ceux devant être transmis à la sécurité sociale pour rémunération des entretiens).

- Un questionnaire de satisfaction du patient fait à la fin de l'entretien n°1 à l'hôpital à M0 (annexe n°3)
- Une fiche de compte-rendu d'entretien à destination des médecins du service (annexe n°4)
- Des outils de communication pour le patient (fiche « photos » des médicaments d'usage contre-indiqués...) (annexe n°5)
- Un document de présentation des entretiens coordonnés ville-hôpital à destination du patient appelé « flyer PaPAOD » expliquant le déroulement du projet (1 entretien au cours de l'hospitalisation et 2 entretiens avec le pharmacien de ville à 1 mois et à 4 mois), et précisant que ce dispositif d'accompagnement est personnalisé, confidentiel, libre et gratuit (annexe n°6)
- Une lettre d'explication du projet à destination des pharmaciens d'officine (annexe n°7)

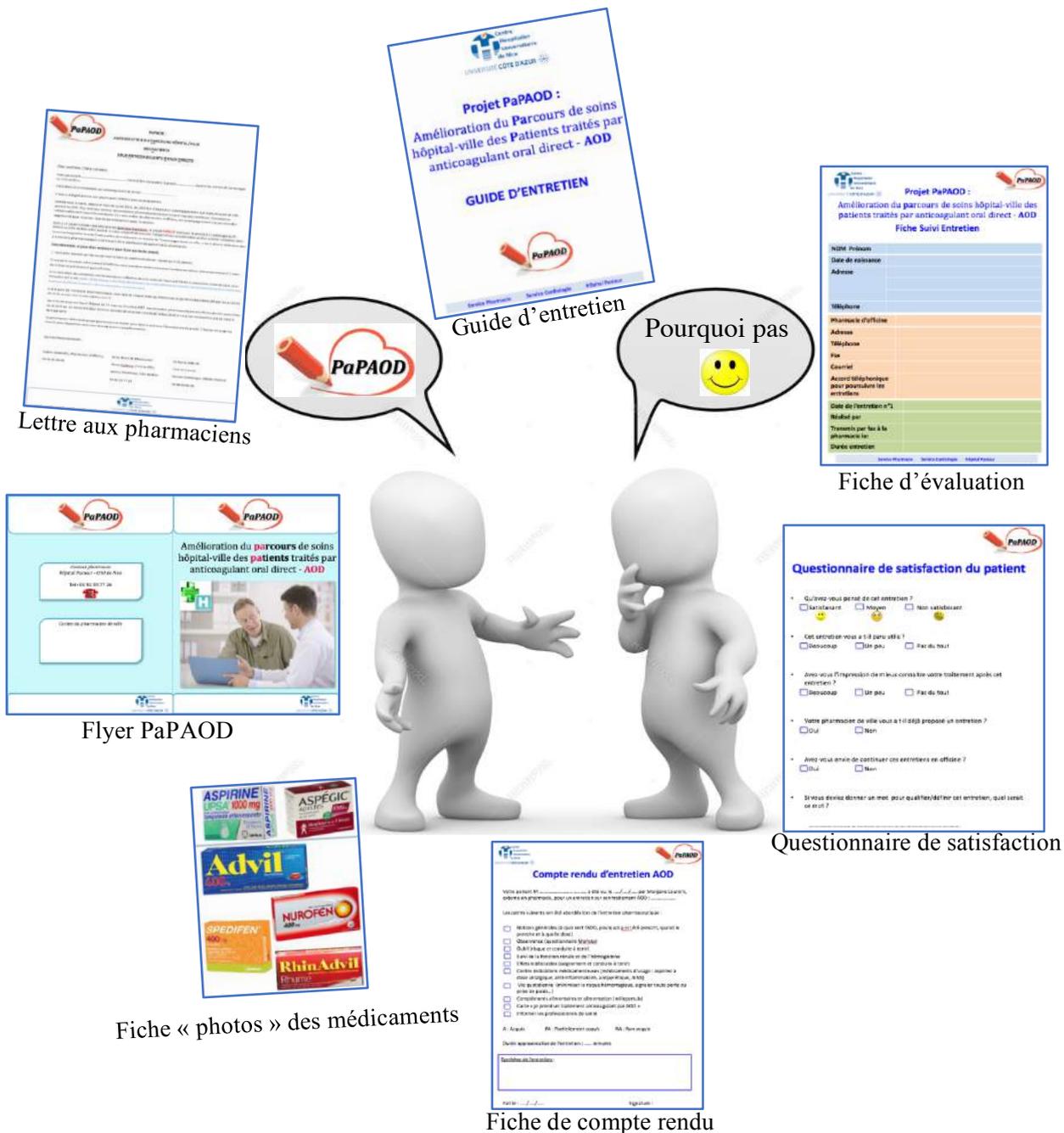


Figure 2

1.3. Formation de l'externe :

La deuxième phase dédiée à la formation de l'externe en pharmacie aux entretiens pharmaceutiques (EP) par un pharmacien sénior expert en ETP s'est réalisée en plusieurs étapes :

1/ Observation de plusieurs EP réalisés par le pharmacien sénior

2/ Simulations d'EP : 2 scénarios ont été utilisés (cas d'un patient « simple » et cas d'un patient « difficile ») et ont permis une vraie mise en situation de l'externe. Un observateur notait les points positifs et à améliorer et un débriefing post entretien était réalisé.

3/ Réalisation d'EP accompagné par un pharmacien sénior

A la fin de ces trois étapes, la formation de l'externe en pharmacie a été validée.

1.4. Entretiens à l'hôpital – M0 :

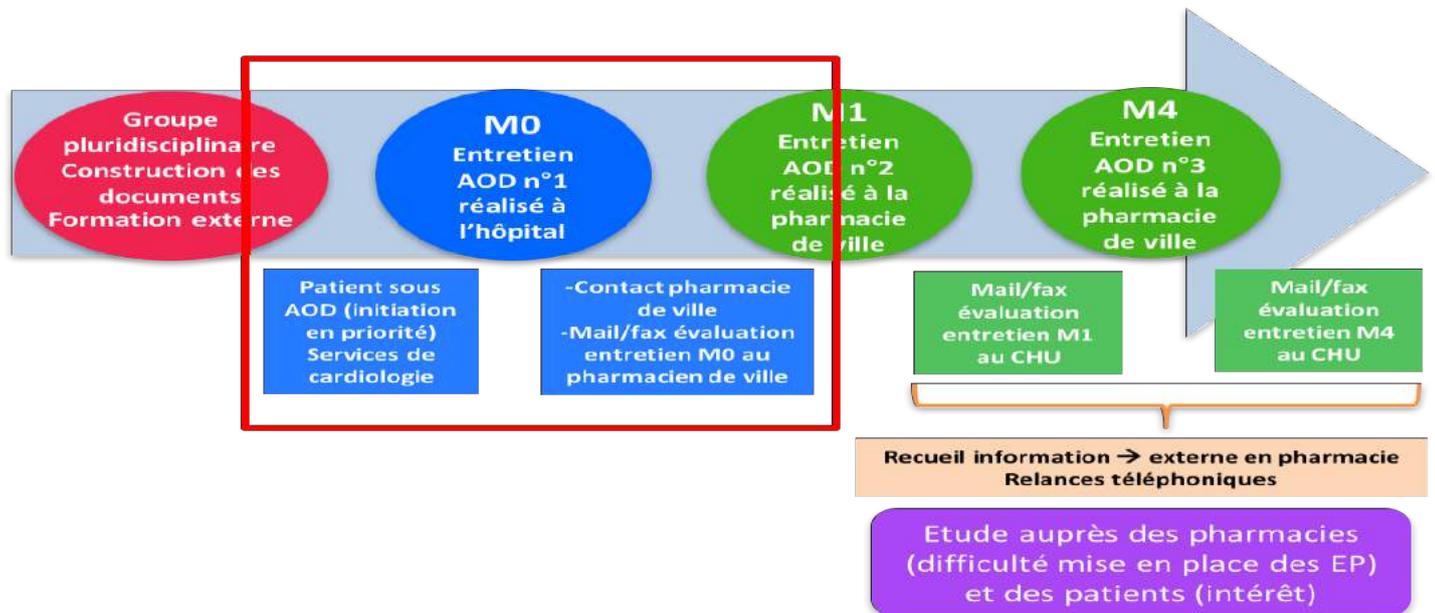


Figure 3

Dans un troisième temps, les EP ont débuté : la population concernée était tout patient sous AOD (initiation en priorité) des 3 services d'hospitalisation complète de cardiologie de l'hôpital Pasteur – CHU de Nice.

Les critères de non-inclusion étaient : le refus du patient, les patients déments et ceux ne parlant qu'une langue étrangère.

Tous les matins (temps dédié de 3h30), les patients sous AOD présents dans les trois services de cardiologie étaient listés à partir du logiciel de prescription ORBIS®. Des informations complémentaires étaient recherchées dans le dossier patient (instauration ou poursuite, indication ...).

Cette liste était ensuite proposée aux médecins du service, afin de déterminer quels étaient les patients éligibles aux EP (critères de non-inclusion, patients prioritaires...).

3 EP maximum pouvaient être réalisés dans la matinée (facteur limitant : temps imparti).

La démarche des entretiens était proposée aux patients sélectionnés avec comme support le « flyer PaPAOD ».

Après accord du patient et recueil de données générales (nom de l'officine habituelle, coordonnées du patient...), l'entretien débutait.

1.4.1. Points abordés :

Les points abordés lors de l'entretien, conformément au guide d'entretien (annexe n°1) élaboré dans le cadre du projet, étaient les suivants :

- Les notions générales sur les AOD / principes du traitement / modalités de prise
- L'importance de l'observance (évaluée grâce au questionnaire de Morisky qui est le plus couramment utilisé. Ce questionnaire est composé de six questions fermées permettant de déterminer une bonne observance, une faible observance ou une non-observance) et la conduite à tenir en cas d'oubli
- L'importance du suivi de la fonction rénale et de l'hémoglobine (Hb)
- L'importance de surveiller l'apparition éventuelle de signes évocateurs de surdosage (saignement)
- Les contre-indications (CI) et médicaments à éviter pendant la durée du traitement anticoagulant
- Les précautions à prendre dans la vie quotidienne
- L'information des professionnels de santé

1.4.2. Niveaux d'acquisition :

Les compétences du patient pour chaque critère abordé étaient évaluées selon 3 niveaux d'acquisition :

- 1- Acquis : notion parfaitement intégrée par le patient. Le patient est capable de la restituer avec ses propres termes et de la mettre en pratique
- 2- Partiellement acquis : le patient a des connaissances incomplètes ou imprécises
- 3- Non acquis : le patient ne sait rien sur le sujet

Différentes techniques adaptées aux patients étaient utilisées : jeu de rôle dans lequel le patient joue le rôle du pharmacien et explique à l'externe, dans le rôle du patient, son traitement ; questions ouvertes...

1.4.3. Contact des pharmacies de ville :

Les pharmacies d'officine étaient ensuite contactées par téléphone afin de leur expliquer le projet et leur proposer de poursuivre les entretiens en ville dans le cadre de l'avenant 8 de la convention nationale. La fiche d'évaluation des compétences (annexe n°2) remplie à la suite de l'EP réalisé à l'hôpital ainsi qu'une lettre informative (annexe n°7) était ensuite transmise aux pharmacies d'officine par mail et/ou fax. Il leur était également envoyé le descriptif du projet, le « flyer PaPAOD » (annexe n°6), le guide d'entretien et la fiche d'évaluation patient AMELI qui leur servirait de support pour la réalisation de leurs entretiens AOD de suivi numéro 2 et 3 respectivement à M1 et M4.

Il leur était demandé de nous transmettre les fiches d'évaluation des EP réalisés en officine à M1 et M4 par mail et/ou fax.

Pour les pharmacies ne renvoyant pas de manière spontanée les fiches d'évaluation, des relances téléphoniques étaient effectuées.

1.4.4. Données recueillies :

Une saisie informatique des données recueillies était réalisée dans des fichiers Excel.

Tous les patients sous AOD listés à partir du logiciel de prescription ORBIS® étaient classés en deux catégories :

- les patients sous AOD vus en entretien étaient colligés dans le fichier « entretien patient »
- les patients sous AOD non vus en entretiens étaient colligés dans le fichier « relevé patient sous AOD »

Les données communes recueillies pour tous les patients étaient :

- Date
- Unité de soin
- Nom, prénom, date de naissance du patient
- AOD prescrit
- Posologie, indication, instauration ou poursuite
- Coordonnées téléphoniques du patient
- Nom et coordonnées de l'officine (après appel du patient s'il n'était pas vu en entretien)
- Proposition d'entretien en officine : pour les patients en poursuite de traitement, des EP ont-ils déjà été proposés ou initiés en officine auparavant ? (question posée aux patients et/ou aux pharmacies de ville)

Dans le fichier « entretien patient » étaient colligées également :

- L'évaluation des compétences acquises par le patient lors de l'entretien à l'hôpital M0 et des entretiens en officine M1 et M4
- L'accord de l'officine ou la raison du refus à poursuivre les entretiens
- La date de l'entretien à l'hôpital
- La date de transmission de l'entretien
- Les résultats du questionnaire de satisfaction
- Les relances faites aux pharmacies à M1 et M4 (à M+10j et M+40j) pour rappel

1.4.5. Relances :

Afin de réaliser le recueil d'information, pour les pharmacies n'ayant pas renvoyé de manière spontanée les fiches d'évaluation, des relances téléphoniques étaient effectuées.

Lors de ces relances téléphoniques, il était demandé :

- Si l'EP avait été réalisé ou devait être réalisé dans un futur proche, de nous renvoyer la fiche d'évaluation
- Si l'EP n'avait pas été réalisé ou s'il allait être réalisé avec du retard, de nous expliquer les raisons de cette non poursuite ou de ce retard dans ce cas précis, de nous lister les difficultés rencontrées

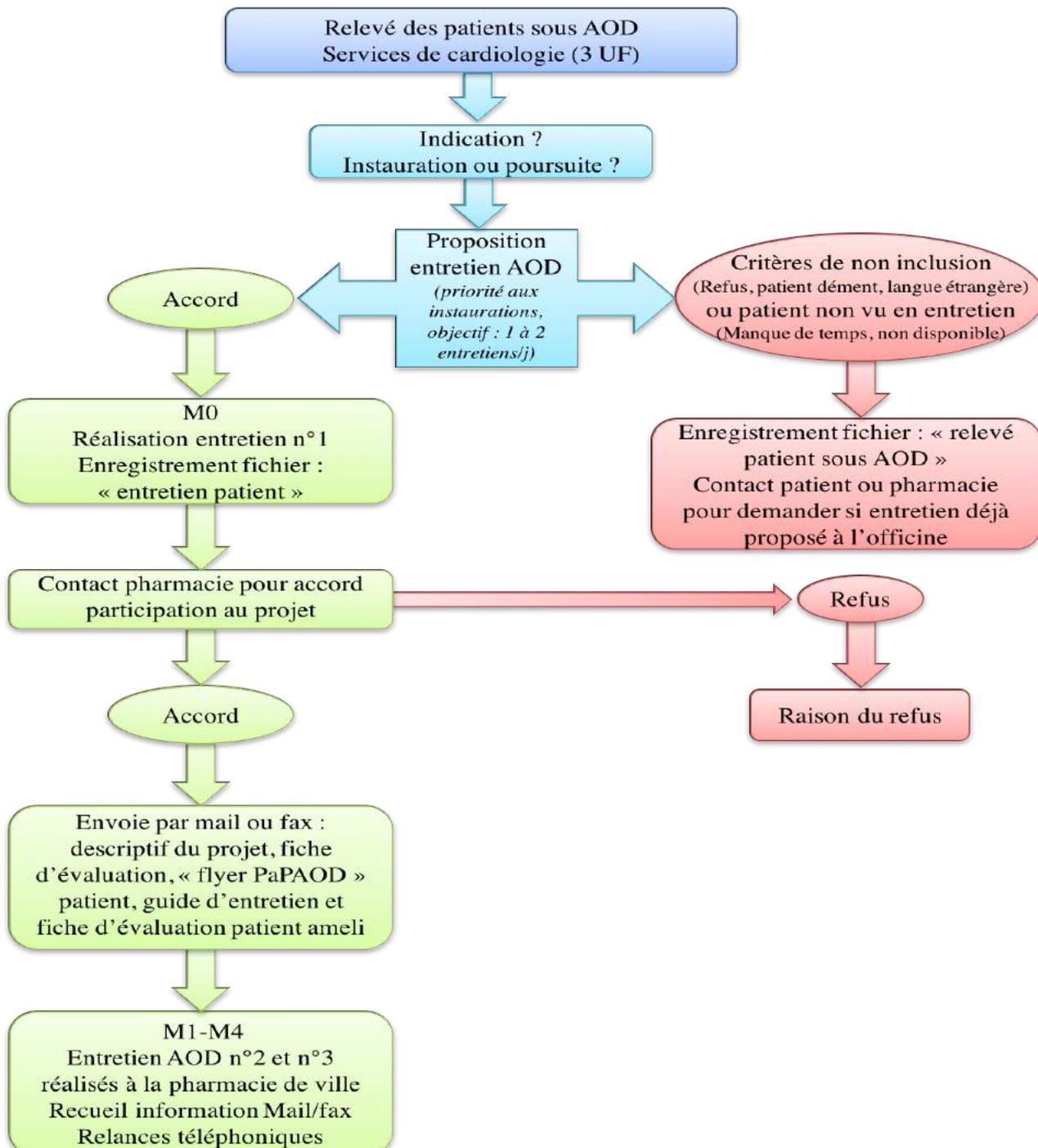


Figure 6

1.5. Enquête auprès des officinaux et des patients : quels freins à la mise en place des EP en officine ?

A posteriori, une enquête auprès des officinaux ayant participé au projet a été menée afin d'explorer les freins à la mise en place effective des EP en officine de manière générale. Pour ce faire les pharmacies d'officine ayant accepté de poursuivre les entretiens pharmaceutiques dans le cadre du projet PaPAOD ont toutes été contactées dans un deuxième temps afin de leur demander :

1- Quel était le nombre moyen d'entretiens réalisé dans leur officine depuis la signature de la convention nationale (0, <10/an, entre 10 et 50, >50) ?

2- Quelles étaient leurs difficultés à la mise en place de cette nouvelle activité ?

Afin d'explorer de manière la plus objective possible les freins à la mise en place des entretiens, il a été choisi de poser une question ouverte (question 2). Les réponses ont ensuite été regroupées par thématiques.

Les patients ont également été contactés dans le but de savoir :

1- S'ils avaient continué ces entretiens dans leur pharmacie ?

2- Si oui, est-ce que cette proposition venait d'eux ou du pharmacien ?

3- Est-ce qu'ils trouvaient intéressant de poursuivre ces entretiens ?

4- Si non pour quelle(s) raison(s) ?

2. Résultats :

2.1. Caractéristiques de la population étudiée :

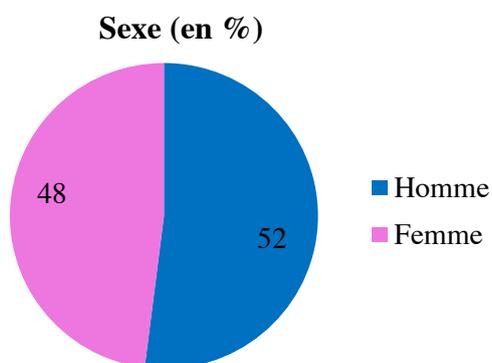
2.1.1. Sexe et âge :

Au total 220 patients sous AOD ont été recensés sur la période du 16/02/2017 au 29/06/2017.

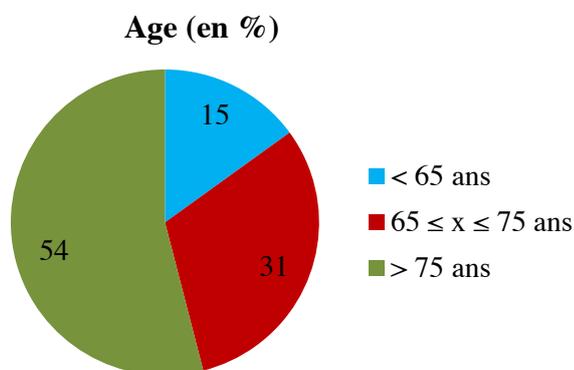
Cette population était constituée de 106 femmes (48%) et 114 hommes (52%). (graphe n°1)

Le sex-ratio était de 1.08.

L'âge moyen était de 73 ans (âge min : 33 ans – âge max : 97). 33 patients étaient âgés de moins de 65 ans (15%), 68 patients avaient entre 65 et 75 ans (31%) et 119 avaient plus de 75 ans (54%). (graphe n°2)



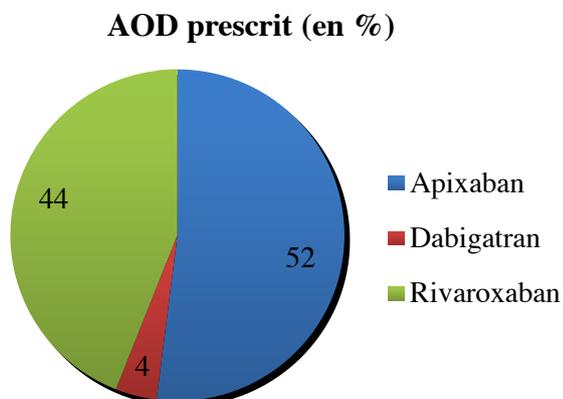
Graphe n°1



Graphe n°2

2.1.2. AOD prescrit :

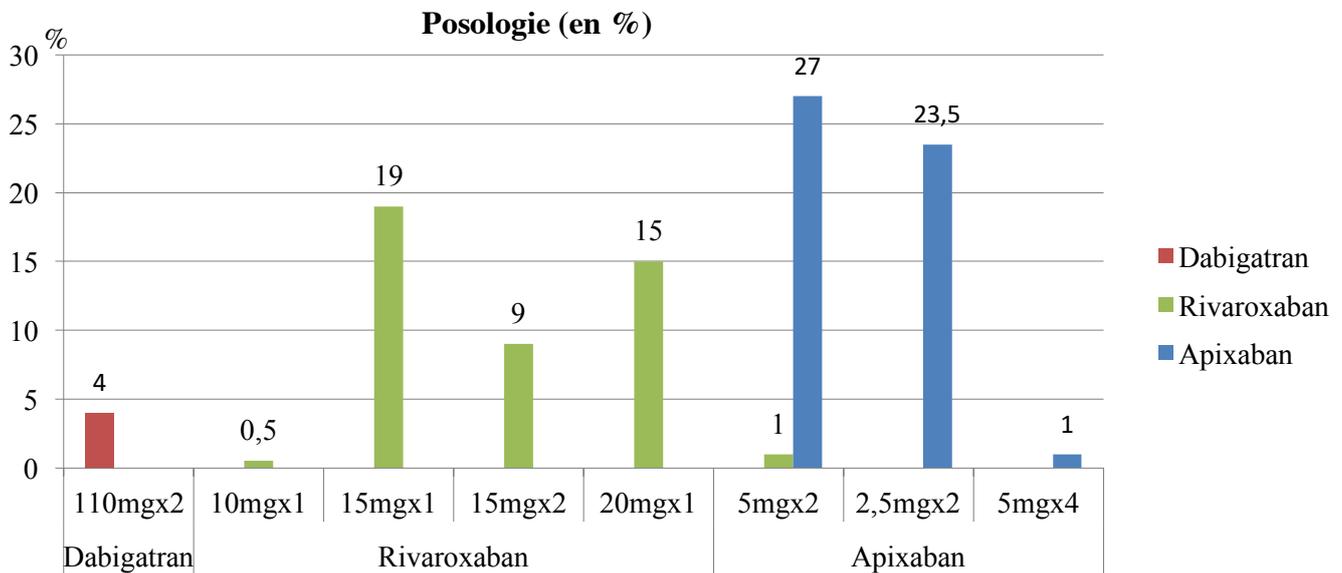
114 patients étaient traités par apixaban soit 52%, 98 étaient traités par rivaroxaban soit 44%, et 8 patients étaient traités par dabigatran soit 4%. (graphe n°3)



Graphe n°3

2.1.3. Posologie :

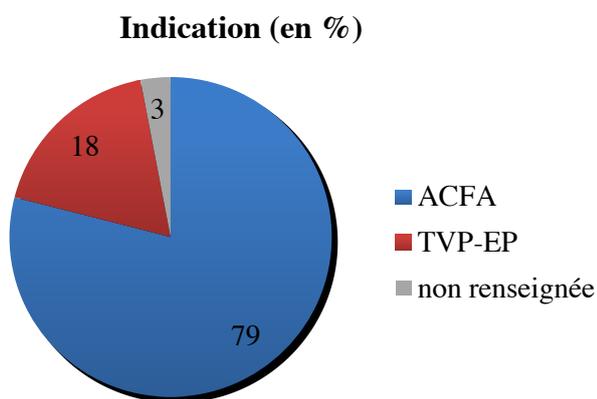
52 patients étaient sous apixaban à la posologie de 2,5 mgx2 (23,5%) et 59 à la dose de 5 mgx2 (27%). 41 patients étaient sous rivaroxaban à 15 mgx1 (19%) et 31 à 20 mgx1 (15%). 4% des patients étaient sous dabigatran à la posologie de 110mgx2. (graphe n°4)



Graphe n°4

2.1.4. Indication :

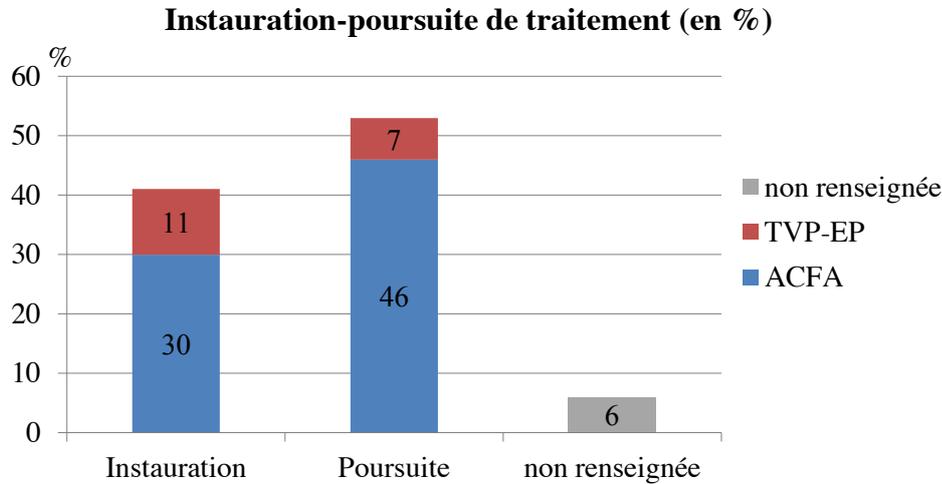
Dans la population étudiée, 174 patients soit 79% étaient traités par AOD dans l'indication : prévention des AVC et des embolies systémiques chez des patients atteints de FA non valvulaire présentant un ou plusieurs facteurs de risque (ACFA = Arythmie Cardiaque par Fibrillation Auriculaire). 39 patients soit 18% étaient traités dans l'indication : traitement et prévention des récurrences des thromboses veineuses profondes et embolies pulmonaires (TVP-EP). Pour 7 patients, les indications n'ont pas été renseignées (3%). (graphe n°5)



Graphe n°5

2.1.5. Instauration-poursuite de traitement :

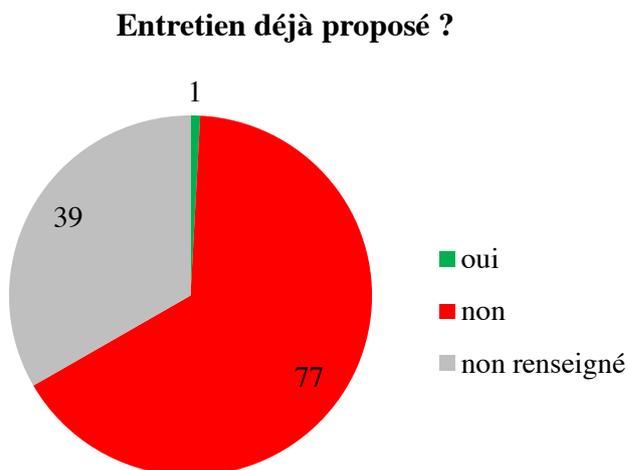
117 patients étaient en poursuite de traitement (53%) dont 101 dans l'indication ACFA (46%), et 89 patients étaient en instauration de traitement (41%) dont 66 dans l'indication ACFA (30%). Pour 14 patients (6%) cette information n'a pas été renseignée. (graphe n°6)



Grappe n°6

2.1.6. Proposition d'entretien en officine :

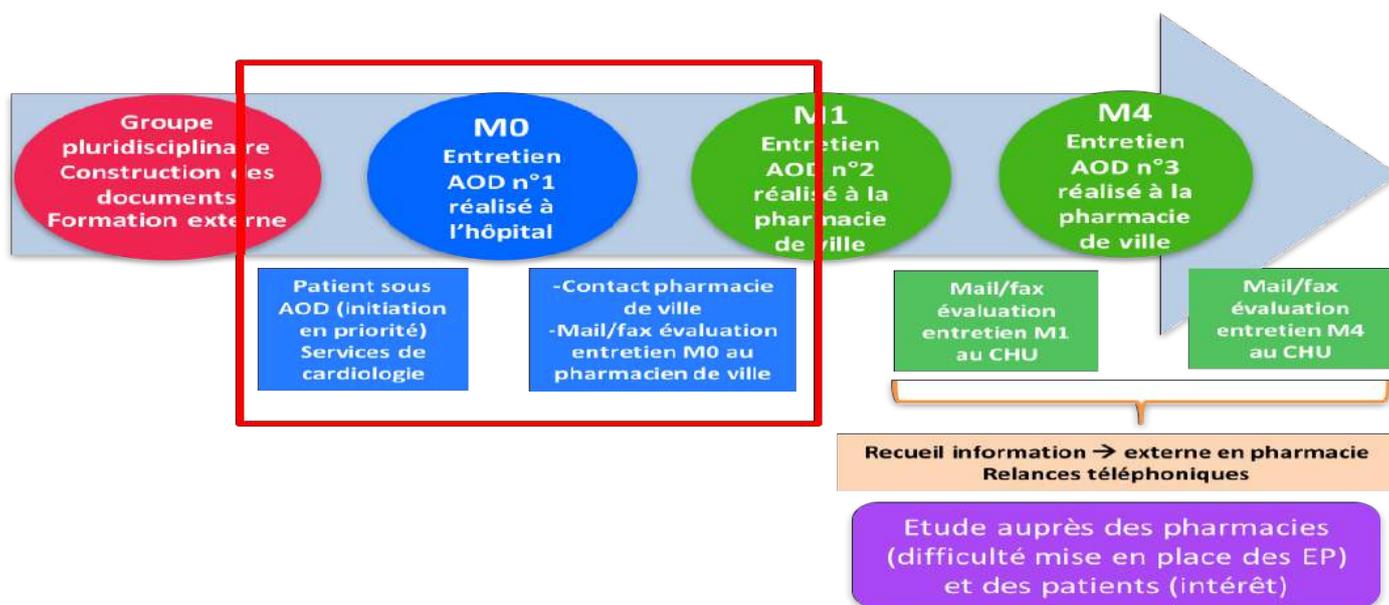
Pour les patients en poursuite de traitement vus en entretien à l'hôpital, il leur était demandé si leur pharmacie leur avait déjà proposé un entretien pharmaceutique auparavant. Pour ceux en poursuite de traitement non vus en entretien, les différentes officines des patients étaient appelées pour leur demander si elles avaient déjà proposé la réalisation d'un entretien pharmaceutique. Au total sur les 117 patients en poursuite de traitement, un seul patient s'est vu proposer un EP, 77 non, et la réponse n'est pas renseignée pour 39 patients. (graphe n°8)



Grappe n°8

Sur les 220 patients sous AOD recensés 100 ont été vus en entretien à l'hôpital à M0.

2.2. Population vue en entretien pharmaceutique à l'hôpital – M0 :



2.2.1. Evaluation des compétences acquises :

Au total 100 entretiens ont été réalisés du 14/03/2017 au 29/06/2017 inclus dont 47 initiations de traitement, 51 poursuites et 2 non déterminés.

Les points abordés avec les patients lors des EP étaient évalués selon 3 niveaux d'acquisition : acquis (A), partiellement acquis (PA) et non acquis (NA). Suite à l'EP, les résultats des évaluations sont :

Les notions générales : 39 patients avaient A ce point, **45 PA**, 16 NA

L'observance : 45 A, **50 PA**, 3 NA, 2 non évalués

La surveillance (rénale, Hb) : 21 A, **62 PA**, 17 NA

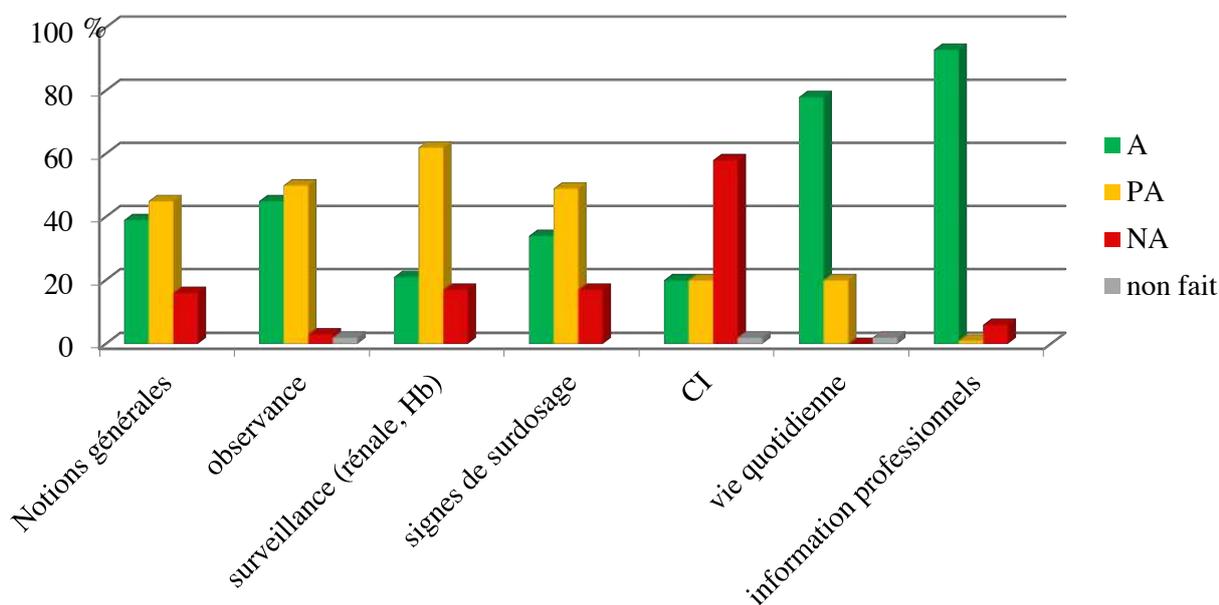
Les signes de surdosage : 34 A, **49 PA**, 17 NA

Les CI : 20 A, 20 PA, **58 NA**, 2 non évalués

La vie quotidienne : **78 A**, 20 PA, 2 non évalués

L'information des professionnels : **93 A**, 6 NA. (graphe n°9)

Evaluation des compétences acquises à M0 (en %)



Graphe n°9

2.2.2. Evaluation de la satisfaction des patients :

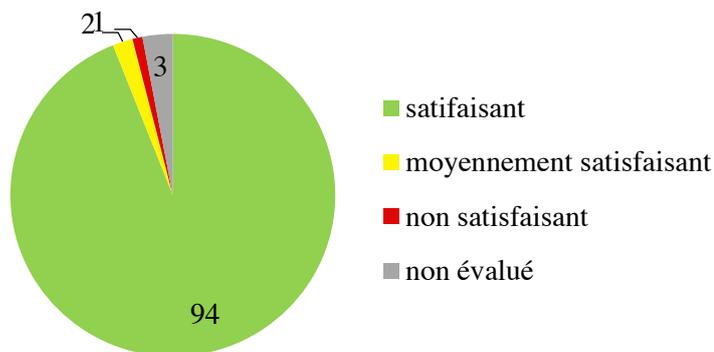
Un questionnaire de satisfaction était posé au patient à la fin de l'entretien. Les questions étaient à choix multiple, excepté la dernière question qui était ouverte. Les questions n'ont pas forcément toutes été posées à tous les patients par manque de temps.

2.2.2.1. Satisfaction :

A la question : Qu'avez-vous pensé de cet entretien ?

94% des patients avaient estimé les EP satisfaisants, 2% moyennement satisfaisants, 1% non satisfaisant (3% non évalués). (graphe n°10)

Qu'avez-vous pensé de cet entretien ? (en %)

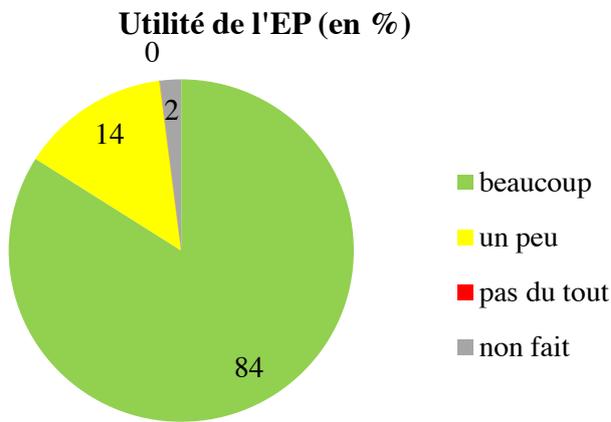


Graphe n°10

2.2.2.2. Utilité de l'EP :

A la question : Cet entretien vous a-t-il paru utile ?

84% des patients avaient répondu « beaucoup », 14% avaient trouvé l'entretien un peu utile. Pour 2% des patients cette question n'a pas été posée. (graphe n°11)

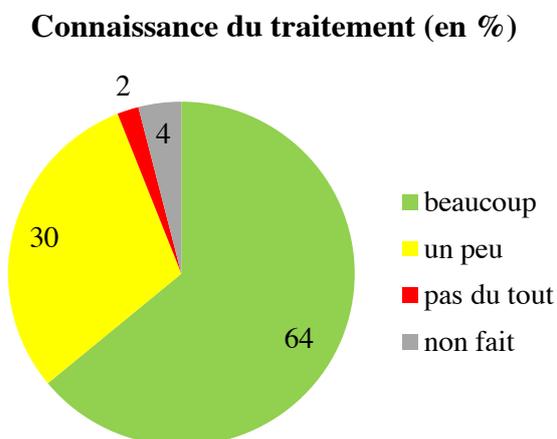


Grappe n°11

2.2.2.3. Connaissance du traitement :

A la question : Avez-vous l'impression de mieux connaître votre traitement après cet entretien ?

64% des patients ont eu l'impression de beaucoup mieux connaître leur traitement après l'entretien, 30% avaient l'impression d'un peu mieux connaître leur traitement et 2% pas du tout (car traitement pris depuis longtemps et connaissances déjà acquises). Pour 4% des patients cette question n'a pas été posée. (graphe n°12)



Grappe n°12

2.2.2.4. Poursuite des EP en ville :

A la question : Avez-vous envie de continuer ces entretiens en officine ?

63% des patients souhaiteraient poursuivre les entretiens dans leur officine, 21% ne le souhaitaient pas. 4% des patients n'ont pas d'avis pour le moment, ils ont précisé qu'ils aimeraient qu'on leur repropose une fois en ville. 5% souhaiteraient que l'on fasse cette proposition à un proche (enfant, époux) sachant que ce ne sont pas les patients eux même qui vont chercher leurs médicaments en pharmacie de ville. Pour 7% des patients cette question n'a pas été posée. (graphe n°13)



Grappe n°13

2.2.2.5. Un mot pour qualifier l'EP :

A la question : Si vous deviez donner un mot pour qualifier/définir cet entretien, quel serait ce mot ?

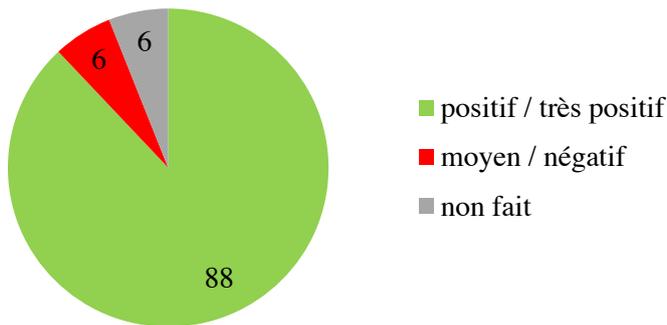
Quelques patients ont donné deux mots pour définir l'entretien. Le champ sémantique étant variable et très large, les réponses ont été regroupées selon les deux catégories suivantes (graphe °14) :

- Commentaires positifs voir très positifs
- Commentaires moyens ou plutôt négatifs

88% des patients ont donné des mots dans la catégorie positifs voir très positifs : « bénéfique », « bien », « très bien », « bon », « très bon », « satisfaisant », « une bonne chose », « magnifique », « parfait », « super », « impeccable », « agréable », « aimable », « sympathique », « très sympathique », « super sympa », « charmant », « très charmant », « plaisant », « enchanté », « instructif », « éducatif », « enrichissant », « aide », « performant », « préventif », « culturel », « mieux connaître », « rappel », « bon pour ma santé », « très bien expliqué », « très claire et complet », « utile », « très utile », « obligatoire », « important et indispensable » « intéressant », « très intéressant », « merci »

6% des patients ont donné des mots dans la catégorie moyens ou plutôt négatifs : « convenable », « ça va », « bof », « suprenant », « surpris », « gaspillage de papier »

Un mot pour qualifier l'EP (en %)

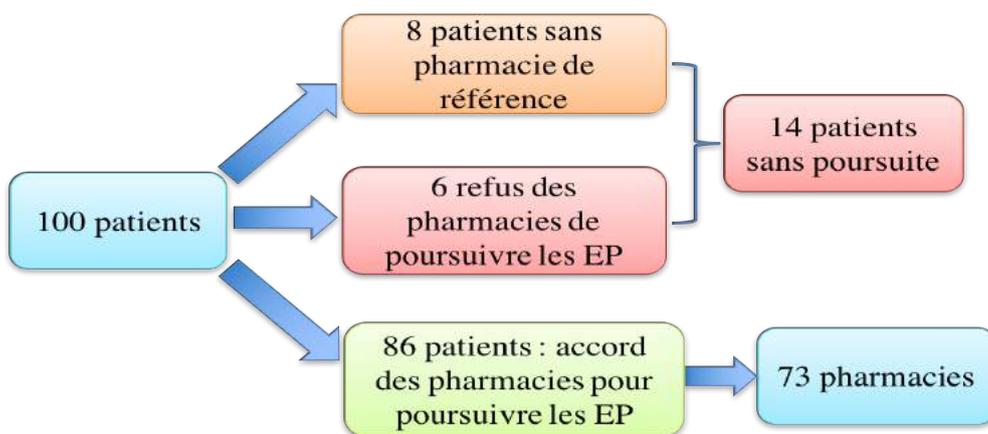


Grappe n°14

Suite à ces évaluations, pour chaque patient, un compte-rendu d'EP était donné au médecin du service pour information et réajustement si besoin.

Lors de l'entretien M0 à l'hôpital, il était proposé au patient de poursuivre ces entretiens en ville dans le cadre de l'avenant 8 de la convention nationale. Il était donc demandé aux patients qu'elle était leur pharmacie référente. Les pharmacies étaient contactées pour leur proposer de poursuivre les entretiens.

Parmi les 100 patients vus en entretien à l'hôpital (M0), 8 n'avaient pas de pharmacie référente et 6 officines ont refusé de poursuivre les entretiens pharmaceutiques avec leur patient. (grappe n°15)



Grappe n°15

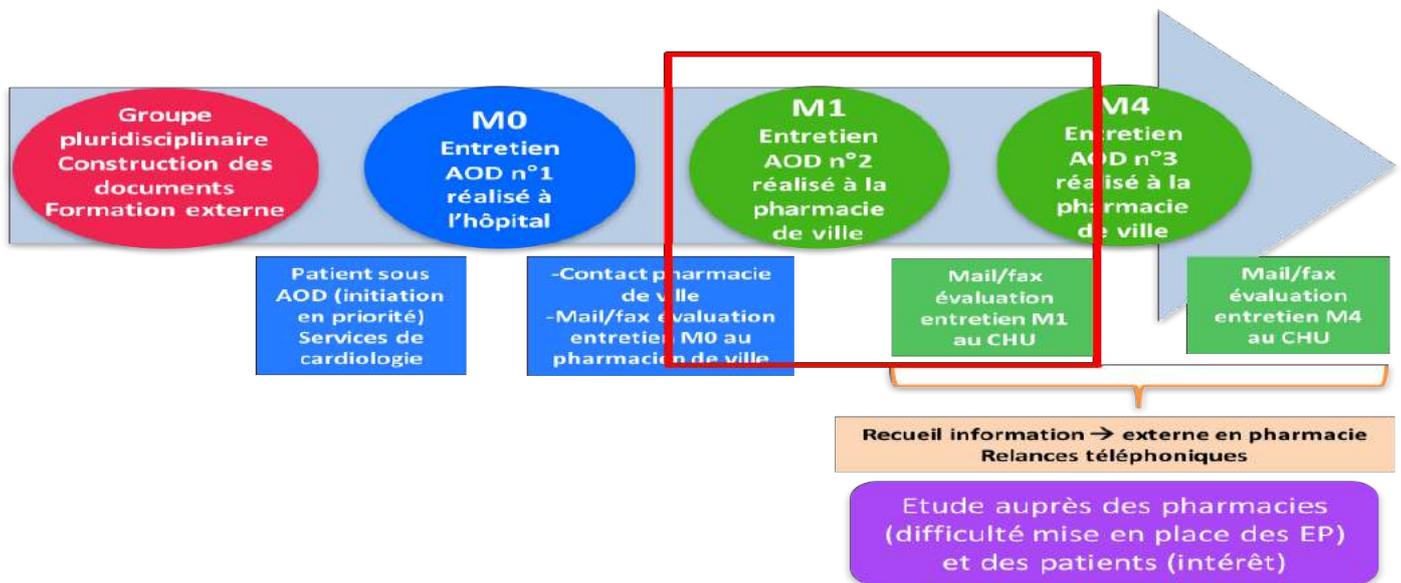
Les 6 pharmacies ayant refusé la poursuite des entretiens ont évoqué les raisons suivantes :

- Aidant qui vient chercher les médicaments à l'officine : 2
- Manque de personnel/sous-effectif : 2

- Difficulté organisationnelle « trop grosse pharmacie pour faire ça bien », « plage horaire » : 2
- Activité chronophage pour une faible rémunération : 1

Pour les 86 patients restants, les officines contactées par téléphone ont donné leur accord pour poursuivre les entretiens. Ces officines étaient au nombre de 73 (plusieurs patients ayant la même officine de référence).

2.3. Population vue en entretien pharmaceutique en officine – M1 :

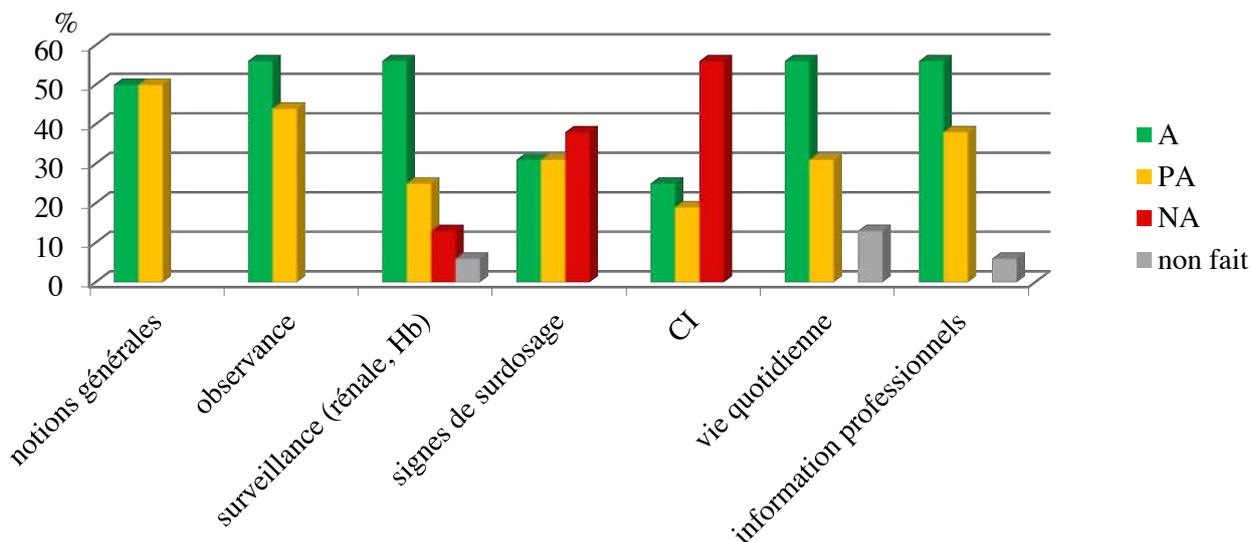


16 pharmacies ont renvoyé la fiche du 2^{ème} entretien pharmaceutique à M1.

Suite à l'entretien du M1, les résultats des évaluations sont :

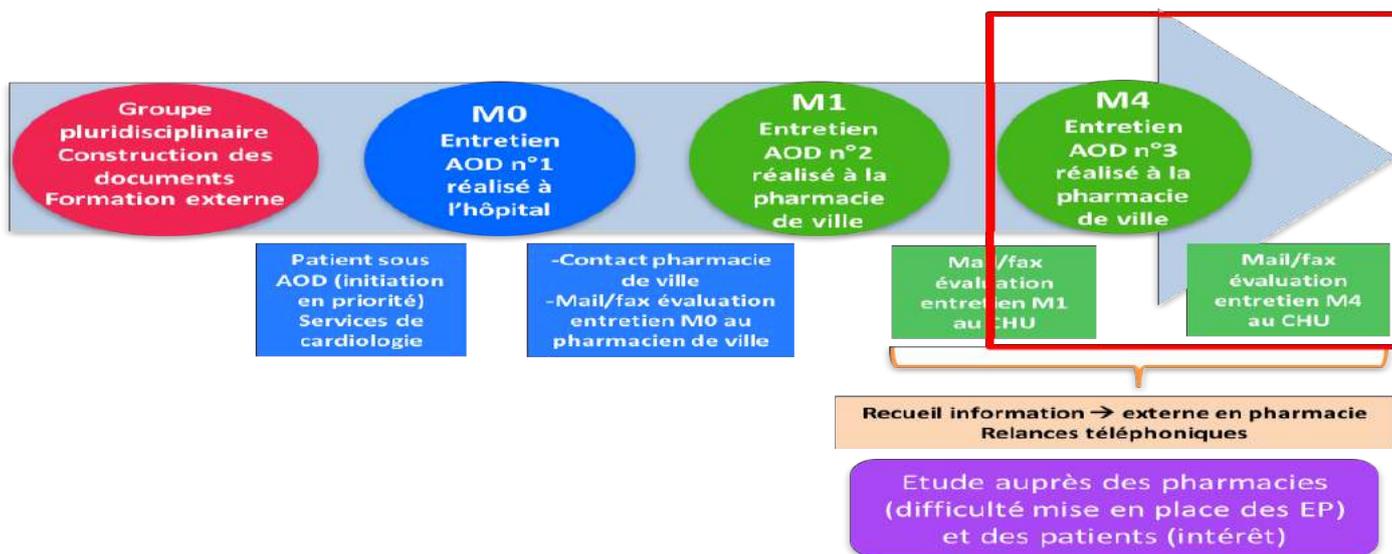
- Les notions générales : 8 (50%) patients avaient A ce point, 8 PA (50%)
- L'observance : 9 A (56%), 7 PA (44%)
- La surveillance (rénale, Hb) : 9 A (56%), 4 PA (25%), 2 NA (13%), 1 non évalué (6%)
- Les signes de surdosage : 5 A (31%), 5 PA (31%), 6 NA (38%)
- Les CI : 4 A (25%), 3 PA (19%), 9 NA (56%)
- La vie quotidienne : 9 A (56%), 5 PA (31%), 2 non évalués (13%)
- L'information des professionnels : 9 A (56%), 6 PA (38%), 1 non évalué (6%). (graphe n°16)

Evaluation des compétences acquises à M1 (en %)



Graphe n°16

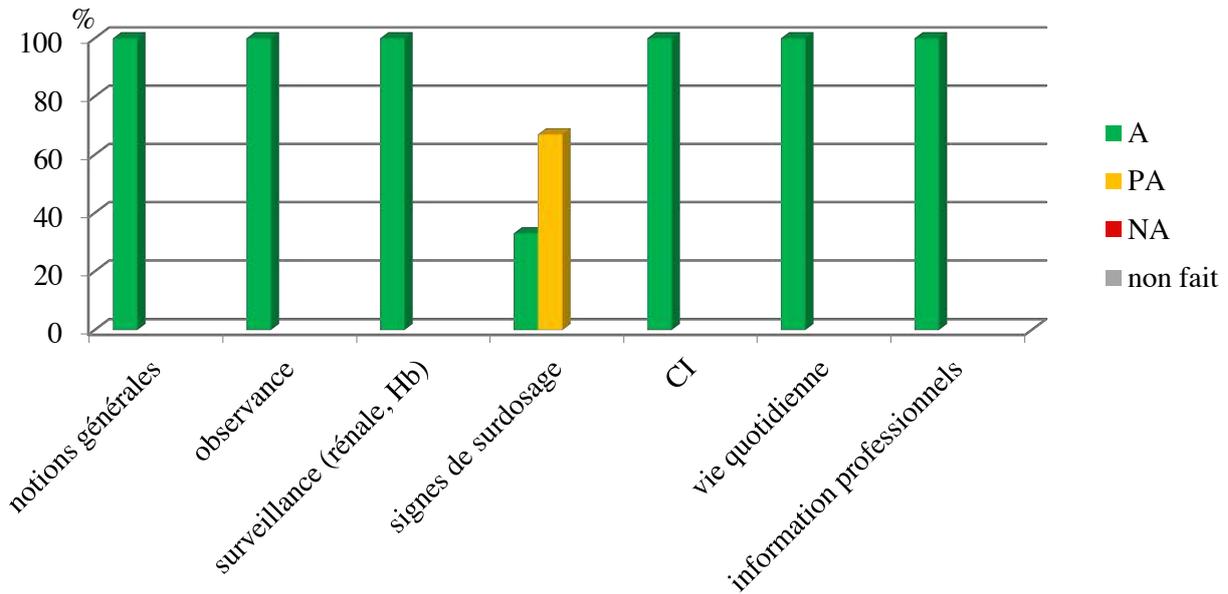
2.4. Population vue en entretien pharmaceutique en officine – M4 :



3 pharmacies ont renvoyé la fiche du 3^{ème} entretien pharmaceutique à M4.

Suite à l'entretien du M4, les patients avaient acquis tous les points abordés sauf les signes de surdosages qui restaient PA pour 2 d'entre eux (67%). (graphe n°17)

Evaluation des compétences acquises à M4 (en %)



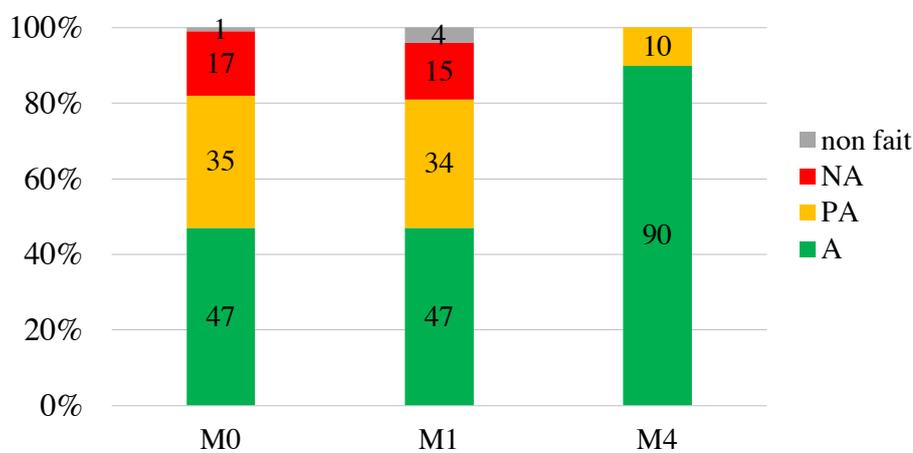
Graphe n°17

2.5. Comparaison des résultats d'évaluation des EP à M0, M1 et M4 :

Les résultats entre M0 et M1 sont comparables avec en moyenne sur les différents points abordés lors des entretiens : 47% de points acquis, 34-35% de partiellement acquis et 15-17% de non acquis.

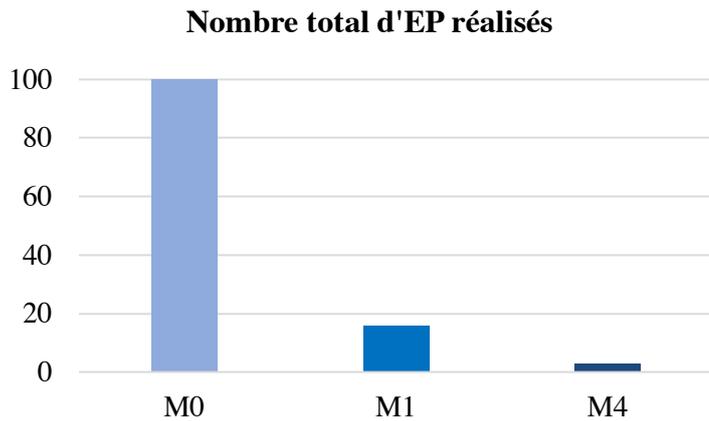
Après le 3ème entretien à M4 quasiment tous les points sont acquis complètement (90%), seulement 10% sont partiellement acquis (signes de surdosage). (graphe n°18) Il est à noter que l'effectif des patients à M1 et M4 est très faible et constitue un biais important à la comparaison des résultats.

Evolution au cours des EP (en %)



Graphe n°18

Le nombre de patients ayant continué les entretiens dans leurs officines étant faible (M0 : 100 EP, M1 : 16 EP et M4 : 3 EP, graphe n°19), une évaluation de l'évolution des connaissances (points abordés A, PA ou NA) patient par patient a été menée.



Graphe n°19

Suite au M1 : 1 patient est resté au même niveau moyen de connaissance, 6 patients ont une légère baisse de niveau d'acquisition sur certains points abordés. Cette baisse est peut être due au côté subjectif des critères A, PA et NA et à la perception de l'évaluateur différent à M0 et M1/M4. Les 9 autres patients ont tous acquis plus de connaissances suite à ce 2ème entretien.

Pour les 3 patients ayant eu les 3 entretiens, une évaluation des points abordés a été faite patient par patient. (graphe n°20)

Comparaison des résultats d'évaluation des EP entre M0 et M1 :

L'évaluation des points abordés lors de l'EP M1 a montré

➔ Pas de différence du niveau d'acquisition pour le patient 1 (P1)

➔ Une amélioration du niveau d'acquisition pour le patient 2 (P2) et le patient 3 (P3) :

P2 : amélioration sur 1 point (surveillance)

P3 : amélioration sur 6 points (notions générales, observance, surveillance, surdosage, CI, vie quotidienne)

Comparaison des résultats d'évaluation des EP entre M1 et M4 :

L'évaluation des points abordés lors de l'EP M4 a montré

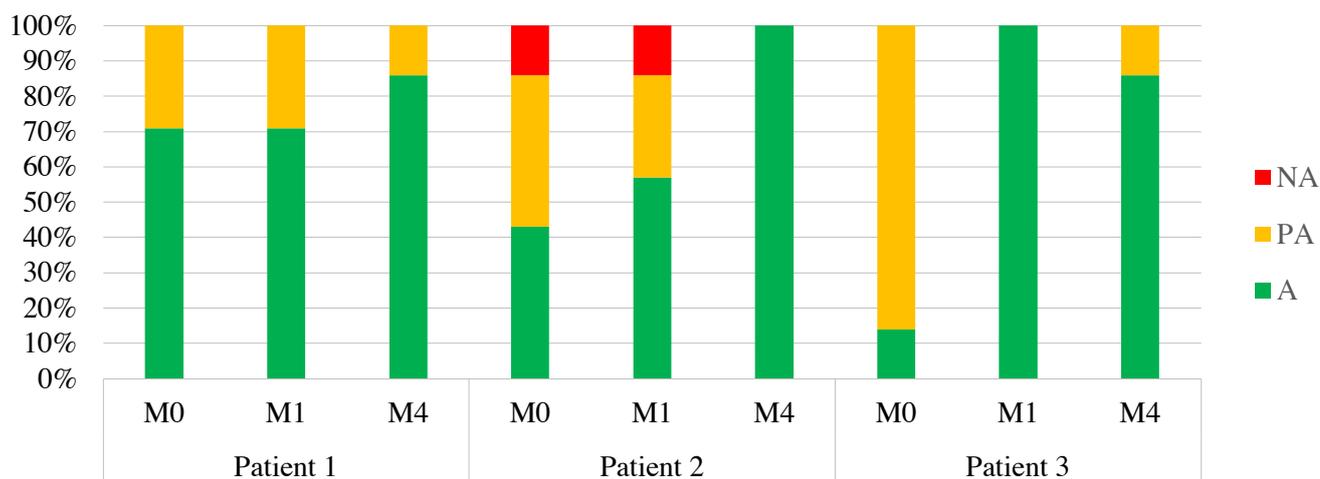
➔ Une amélioration du niveau d'acquisition pour P1 et P2 :

P1 : amélioration sur 1 point (vie quotidienne)

P2 : amélioration sur 3 points (notions générales, CI, info professionnels)

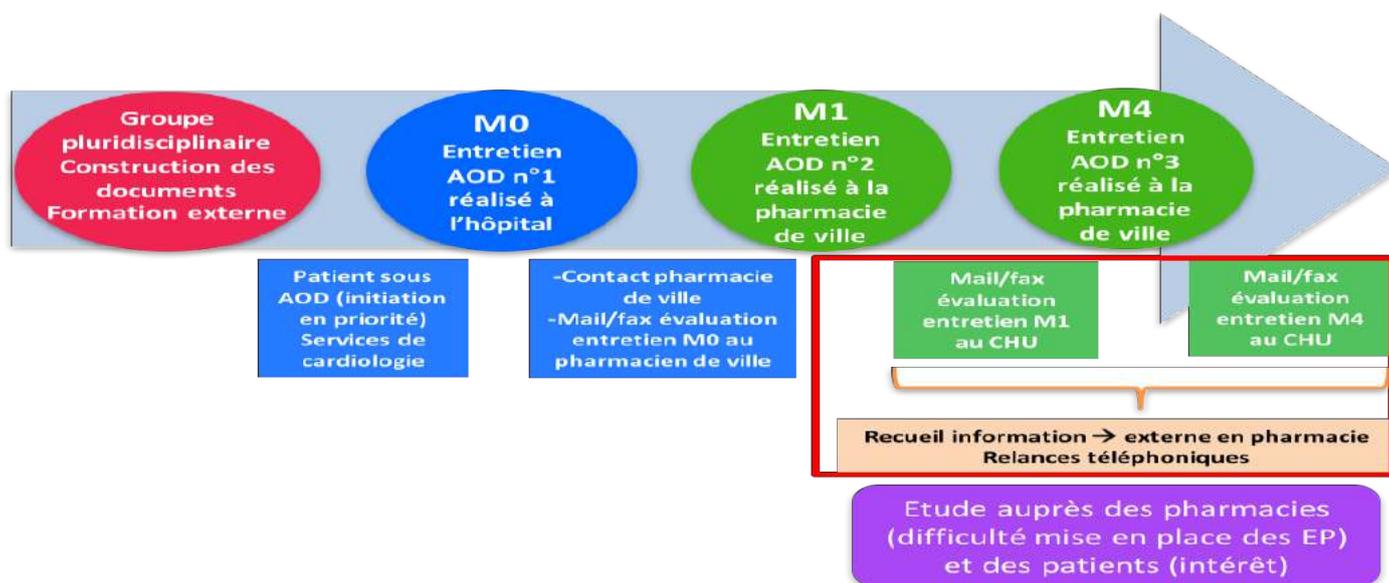
→ Une diminution du niveau d'acquisition pour P3 sur 1 point (signes de surdosage)

Evolution au cours des EP des 3 patients ayant fait les 3 EP (en %)



Graphe n°20

2.6. Relance des pharmacies :



2.6.1. Nombre de relances des pharmacies à M1 :

Afin de réaliser le recueil d'information (fiche d'évaluation à M1) concernant les EP réalisés à M1 en officine, des relances téléphoniques ont été effectuées auprès de 65 pharmacies sur les 73 ayant donné leur accord pour poursuivre les entretiens.

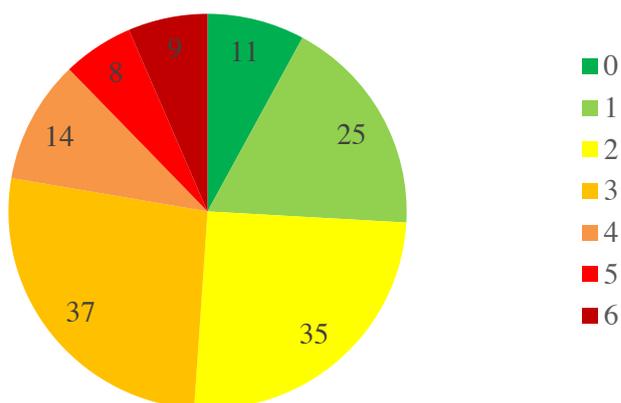
8 pharmacies (soit 11% des pharmacies) ont renvoyé les fiches d'évaluation de manière spontanée sans relance.

Au total, 207 relances ont été effectuées.

Pour les pharmacies relancées, le nombre de relances effectuées varie de 1 à 6 relances. Les résultats sont représentés dans le tableau et le graphe ci-dessous (graphe n°21).

Nombre de relance	1	2	3	4	5	6
Nombre de pharmacie	16	23	24	9	5	2
% de pharmacie	25	35	37	14	8	9

Nombre de relances pharmacies totales pour M1 (en %)



Grappe n°21

Parmi ces relances, 88 soit 43% des relances téléphoniques n'ont pas permis de recueil d'information (fiche d'évaluation, frein à la poursuite des EP) pour les raisons suivantes : pharmacie ne répondant pas au téléphone, demande de rappeler plus tard (absence du pharmacien, pharmacien non disponible), ou encore interlocuteur (associé, préparatrice) pas au courant de la situation voir du projet.

2.6.2. Nombre de relances des pharmacies à M4 :

Concernant le 3ème entretien pharmaceutique réalisé à M4 en officine, seules les pharmacies ayant réalisées le 2ème entretien à M1 ont été relancées. Ces relances téléphoniques ont été effectuées auprès de 13 officines sur les 16 ayant réalisé l'EP à M1.

3 pharmacies (soit 19% des pharmacies) ont renvoyé les fiches d'évaluation ou ont informé de la situation (arrêt de traitement) de manière spontanée sans relance.

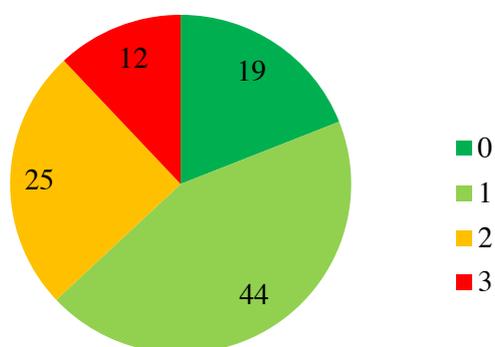
Au total, 21 relances ont été effectuées.

Pour les pharmacies relancées, le nombre de relances effectuées varie de 1 à 3 relances.

Les résultats sont représentés dans le tableau et le graphe ci-dessous (graphe n°22).

Nombre de relance	1	2	3
Nombre de pharmacie	7	4	2
% de pharmacie	44	25	12

Nombre de relances pharmacies à M4 (en %)



Graphe n°22

Parmi ces relances téléphoniques, 15 n'ont pas permis de recueil d'information pour les raisons suivantes : pharmacie ne répondant pas au téléphone, demande de rappeler plus tard.

Au total, en compilant les relances faites pour le M1 et pour le M4, 103 n'ont pas permis de recueil d'information soit 45%.

2.6.3. Difficultés à la réalisation des EP en officine recueillies lors des relances :

Lors des relances téléphoniques à M1 et M4, si le pharmacien n'avait pas pu ou pas encore pu réaliser l'entretien pharmaceutique, il lui été demandé les raisons de ce retard ou de cette non poursuite.

Sur les 73 pharmaciens ayant accepté de poursuivre les EP, 61 ont donné les raisons pour lesquelles ils n'ont pas pu ou pas encore pu poursuivre les entretiens prévus avec leurs patients. (graphe n°23)

12 pharmaciens n'ont donc pas répondu à cette question :

- soit car ils ont renvoyé les fiches d'évaluation ou ont informé de la situation (arrêt de traitement) de manière spontanée
- soit car ils ne répondaient pas au téléphone ou demandaient de rappeler plus tard (absence, indisponible)

Au fil des relances les pharmaciens pouvaient donner plusieurs raisons au retard ou à la non poursuite des EP.

Les réponses ont été regroupées par thématiques :

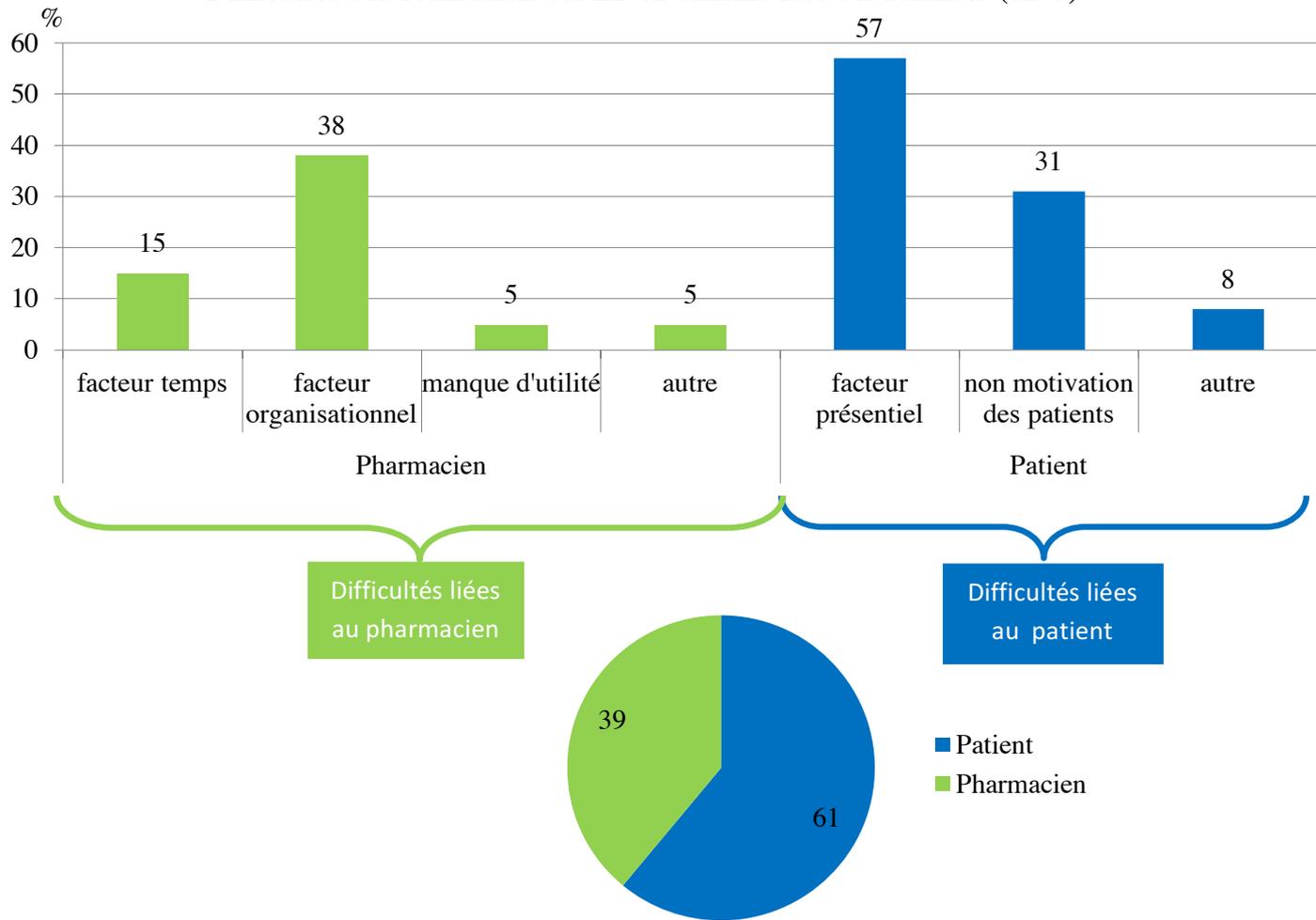
Difficultés liées au pharmacien :

- 1- Facteur temps : « manque de temps » : 9 (15%)
- 2- Facteur organisationnel : communication, organisation équipe, pharmacien n'a pas vu personnellement le patient, changement de pharmacien titulaire : 23 (38%)
- 3- Manque d'utilité : « entretien non formalisé », « conseils au comptoir » : 3 (5%)
- 4- Autre : oubli du pharmacien, « manque de formation », « pas besoin d'un 3eme EP » : 3 (5%)

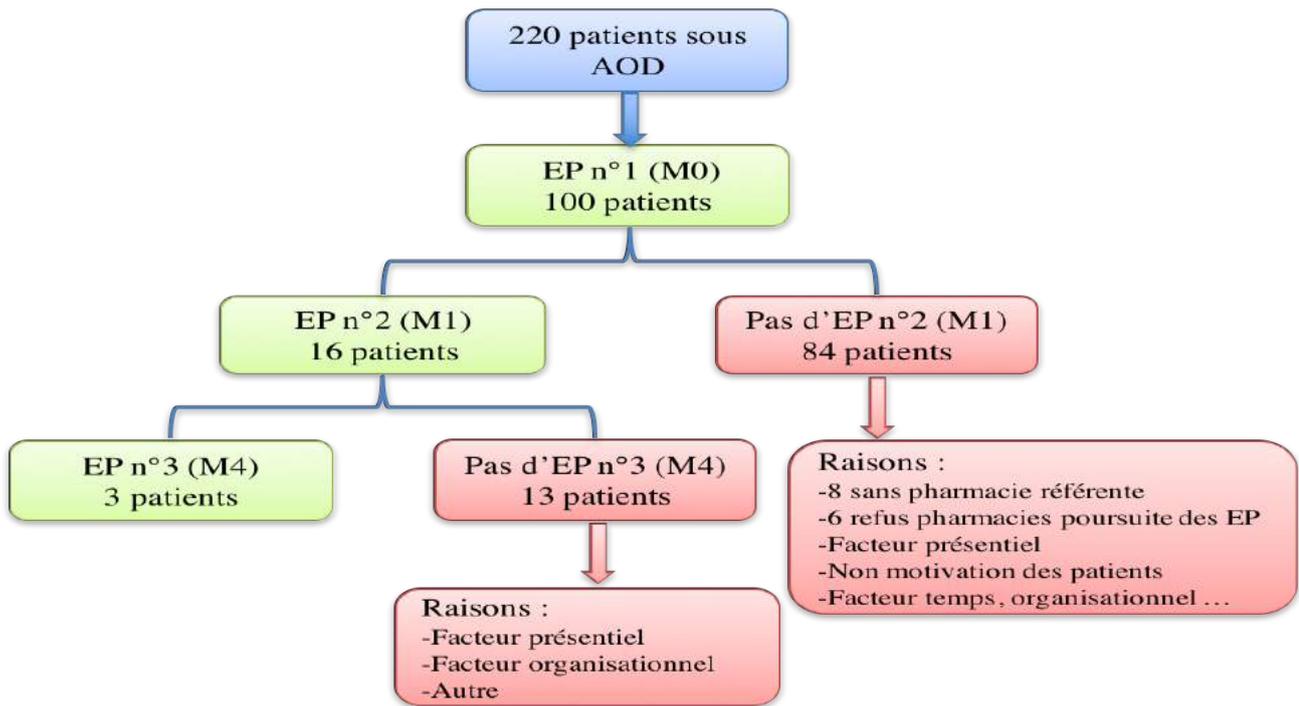
Difficultés liées au patient :

- 5- Facteur présentiel : « patient pas revenu », « ne se déplace pas », « aidant qui vient à la pharmacie », « patient indisponible » (réhospitalisé, placé en maison, en vacances) : 35 (57%)
- 6- Non motivation des patients : « refus du patient » (pas intéressé, stressé), « pas de demande, retour du patient » : 19 (31%)
- 7- Autre : « changement, arrêt traitement », « patient décédé » : 5 (8%)

Difficultés à la réalisation des EP en officine lors des relances (en%)

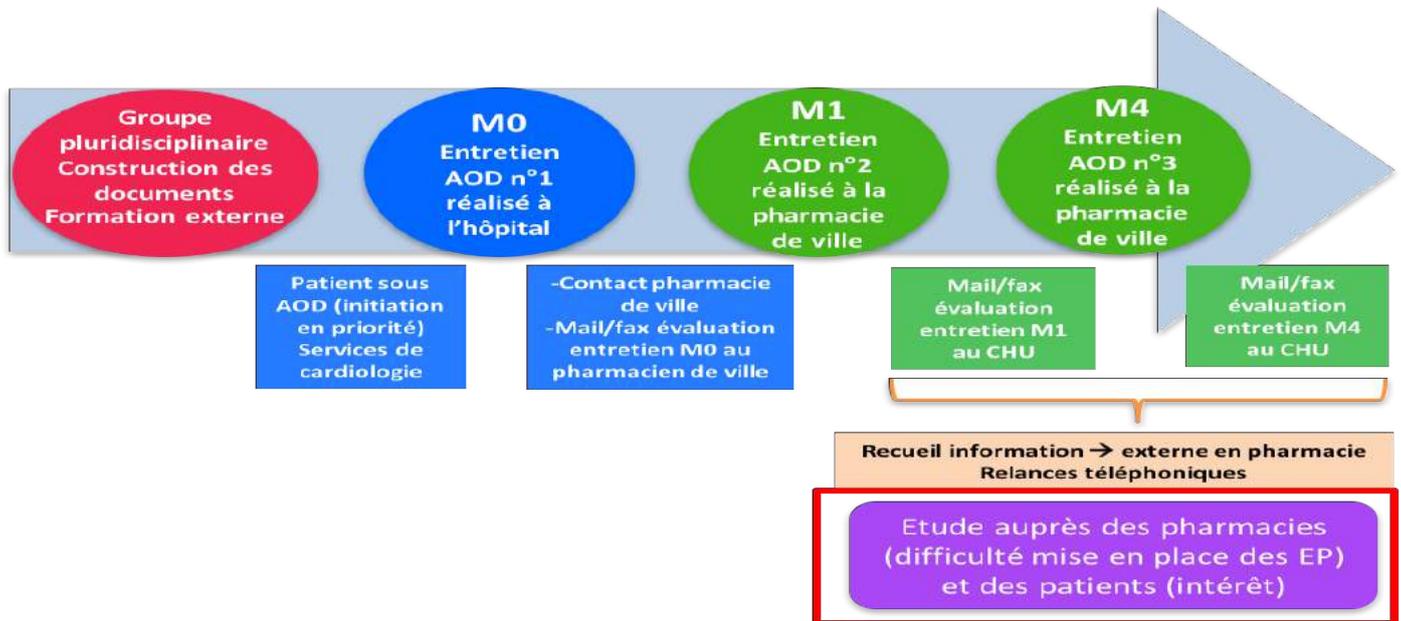


Graphe n°23



Graphe n°24

2.7. Enquête auprès des pharmaciens et des patients :



A posteriori, une enquête auprès des officinaux ayant participé au projet a été menée afin d'explorer les freins à la mise en place effective des EP en officine de manière générale. Pour ce faire les pharmacies d'officine ayant accepté de poursuivre les entretiens pharmaceutiques dans le cadre du projet PaPAOD ont toutes été contactées dans un deuxième temps afin de leur demander :

- 1- Quel était le nombre moyen d'entretiens réalisés dans leur officine depuis la signature de la convention nationale ? (0, <10/an, entre 10 et 50, >50)
- 2- Quelles étaient leurs difficultés à la mise en place de cette nouvelle activité ?

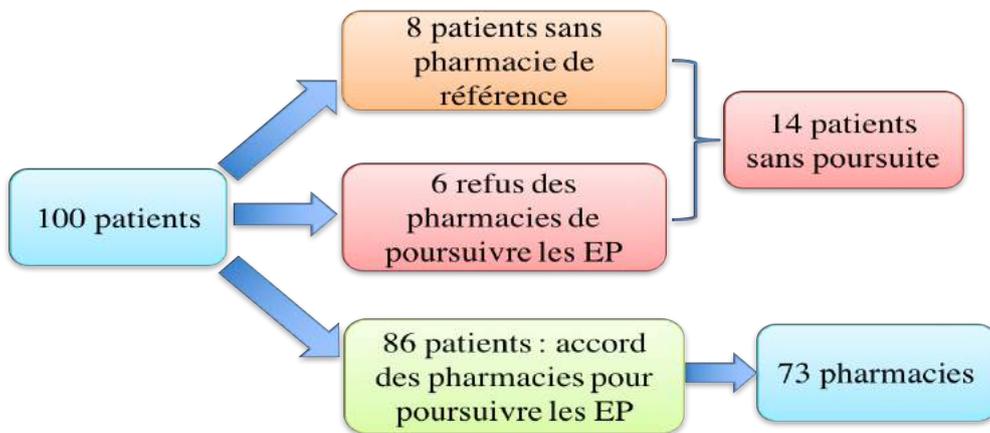
Afin d'explorer de manière la plus objective possible les freins à la mise en place des entretiens, il a été choisi de poser une question ouverte (question 2). Les réponses ont ensuite été regroupées par thématiques.

Les patients ont également été contactés dans le but de savoir :

- 1- S'ils avaient continué ces entretiens dans leur pharmacie ?
- 2- Si oui, est-ce que cette proposition venait d'eux ou du pharmacien ?
- 3- Est-ce qu'ils trouvaient intéressant de poursuivre ces entretiens ?
- 4- Si non pour quelle(s) raison(s) ?

2.7.1. Résultats de l'enquête menée auprès des pharmaciens d'officine :

73 pharmacies ont été contactées sachant que 8 patients étaient sans pharmacie de référence, et 6 pharmacies avaient refusé de continuer les entretiens pharmaceutiques dans leur officine. (graphe n°25)



Grappe n°25

Les pharmacies contactées n’ont pas forcément répondu à toutes les questions.

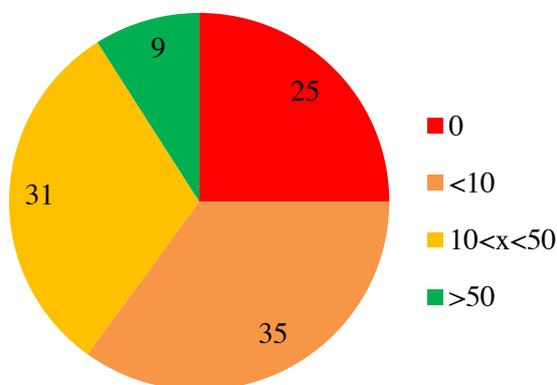
2.7.1.1. Nombre moyen d’EP réalisés :

A la question : Quel était le nombre moyen d’entretiens réalisé dans leur officine depuis la signature de la convention nationale ? (0, <10/an, entre 10 et 50, >50)

Sur les 73 pharmacies contactées, 48 pharmacies ont répondu soit un taux de réponse de 66%. Ces dernières ont donné le nombre moyen d’entretiens réalisé dans leur officine depuis la signature de la convention nationale.

12 pharmacies n’en réalisent aucun (25%), 17 en ont réalisé moins de 10 (35%), 15 entre 10 et 50 (31%), et seulement 4 ont fait plus de 50 entretiens (9%). (grappe n°26)

Nombre d'entretiens réalisés (en %)



Grappe n°26

2.7.1.2. Freins généraux à la mise en place des entretiens :

A la question : Quelles étaient leurs difficultés à la mise en place de cette nouvelle activité ?

(Une pharmacie pouvait donner une ou plusieurs réponses à cette question)

Parmi les 48 pharmacies qui ont répondu aux appels, 44 ont répondu à cette question ouverte. (graphe n°27)

Les 4 pharmacies ayant effectué plus de 50 entretiens n'ont pas répondu à cette question.

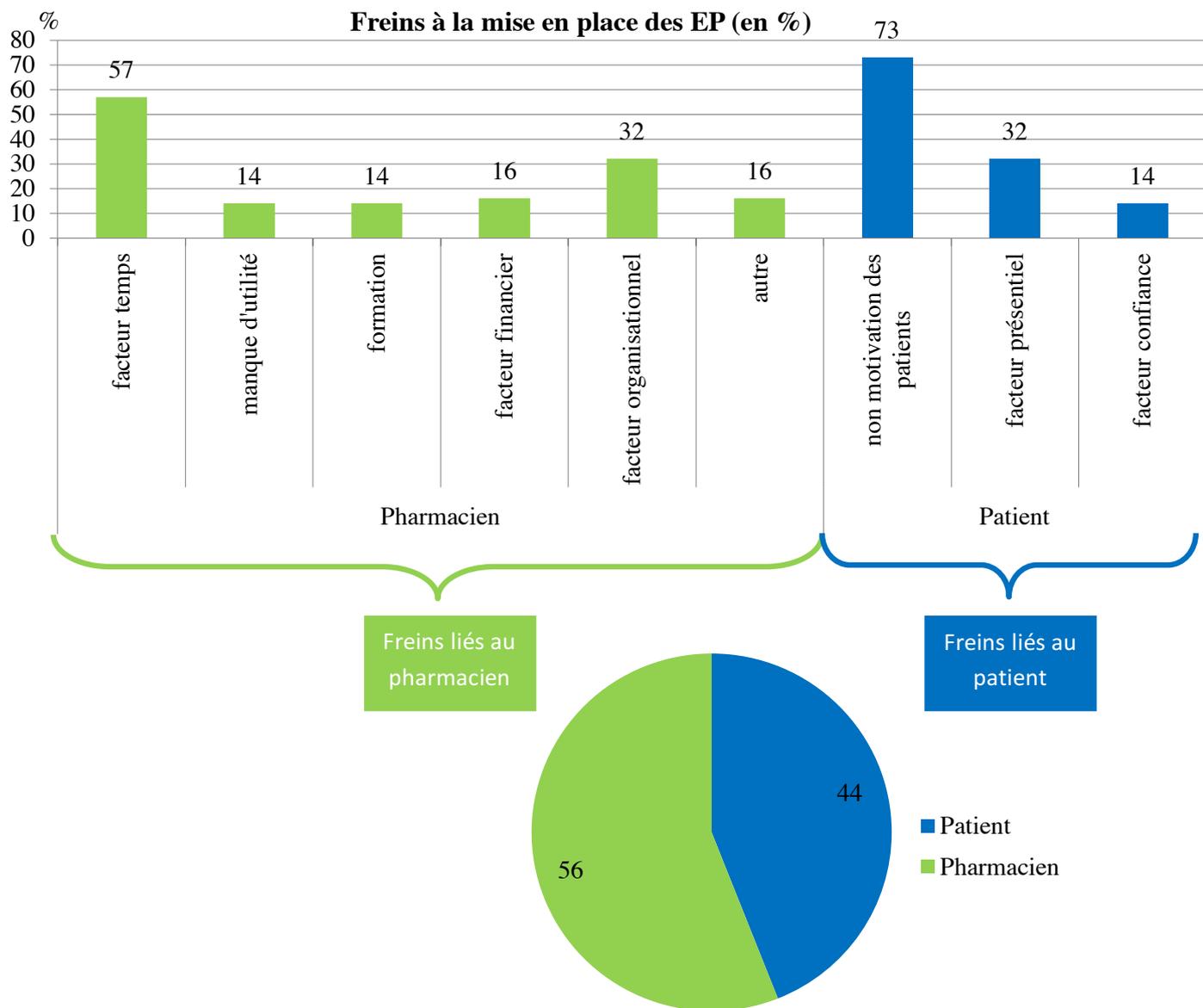
Les réponses ont été regroupées par thématiques :

Freins liés au pharmacien :

- 1- Facteur temps : « manque de temps », « temps trop long pas adapté à la pratique officinale », « manque de personnel », « chronophage » : 25 (57%)
- 2- Manque d'utilité : « conseils au comptoir déjà réalisé », « proximité du patient », « pas d'entretien formalisé » : 6 (14%)
- 3- Formation : « manque de formation » : 6 (14%)
- 4- Facteur financier : « faible rémunération », « rémunération trop longue à arriver », « non rémunération » (pas de 2ème EP) : 7 (16%)
- 5- Facteur organisationnel : « mise en place difficile » (plage horaire, local), « site sécurité sociale complexe » (problème administratif), « critères inclusions trop strictes pour asthme », « beaucoup de travail, usine à gaz » : 14 (32%)
- 6- Autre : « lassitude des patients et pharmaciens » (entretiens répétitifs), « quartier difficile, étranger » (langue étrangère), « manque de motivation », « 1 entretien suffit », « pas de retour », « pharmacie à monopole », « vexatoire » (pas que sur les AVK-AOD) : 7 (16%)

Freins liés au patient :

- 7- Non motivation des patients : « Refus des patients », « pas d'intérêt », « pas d'utilité » (déjà des conseils à l'hôpital, en pharmacie, connaissent leur traitement), « ne comprennent pas l'importance », « méfiance », « pas de demande des patients », « manque d'info des patients », « fatigue en sortie d'hôpital, entretien tardif = mauvais souvenir, difficile de capter les patients » : 32 (73%)
- 8- Facteur présentiel : « patient qui n'est pas revenu », « pas de tel », « ne vient pas au rendez-vous », « aidant qui va à la pharmacie », « patients trop vieux qui ne se déplace pas » : 14 (32%)
- 9- Facteur confiance : « confiance au médecin », « mauvaise estime du pharmacien », « médecins spécialistes aux alentours de la pharmacie » : 6 (14%)



Graphe n°27

2.7.2. Résultats de l'enquête menée auprès des patients :

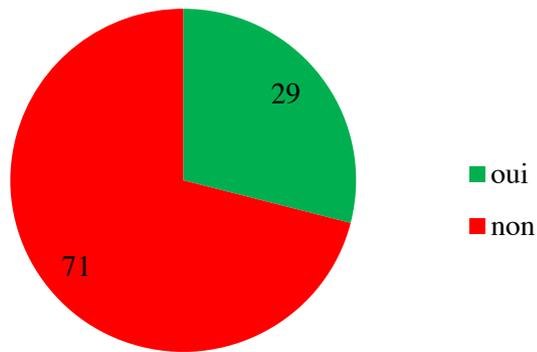
Parmi les 86 patients dont les pharmacies avaient accepté de poursuivre les EP : 56 patients sur 64 ont répondu à notre étude (18 n'ont pas répondu aux appels et 4 numéros étaient erronés). Les patients contactés n'ont pas forcément répondu à toutes les questions qui leur ont été posées. Parmi les 56 patients, 2 sont décédés durant la période du projet, cependant les familles ont quand même répondu à certaines questions.

2.7.2.1. Poursuite entretiens :

A la question : S'ils avaient continué ces entretiens dans leur pharmacie ?

Selon eux 16 ont poursuivi les entretiens pharmaceutiques dans leur officines (29 %) et 40 n'ont pas continué (71%) (graphe n°28). Ces résultats concordent avec les résultats donnés par les pharmaciens.

Poursuite entretien d'après patients (en %)



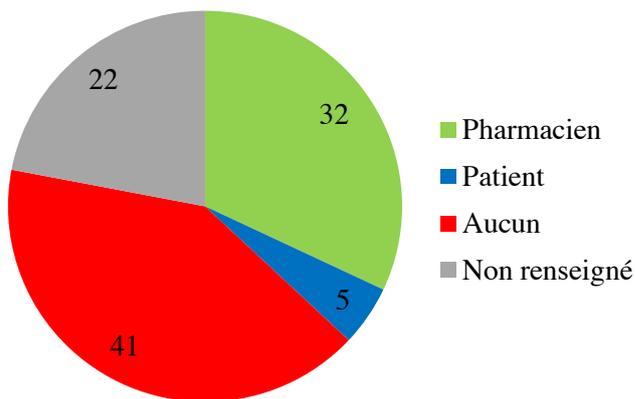
Graphe n°28

2.7.2.2. Proposition des entretiens :

A la question : Si oui, est-ce que cette proposition venait d'eux ou du pharmacien ?

Dans 32% des cas c'est le pharmacien qui proposait au patient la poursuite des entretiens pharmaceutiques dans son officine (18), dans 5% des cas c'était le patient lui-même qui demandait à poursuivre les entretiens (3), dans 41% ni l'un ni l'autre ne faisait la démarche (23), et on ne connaît pas la réponse dans 22% des cas (12 aidants au téléphone pas au courant). (graphe n°29)

Proposition entretiens (en %)

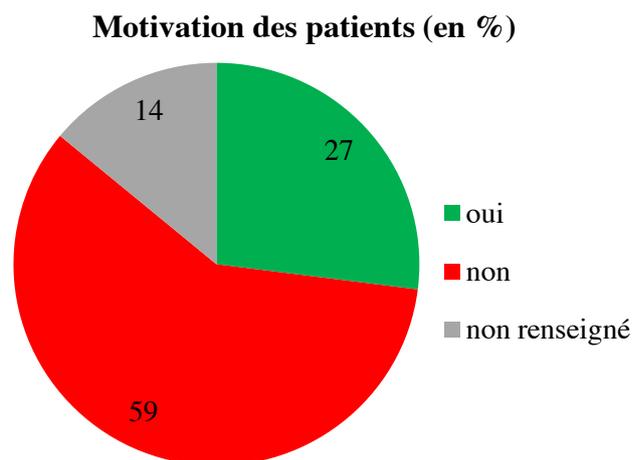


Graphe n°29

2.7.2.3. Motivation-intérêt des patients :

A la question : Est-ce qu'ils trouvaient intéressant de poursuivre ces entretiens ?

15 patients sont motivés à poursuivre les entretiens (27%), 33 patients (59%) ne le sont pas pour les raisons citées par la suite (cf 2.7.2.4.). La question n'a pas été posée à 8 d'entre eux (4%). (graphe n°30) Les 15 patients motivés à poursuivre les entretiens étaient également satisfaits de ces derniers.



Grappe n°30

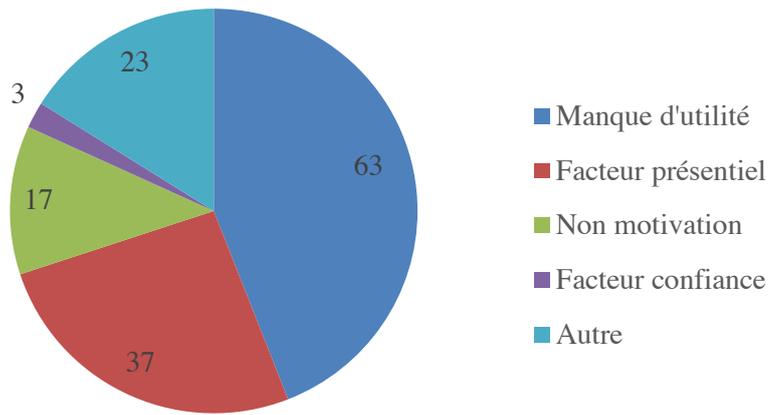
2.7.2.4. Freins à la poursuite des EP - Patients :

A la question : Si non pour quelle(s) raison(s) ?

35 patients (ou la famille du patient lorsque ce dernier est décédé) ont répondu qu'ils n'étaient pas motivés à continuer ou qu'ils n'ont pas pu poursuivre les entretiens pharmaceutiques pour les raisons suivantes : (graphe n°31)

- 1- Manque d'utilité : « pas utile », « pas besoin », « pas de problème avec le traitement », « contrôle médecin-cardiologue », « 1 entretien suffit », « pas d'intérêt » : 22 (63%)
- 2- Facteur présentiel : « ne se déplace pas », « ne s'occupe pas de ses traitements », « indisponible » (réhospitalisation, en vacances, manque de temps) : 13 (37%)
- 3- Non motivation : « manque de motivation », « prise de rendez-vous nécessaire », « oubli », « fatigue » : 6 (17%)
- 4- Facteur confiance : « non confiance aux connaissances du pharmacien » : 1 (3%)
- 5- Autre : « arrêt traitement », « décès » : 8 (23%)

Freins à la poursuite des EP - Patient (en %)



Graphe n°31

Partie III : Discussion

Lors de la phase hospitalière du projet, 100 entretiens pharmaceutiques ont été réalisés dans les services de cardiologie pour les patients sous AOD.

La satisfaction des patients est incontestable puisque quasiment la totalité (94%) sont satisfaits. Ceci montre le fort intérêt des patients à participer aux entretiens pharmaceutiques, et devrait inciter les pharmaciens à en réaliser davantage.

Les verbatims recueillis à la question ouverte de fin du questionnaire de satisfaction avec un champ sémantique large de mots très positifs (88%) (« très intéressant », ...) montre que l'accompagnement des patients est essentiel et que leur ressenti est positif.

Toutefois le fort pourcentage des points estimés comme uniquement partiellement acquis (>50%) ou non acquis démontre la nécessité de faire plusieurs EP et l'intérêt d'entretiens coordonnés hôpital-ville afin d'atteindre les objectifs de compétence et d'autonomie du patient. La fiche d'évaluation transmise aux officinaux permet de répondre à cet objectif et de renforcer le lien ville-hôpital.

L'information et les conseils de bon usage font partie des rôles les plus importants du pharmacien, mais cette transmission de savoir théorique et pratique et la posture éducative sont des champs de compétences à part entière à acquérir.

De plus, à la question « est-ce que vous souhaitez poursuivre ces entretiens ? », la réponse est majoritairement positive. Les EP sont donc incontestablement utiles aux patients et la convention nationale pharmaceutique a permis de légiférer et de rémunérer les EP en ville.

Cependant, les résultats de notre étude montre un taux très faible de poursuite des EP en ville. Parmi toutes les pharmacies intégrées dans ce projet seulement 16 patients ont réalisé le 2ème entretien à M1, et uniquement 3 patients ont réalisé le 3ème entretien à M4.

De plus seulement 1 patient en poursuite de traitement s'était déjà vu proposer un entretien pharmaceutique par son officine sur 117 patients en poursuite de traitement. Un quart des pharmaciens interrogés n'ont pas d'activité d'entretiens pharmaceutiques dans leur officine ce qui est assez conséquent. Et seulement 9% ont réalisé plus de 50 entretiens depuis la signature de la convention nationale.

Si l'on regarde les chiffres officiels (68), on remarque une montée en charge régulière et soutenue la 1^{ère} année mais un infléchissement des adhésions au bout de 18 mois. Les entretiens antiasthmatiques peinent à se mettre en place du fait des conditions très restrictives d'inclusion des patients asthmatiques dans le

dispositif initialement. Actuellement très peu de pharmacies sont impliquées et il y a un manque manifeste de participation des pharmaciens d'officine.

	AVK			AOD	Asthme	
	2013	2014	2015	A fin septembre 2016		
Adhésions	117081	40393	4167	7309	1398	2442
Entretiens	96121	89217	4731	15867	899	2602
Pharmacies impliquées		14686		390	207	89

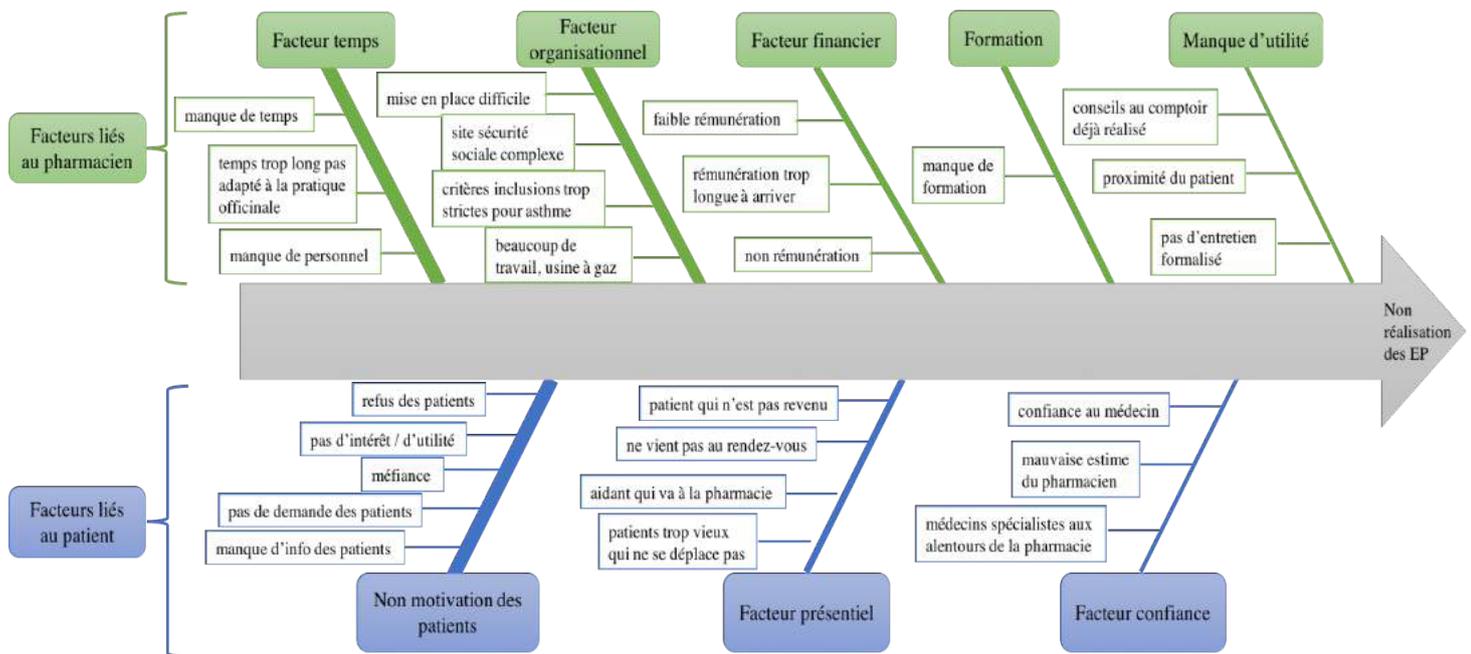
Si l'on s'intéresse aux résultats d'évaluation des EP, on constate qu'il est nécessaire de réaliser 3 EP pour qu'une majorité de compétences soit acquises par le patient. En effet, c'est seulement au bout du 3ème entretien qu'il y a une réelle progression des compétences du patient même si ces résultats ne sont pas extrapolables vu le nombre trop faible d'EP n°3. On peut donc regretter l'échantillon de patients restreint ayant réalisé les 3 entretiens qui ne permet pas de conclure sur le niveau d'acquisition des compétences des patients au bout de 3 EP (10). Alors qu'entre le M0 et M1 les résultats d'évaluation sont quasiment identiques avec un grand nombre de points PA. 2 entretiens ne seraient donc peut-être pas suffisants pour que les patients aient le temps d'assimiler toutes les informations à connaître. Tout ceci démontre l'intérêt d'EP multiples pour l'acquisition des compétences par le patient (10).

On peut alors se poser la question pourquoi si peu d'EP sont réalisés en ville ?

1. Freins à la mise en place des entretiens pharmaceutiques :

Au travers de notre étude, nous avons étudié les freins à la mise en place des EP en officine qui peuvent être liés aux patients ou liés aux pharmaciens. Afin d'avoir une vision synthétique des freins, il a été choisi d'utiliser la méthode du diagramme d'Ishikawa (diagramme de causes et effets) pour les classer.

Diagramme d'Ishikawa : Freins à la mise en place des EP



1.1. Freins liés au patient :

Selon les pharmaciens le principal frein à la mise en place des entretiens est le refus des patients (73%). Les patients ne sont pas intéressés ou ne voient pas l'utilité de l'entretien sachant qu'ils ont déjà eu des informations données à l'hôpital, en pharmacie au comptoir ou encore ils connaissent leur traitement depuis des années. Ils ne sont pas motivés car ils pensent qu'ils n'ont pas besoin d'un entretien, n'ont aucun souci avec leur médicament et que dans tous les cas ils sont suivis par leur médecin. Les patients ne comprennent pas l'importance, pourquoi on leur parle autant de leur traitement, ça leur fait presque peur et ils deviennent méfiants. Pour certains d'entre eux 1 seul entretien leur suffit sinon ils pensent qu'on va leur redire la même chose. En effet la fiche d'évaluation est répétitive et composée de questions centrées uniquement sur les connaissances et comportements du patient et essentiellement fermées n'ouvrant pas le dialogue.

Lors d'une hospitalisation, le patient est sous surveillance et est donc fortement invité à participer aux programmes éducatifs. Le recrutement des patients est ainsi facilité, ce qui entretient un hospitalo-centrisme. Le recrutement des patients pouvant bénéficier des EP est beaucoup plus difficile en ambulatoire qu'à l'hôpital. En effet lors d'une hospitalisation les séances éducatives sont considérées comme dans la continuité des soins, tandis qu'en ville, les entretiens viennent s'immiscer au sein de la vie quotidienne où ils n'avaient habituellement pas une place prédéfinie. La motivation du patient est donc primordiale dans sa décision de participer aux entretiens, car en ambulatoire, c'est au patient de faire la démarche (3).

32% des pharmaciens évoque le facteur présentiel, le fait que les patients ne reviennent pas à la pharmacie. Ceci pose le problème qu'un patient peut aller dans la pharmacie qu'il souhaite et qu'il n'a pas réellement de pharmacie de référence. Certains patients ne viennent pas au rendez-vous fixé les considérant peut-être moins importants qu'un rendez-vous chez le médecin. A plusieurs reprises le patient étant âgé et ayant du

mal à se déplacer, c'est un aidant, et non le patient lui-même, qui vient chercher les médicaments à la pharmacie. Certains patients ne s'occupent pas eux même de leur traitement (infirmières).

1.2. Freins liés au pharmacien :

Un des principaux freins (57%) est le facteur temps. Parmi les arguments remontés dans leur pratique quotidienne, les pharmaciens appuient sur le manque de temps. Vu le flux de patient et les journées pleines, il est très difficile pour eux de libérer des plages horaires pour réaliser les EP qui ont une durée d'environ 30 minutes. L'EP est effectivement une démarche qui nécessite du temps, et le temps est l'un des facteurs limitant qui rythme la pratique officinale actuelle. Les pharmaciens sont habitués à donner des conseils au comptoir sans formaliser un entretien pour des questions pratiques. Certains pharmaciens trouvent les EP chronophages et ont du mal à les intégrer dans leur pratique professionnelle habituelle (3). C'est donc l'organisation des officines qui est à revoir.

16% des pharmaciens expriment un problème de financement insuffisant. Selon eux les EP sont peu payés, il y a des retards de paiement, et même une non rémunération lorsque les patients ne veulent pas faire de second entretien et ne viennent pas au rendez-vous. Les pharmaciens n'ont pas le temps de recontacter les patients ou ne veulent pas les forcer et malgré la réalisation d'un premier entretien aucune rémunération n'est fournie. Cette faible rémunération (50 euros pour 2 entretiens actuellement), même si elle a été revue à la hausse, provoque chez les pharmaciens une impression de manque de reconnaissance des actions d'EP (69). Par ailleurs certaines sources précisent que la Loi de Financement de la Sécurité Sociale (LFSS) décrit de Nouveaux Modes de Rémunération (NMR) des professionnels libéraux par l'ARS, dans le but de compléter la rémunération à l'acte pour certaines actions, d'encourager le partenariat entre professionnels de santé et favoriser la continuité des soins. Pour les patients sous AVK par exemple, les pharmaciens ne sont rémunérés par la Sécurité Sociale, qu'à partir du second entretien, sachant qu'il faut réaliser au moins 2 EP par an et par patient. Ces incertitudes financières constituent une barrière à la diffusion et à l'encouragement des professionnels à s'investir dans l'EP. De plus certains de ces financements étant issus de fonds publics, il y a un risque de contraintes économiques pesant sur la politique actuelle qui limite les possibilités de financements futurs (3).

Certains pharmaciens (14%) ne se considèrent pas assez formés à la réalisation des entretiens et auraient besoin d'une formation. L'EP implique aussi pour le professionnel de santé de modifier son mode d'intervention avec le patient, en une relation d'échange, alors que sa formation initiale, auparavant, lui a plutôt appris à informer le patient de façon directive (3). Le développement de la formation est essentiel car il faut acquérir des techniques de communication (questions ouvertes, reformulation, empathie, ...) pour réaliser un entretien de qualité.

Du point de vue organisationnel (32%) il existe un manque de communication/organisation de l'équipe officinale par rapport à la mise en place et la réalisation des entretiens. En effet lors des relances téléphoniques, en fonction de l'interlocuteur (associé, préparatrice) qui répondait au téléphone, le membre de l'équipe n'était pas au courant de la situation ni même du projet (malgré, certaines fois, une note du pharmacien sur le dossier du patient). Pour que les entretiens soient proposés et réalisés, la venue du patient devait être en adéquation avec l'emploi du temps du pharmacien. Il y a donc un réel manque de communication et de transmission des informations au sein des équipes. De plus le travail administratif qui incombe au pharmacien est de plus en plus pesant, avec le site de la sécurité sociale qui est compliqué pour envoyer les entretiens réalisés.

La pratique officinale actuelle n'est pas adaptée à la réalisation des EP. Les officinaux doivent se réorganiser. Vont-ils prendre ce tournant ?

Une bonne partie des pharmaciens a proposé aux patients de poursuivre les entretiens pharmaceutiques dans leur officine (32%). Dans 41% des cas, malgré l'explication du projet aux pharmaciens et aux patients, ni le pharmacien ni le patient n'a proposé/demandé de poursuivre ces entretiens. Ceci peut s'expliquer par le manque de motivation de la majorité des patients (59%) et que les pharmaciens eux attendent que les patients fassent la démarche.

Nous constatons donc une faible participation des pharmaciens aux EP. Mais comment cette participation peut-elle être améliorée ?

2. Leviers d'actions :

Le facteur temps ressort énormément parmi les freins et différentes pistes se dégagent pour l'améliorer avec une meilleure répartition des plages horaires. Une meilleure organisation de l'équipe officinale permettrait de consacrer du temps pour les entretiens (48). Un changement des pratiques professionnelles du pharmacien est nécessaire dans l'avenir afin d'optimiser la mise en place des entretiens, avec la séparation des horaires d'entretien de celles de la dispensation et une meilleure répartition des responsabilités. On pourrait par exemple créer, au sein de l'équipe officinale, un poste spécialisé de pharmacien-éducateur qui aurait un rôle d'accompagnement, d'ETP et de prévention, travaillant à l'officine dans un espace de confidentialité, ou si nécessaire au domicile du patient. Le pharmacien-soignant lui assurerait son rôle de dispensation au comptoir et de conseils de bon usage. Pour promouvoir la santé, le pharmacien-éducateur agirait par l'éducation sanitaire des personnes en bonne santé (mesures d'hygiène de vie) et par l'éducation thérapeutique des patients atteints de maladie chronique (soutien et accompagnement pour limiter échec thérapeutique et rechutes) (3).

La levée du frein financier devrait se faire en mettant en place une rémunération adéquate, spécifique aux soins de premier recours. Les pharmaciens souhaiteraient une revalorisation de la rémunération des EP. Cette rémunération devrait être moins stricte sachant que la plupart des patients ne souhaitent pas faire de 2ème entretien entraînant une non rémunération des pharmaciens. Il faudrait peut-être rémunérer les entretiens de façon séparée (25 euros chacun par exemple) pour ne pas démotiver les pharmaciens.

Le manque formation apparaît comme un frein sur lequel des actions d'amélioration sont réalisables et primordiales. Ces actions de formation ont déjà été initiées dans le cursus universitaire comme les 40h de formation à l'ETP (techniques de communication essentielles à la réalisation d'un EP). La formation est un critère incontournable à la qualité des EP. Une diversification des offres de formation en développant des formations continues plus ou moins approfondies, associées à une sensibilisation de tous les PS au EP serait bénéfique. En effet, une formation est nécessaire à la fois pour le pharmacien qui réalise les entretiens mais aussi pour l'équipe officinale afin de permettre au patient de pouvoir adhérer aux EP sans à priori ou méfiance (54).

Concernant le facteur organisationnel et la communication, il faudrait valoriser et impliquer toute l'équipe officinale dans le projet et pas seulement le pharmacien pour permettre un meilleur suivi du patient. La communication au sein de l'équipe et l'évaluation des entretiens permet à la fois un suivi plus approfondi du patient par l'équipe et un relais facile si l'entretien suivant est réalisé par un autre pharmacien. Une réelle communication doit également exister entre tous les professionnels encadrant le patient, car chacun a son rôle à jouer en collaboration avec les autres (54). Il est nécessaire également de simplifier les démarches administratives. L'Assurance Maladie a déjà commencé à travailler sur ce versant en regroupant tous les supports d'accompagnement du patient dans un seul outil digital, simple, intuitif et accessible. Ce guide interactif offre une vision globale et centralisée de l'accompagnement des patients, avec une fiche patient saisissable en ligne, une navigation par onglet et un accès direct aux documents utiles (53).

L'augmentation de la rémunération, la formation des professionnels de santé, et tous les points abordés précédemment sont des leviers qui impulseront la mise en place des entretiens.

Parmi les freins à la réalisation des entretiens liés au patient, le principal frein est le refus du patient, dû à la mauvaise connaissance de la démarche. Le développement des EP en ville nécessite donc la réalisation de campagnes de sensibilisation et d'information touchant les professionnels de santé libéraux et les patients atteints de pathologies chroniques afin d'améliorer leur recrutement. Il est donc primordial d'informer de façon beaucoup plus importante les patients sur ce que sont les entretiens pharmaceutiques et qu'ils sont réalisés pour eux, pour leur santé et leur bien-être au quotidien. Peut-être serait-il utile de réaliser des publicités télévisuelles informatives afin de diminuer la méfiance des patients, et qu'ils comprennent l'importance et l'objectif des entretiens pharmaceutiques. Tout cela dans le but de montrer au patient

l'intérêt, l'utilité et de les inciter à en parler à leur pharmacien qui serait le point de départ à la réalisation de ces entretiens. Pour cela l'avenant n° 8 prévoit que l'assurance maladie informe les patients pouvant intégrer les EP par le biais du pharmacien, qui étant en contact direct avec les patients, en est le principal promoteur (mémo pour les patients pour finaliser leur information, affiche pour les officines) (53). Les pharmaciens sont favorables aux entretiens mais attendent que les patients fassent la démarche. Alors que des patients bien informés sur ces pratiques seraient demandeurs et impulseraient la démarche des EP. La fidélisation des malades chroniques permet aux pharmacies d'officine de se placer en ligne pour améliorer le recrutement des patients en ville par une information précoce au comptoir dès la dispensation (1, 50, 51). Des articles sur les entretiens sont disponibles sur le site ameli à destination des patients, notamment sur le rôle du pharmacien dans l'amélioration de la prise en charge des patients qui est valorisé dans la rubrique « Pharmaciens » (53).

A propos de la répétition entre les différents entretiens il serait intéressant de réaliser un 2ème entretien plus ouvert en demandant au patient ce qu'il sait déjà et appuyer sur les points qu'il connaît moins (avenant n°11 : EP d'évaluation et EP thématiques) de façon plus ludique (par le biais de supports éducatifs tels que des photos, images, schémas, fiches, cartes...) pour que les informations soient intégrées réellement et avec une moindre impression de contrainte/corvée. Dans l'étude était réalisé un jeu de rôle afin d'évaluer les connaissances du patient de manière pédagogique, et une fiche « photos » des médicaments contre-indiqués était présentée dans le but que l'entretien soit plus ludique. L'entretien doit être pratique, et des supports papiers en fin de séance permettraient peut-être une meilleure mémorisation des compétences (10). Il serait sûrement bon d'utiliser des supports variés au cours des différents entretiens pour ne pas lasser le patient et même le pharmacien.

Enfin pour les patients qui ne peuvent pas venir jusqu'à la pharmacie, ou ceux stressés par le coté « interrogatoire » (surement plus à l'aise chez eux dans un environnement qu'ils connaissent), le pharmacien pourrait aller au domicile du patient, mais ceci nécessiterait une rémunération en conséquence.

3. Difficulté rencontrée :

Cette étude a nécessité beaucoup de disponibilité et une bonne organisation, notamment pour assurer la communication/coordination ville-hôpital. En effet le nombre de relances auprès des pharmacies est considérable : 228 au total (M1+M4)

La majorité des pharmacies ont été relancé 2-3 fois pour le M1. 88 soit 43% des relances téléphoniques n'ont pas permis de recueil d'information (fiche d'évaluation, frein à la poursuite des EP) pour les raisons suivantes : pharmacie ne répondant pas au téléphone, demande de rappeler plus tard (absence du pharmacien, pharmacien non disponible), ou encore interlocuteur (associé, préparatrice) pas au courant de la situation voir du projet.

En tout 103 relances n'ont pas abouti ce qui fait beaucoup de temps dépensé pour un résultat pas toujours présent et qui rappelle que la communication et le lien ville-hôpital n'est pas toujours facile. Il y a un défaut de coordination entre les équipes soignantes hospitalières et ambulatoires (70).

4. Limite de l'étude :

Les points abordés avec les patients lors des EP étaient évalués selon les 3 niveaux d'acquisition : A, PA et NA. Ces critères sont très subjectifs car ce qu'un pharmacien pourrait considérer comme point partiellement acquis par le patient pourrait être non acquis selon la vision d'un autre pharmacien qui considérerait que les connaissances du patient ne seraient pas suffisantes pour obtenir un niveau d'acquisition plus élevé. Il n'existe pas de référence, de barème pour choisir ces niveaux d'acquisition. Les connaissances du patient sont donc difficiles à évaluer, et nécessite d'être formé.

Les EP permettent d'améliorer la prise en charge des patients chroniques mais ciblent un seul médicament. Il faudrait une prise en charge globale du patient et c'est ce à quoi répond les bilans de médication qui sont apparus.

5. Bilan de médication :

L'avenant n°12 à la convention nationale pharmaceutique signé entre l'assurance maladie, la FSPF et l'USPO est paru au Journal officiel le 16 mars 2018. Cet avenant détaille les modalités du bilan partagé de médication, qui est un nouveau dispositif d'accompagnement des personnes âgées polymédiquées, conformément aux dispositions de l'article 28.5 de la convention (53).

Ce bilan est défini par la HAS « comme une analyse critique structurée des médicaments du patient dans le but d'établir un consensus avec le patient concernant son traitement ». Le bilan de médication est basé sur un entretien structuré avec le patient afin de lutter contre le risque iatrogénique induit par la polypathologie du patient, souvent associée à une polymédication, d'améliorer l'adhésion du patient et de réduire le gaspillage de médicaments en étant plus observant ; mais également sur un travail individuel d'analyse du pharmacien. Ses objectifs sont en lien avec la pertinence, l'efficacité et la qualité de prise en charge du patient. En France il est aujourd'hui dans le cadre législatif des compétences des pharmaciens dans la loi HPST (article 38) relatif aux nouvelles missions du pharmacien d'officine. Les bilans de médication seront réalisés pour les patients âgés de 65 ans et plus atteints de pathologies chroniques et de 75 ans polymédiqués (5 médicaments) pendant au moins six mois. Le bilan partagé de médication représente un nouvel axe de la Rosp du pharmacien (53). La rémunération est donc de 60 € pour l'entretien initial, 30 € pour un entretien l'année suivante avec un nouveau traitement, ou 20 € sans nouveau traitement pour le suivi de l'observance (article 28.5) (58). Le bilan de médication permet de prévenir voire corriger les erreurs médicamenteuses en privilégiant des soins pertinents. Toutes les lignes de prescription doivent être en accord avec les

antécédents, comorbidités et le projet du patient ainsi qu'avec les données biologiques, la tolérance et l'observance du patient. Le pharmacien peut noter les effets indésirables et les interactions médicamenteuses qu'il découvre, et assurer le suivi de l'observance des traitements.

Les bilans partagés de médication ont prouvé qu'ils avaient un impact sur la diminution de la polymédication, l'amélioration de la qualité de vie, et sur la baisse des coûts globaux. Il a donc un objectif à la fois médical et économique.

6. Lien ville-hôpital :

Il est important de mettre en valeur ce que font déjà et ce que pourraient faire les PS de proximité, de s'appuyer sur leur intérêt croissant pour les EP (20). La clé de la démarche éducative en milieu ambulatoire est la coopération entre les professionnels de santé (1). Les connaissances et compétences spécifiques des différents intervenants permettent d'agir de façon optimale sur chacun des facteurs de risque du patient, afin de le prendre en charge de façon adaptée à ses besoins et de diminuer le risque de récurrence (71). Toutefois cette coopération et coordination entre les professionnels libéraux est insuffisante, et le lien ville-hôpital est quasiment inexistant. Malgré l'apparition des maisons médicales, les professionnels de santé de ville sont encore trop isolés les uns des autres, provoquant une difficulté à maintenir une démarche éducative cohérente. Le renforcement de la coordination des soins représente donc un enjeu majeur pour améliorer le système de santé. Des réseaux de santé se développent lentement. Ces réseaux pluridisciplinaires, qui sont des regroupements entre professionnels de premier recours et qui permettent donc une collaboration interprofessionnelle étroite, doivent être favorisés dans l'objectif de développer des programmes d'ETP individuels et collectifs, et de promouvoir la prise en charge des patients en milieu ambulatoire afin de décharger les hôpitaux (3). Il faut donc privilégier les approches pluri-professionnelles, en améliorant la coordination et la communication interprofessionnelle et le lien ville-hôpital, et en encourageant les démarches de qualité (69). Il serait bénéfique de favoriser en milieu ambulatoire, et pour chaque patient volontaire et motivé, l'association du médecin traitant comme coordonnateur du parcours de soins et du pharmacien d'officine comme coordonnateur du programme éducatif (3).

Les pharmaciens de ville sont directement impliqués dans le suivi et l'accompagnement des patients. Par ailleurs, l'activité pharmaceutique est marquée par le dossier pharmaceutique (DP) au niveau officinal. Ce DP pourrait permettre un meilleur lien ville-hôpital. Il a été créé par la loi du 30 janvier 2007 relative à l'organisation de certaines professions de santé et recense, pour chaque bénéficiaire de l'assurance maladie qui le souhaite, tous les médicaments délivrés au cours des quatre derniers mois, qu'ils soient prescrits par le médecin ou conseillés par le pharmacien. Initialement le DP était un dossier patient (DP-Patient) qui permettait seulement aux pharmaciens d'officine de sécuriser la dispensation des médicaments en diminuant les risques d'interactions médicamenteuses et les traitements redondants, de lutter contre l'iatrogénèse

médicamenteuse, et de participer au suivi des vaccinations. Par la suite le DP-Patients gagne progressivement les hôpitaux permettant ainsi une meilleure coordination des soins et un décroisement entre la ville et l'hôpital. En effet, depuis octobre 2012, la réglementation a ouvert l'accès du DP aux pharmaciens des pharmacies à usage intérieur (PUI) dans les mêmes conditions que les officinaux. L'article 97 de la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, généralise le DP dans les hôpitaux. Il est maintenant accessible aux pharmaciens et médecins exerçant dans les établissements de santé et améliore donc la coordination entre professionnels de santé et le décroisement ville-hôpital (72). La mise en place d'un dossier commun entre l'hôpital et la ville permettrait une meilleure prise en charge du patient.

Les maisons de santé pourraient permettre de coordonner les professionnels de santé de ville. Elles ont été introduites dans le CSP en 2007 (loi de financement de la sécurité sociale du 19 décembre) pour permettre aux professionnels libéraux un mode d'exercice collectif (73) et d'améliorer la qualité et l'efficacité des soins pour le patient grâce à une meilleure coordination entre professionnels. Les maisons de santé pluriprofessionnelles sont composées de plusieurs professionnels de santé libéraux (minimum deux médecins généralistes et un infirmier) ayant un exercice coordonné, c'est-à-dire dont la collaboration entre les différents professionnels de l'équipe est formalisée par un projet de santé validé par l'ARS (74).

Le décroisement et la coopération ville-hôpital est au cœur d'une politique de transformation. L'objectif est de construire un parcours de santé simplifié, facilité et cohérent pour le patient, coordonné entre les professionnels de ville et l'hôpital. Il est nécessaire de faciliter les liens entre la ville et l'hôpital et de rendre obligatoire la communication des résultats médicaux aux médecins généralistes et la transmission des éléments aux hôpitaux avant une admission. Il faudrait simplifier les échanges entre l'hôpital et les libéraux, avec une personne identifiée comme interlocuteur et adopter des protocoles et un système d'information communs entre professionnels hospitaliers et de ville par exemple (75).

Toutes ses actions de santé publique (entretiens pharmaceutiques, bilan partagé de médication, ETP) sont des actions qui placent le patient en tant qu'acteur principal de sa santé et ainsi l'impliquent intégralement dans la prise en charge de ses traitements. Mais leur mise en place en pharmacie d'officine n'est pas si simple vu le temps que ces entretiens nécessitent. Il faudrait donc réorganiser la pratique officinale, rendre les entretiens plus ludiques pour que le patient intègre vraiment les informations délivrées, et augmenter la rémunération de ces actes qui seront bénéfiques sur le long terme : observance des traitements → non gaspillage des médicaments ; moins d'effets indésirables/d'interactions → moins d'hospitalisations... Et impliquer le patient c'est l'informer des possibilités qui s'offrent à lui. Les patients à l'heure actuelle, ne sont pas au courant de toutes les possibilités d'information qu'ils ont pour se prendre en charge de façon optimale, ils voient encore cela de façon trop contraignante alors que pourtant la santé de chacun est

primordiale et il faut lui accorder la place qu'elle mérite pour vivre au mieux avec une maladie chronique par exemple et ne pas la subir.

Partie IV : Conclusion

De nos jours malgré l'efficacité thérapeutique des médicaments, l'observance des patients atteints de maladies chroniques reste insuffisante. L'Etat a pris conscience de la nécessité d'éduquer, suivre et soutenir les malades chroniques afin de renforcer leur responsabilité et leur autonomie en termes de santé dans le but d'améliorer leur qualité de vie (1). Les moyens disponibles pour améliorer l'adhésion thérapeutique sont de choisir le traitement le plus adapté au patient, d'éduquer et motiver le patient à sa prise de médicament, d'améliorer son accès aux soins, et de renforcer la relation soignant-soigné. Les professionnels de santé doivent donc améliorer leurs relations avec le patient (confiance, échange), la posture éducative devant imprégner la relation pharmacien-patient.

En peu de temps le métier de pharmacien d'officine a évolué, tout d'abord avec le changement du mode de rémunération du pharmacien d'officine : des paiements à la performance et une marge sur l'honoraire sont mis en place. De plus, grâce à la loi HPST, le pharmacien est enfin reconnu comme un professionnel de santé à part entière, rentrant dans un protocole de coopération centré autour du patient, améliorant son rôle de spécialiste du médicament. A cela viennent s'ajouter de nouvelles missions d'accompagnement du patient décrites dans la convention nationale pharmaceutique. L'accompagnement des patients sous AVK par le pharmacien est la première mission modifiant le travail de l'officinal suivi par les patients asthmatiques puis sous AOD (7). Grâce aux EP, le pharmacien d'officine rentre pleinement dans le parcours de soin du patient au même titre que les autres professionnels de santé (54). L'ETP et les entretiens pharmaceutiques sont des dispositifs qui permettent au patient d'être l'acteur de sa santé et d'augmenter l'observance par l'amélioration des connaissances et des compétences de gestion de la maladie et des traitements et par le lien de confiance entre soignant et soigné (8, 39).

Il y a un enjeu important sur le rôle de pharmacien aujourd'hui dans l'organisation des soins. Les pharmaciens doivent être entreprenants, prouver leur plus-value pour la qualité du système de santé et le bien-être du patient. L'EP est une opportunité, même imparfaite soit-elle, à ne pas manquer pour montrer que le pharmacien peut évoluer dans son rôle de conseil par l'éducation du patient et offrir de nouveaux services aux patients. Les EP sont donc devenus une priorité dans le parcours de soins des malades chroniques et une obligation déontologique pour les professionnels de santé afin d'assurer une continuité des soins.

La mise en place des EP ciblés sur les AOD est une démarche essentielle pour sécuriser la prise en charge des patients, démarche très appréciée par ces derniers. Cette activité d'EP s'inscrit pleinement dans les missions de pharmacie clinique du pharmacien hospitalier et officinal. Le fort pourcentage des points estimés comme uniquement partiellement acquis ou non acquis (> 50%) après un premier EP confirme la nécessité d'entretiens multiples et coordonnés afin d'atteindre les objectifs de compétence et d'autonomie du

patient. La fiche d'évaluation transmise aux officinaux permet de répondre à cet objectif et de renforcer le lien ville-hôpital. L'originalité de cette démarche a été de réaliser des EP coordonnés ville-hôpital. Ce travail s'inscrit donc dans une démarche de continuité et sécurisation des soins avec pour objectif l'optimisation de la prise en charge du patient tout au long de son parcours (48).

Cependant le taux de poursuite des EP en ville a été très faible et l'enquête menée auprès des pharmaciens (freins à la mise en place des EP) nous a permis d'objectiver de nombreuses difficultés à intégrer les EP à la pratique courante des officinaux. Au vue des observations faites au cours de cette étude et des échanges avec les pharmaciens d'officine, il paraît évident qu'une mise en place optimale des EP pour les patients atteints de pathologies chroniques, est difficilement applicable aujourd'hui du fait, entre autres, de l'organisation actuelle des pharmacies d'officine (confidentialité insuffisante, manque de disponibilité, démarche administrative) et du manque de formation (3). Des pistes d'amélioration semblent possibles, comme la revalorisation des EP, une formation adaptée... Malgré le chemin déjà parcouru, il reste encore beaucoup de travail pour améliorer la prise en charge des patients atteints de maladies chroniques, afin de favoriser leur adhésion au traitement et limiter ou retarder ainsi l'apparition de complications et d'hospitalisation (71).

Nous constatons donc que les EP tardent à se mettre en place concrètement, cependant le pharmacien d'officine reste le professionnel de santé le plus accessible et disponible pour les patients. Cette activité d'EP doit donc évoluer et continuer à se pérenniser.

Abréviations

A : Acquis

ACFA : Arythmie Cardiaque par Fibrillation Auriculaire

ACO : Anticoagulant Oral

AINS : Anti-Inflammatoire Non Stéroïdien

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé

ARS : Agence Régionale de Santé

AVC : Accident Vasculaire Cérébral

AVK : AntiVitamine K

CI : Contre-Indication

ClCr : Clairance de la Créatinine

CSP : Code de la Santé Publique

DP : Dossier Pharmaceutique

EP : Entretien Pharmaceutique ; Embolie Pulmonaire

FA : Fibrillation Atriale

FSPF : Fédération des Syndicats Pharmaceutiques de France

HAS : Haute Autorité de Santé

Hb : Hémoglobine

HPST : Hôpital, Patients, Santé et Territoires

IH : Insuffisance Hépatique

INR : International Normalized Ratio

IR : Insuffisance Rénale

LFSS : Loi de Financement de la Sécurité Sociale

M1 : 1 mois après le 1^{er} entretien

M4 : 4 mois après le 1^{er} entretien

MEMS : Medication Event Monitoring System

MTEV : Maladie ThromboEmbolique Veineuse

NA : Non Acquis

NMR : Nouveaux Modes de Rémunération

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PA : Partiellement Acquis

PaPAOD : Amélioration du Parcours de soins hôpital-ville des Patients traités par anticoagulant oral direct –
AOD

Pgp : glycoprotéine P

PS : Professionnel de Santé

PTG : Prothèse Totale de Genou

PTH : Prothèse Totale de Hanche

PUI : Pharmacie à Usage Intérieur

Rosp : Rémunération sur Objectifs de Santé Publique

T2A : Tarification à l'Activité

TVP : Thrombose Veineuse Profonde

Uncam : Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie

UNPF : Union Nationale des Pharmacies de France

USPO : Union des Syndicats de Pharmaciens d'Officine

Annexes

Annexe 1 : Guide d'entretien

Annexe 2 : Fiche d'évaluation des compétences acquises par le patient

Annexe 3 : Questionnaire de satisfaction du patient

Annexe 4 : Compte-rendu d'entretien à destination des médecins du service

Annexe 5 : Fiche « photos » des médicaments d'usage contre-indiqués

Annexe 6 : « Flyer PaPAOD »

Annexe 7 : Lettre d'explication du projet à destination des pharmaciens d'officine



Projet PaPAOD :

Amélioration du **Parcours** de soins
hôpital-ville des **Patients** traités par
anticoagulant oral direct - **AOD**

GUIDE D'ENTRETIEN



Service Pharmacie

Service Cardiologie

Hôpital Pasteur

Entretien AOD

Services concernés I4A 2100 I4B 2103 I4C 2101

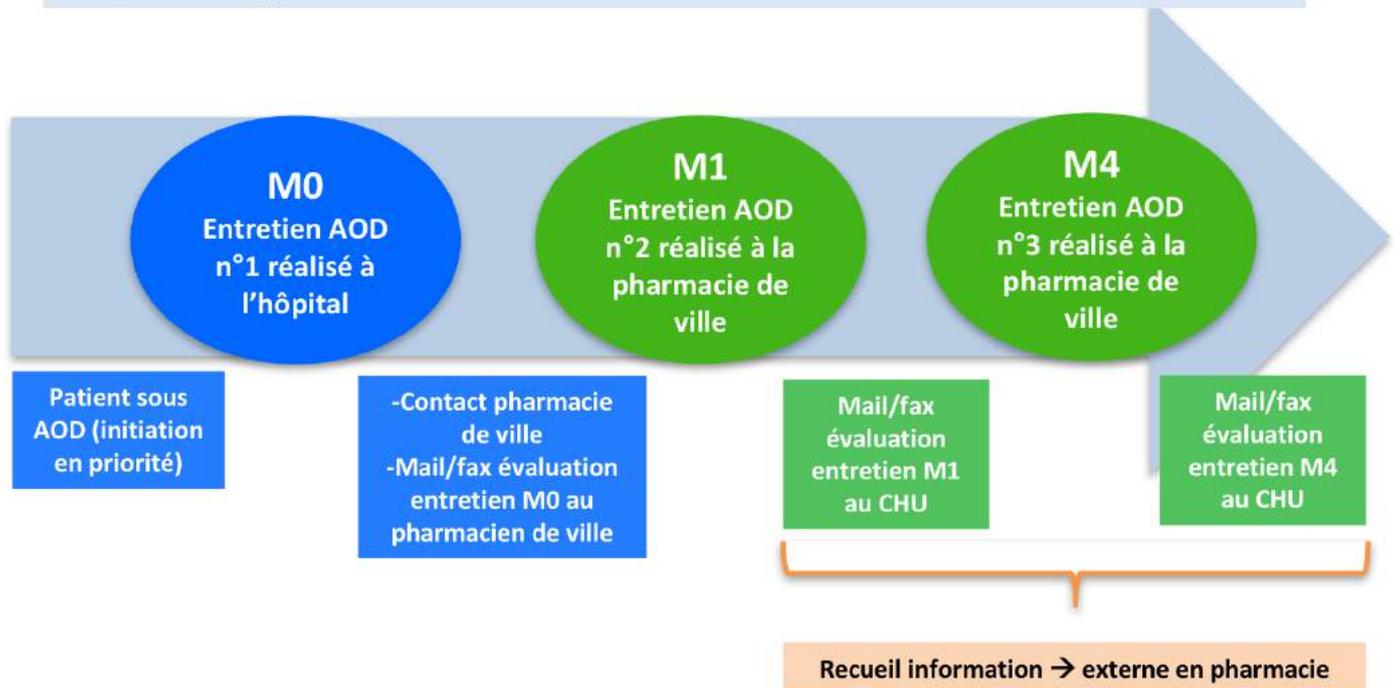
Qui réalise les entretiens? Externe en pharmacie

Critères d'inclusion

Tout patient sous AOD (Initiation en priorité)

Critères de non inclusion

Refus du patient
Patient dément
Langue étrangère



Entretien AOD

Organisation

- Temps dédié: 3h30 (9h – 12h30)
- Screening des patients sous AOD dans le logiciel de prescription Orbis pour les UF 2100, 2103, 2101
- Recherche de renseignements complémentaires sur la prescription des AOD:
 - dans clinicom: indication, initiation ou poursuite
 - auprès des médecins des services concernés (internes...)
- Sélection de 1 à 2 patients (max 3) pour réaliser les entretiens (facteur limitant: temps imparti)
- Réalisation du bilan d'entretien → « fiche de suivi entretien »
- Contact pharmacie pour accord participation au projet
- Envoie par mail ou fax: descriptif du projet, fiche de suivi entretien, fiche PaPAOD patient, guide entretien ameli, fiche de suivi patient ameli
- Saisie informatique dans fichier excel des données recueillies:
 - Patients vus en entretien → fichier « entretien patient »
 - Patients sous AOD non vus en entretiens → fichier « relevé patient sous AOD »

Guide d'entretien - notions générales

Mener l'entretien patient

Débuter le premier entretien par le recueil d'informations générales relatives au patient. Aborder ensuite les notions générales et fondamentales relatives au traitement proprement dit et à son suivi.

Acquisition des informations données au patient

L'appréciation de l'appropriation par le patient des informations essentielles se fait selon 3 niveaux:

-Acquis (A): notion parfaitement intégrée par le patient. Le patient est capable de la restituer avec ses propres termes et de la mettre en pratique

-Partiellement Acquis (PA) : le patient a des connaissances incomplètes ou imprécises

-Non Acquis (NA) : le patient ne sait rien sur le sur le sujet

Recueillir des informations générales concernant le patient

- Nom Prénom
- Age
- Poids
- Nom du produit AOD prescrit
- Autres traitements médicamenteux au long cours
- Autres médicaments/produits consommés par le patient
- Recherche d'activités ou de sport à risque qui sont déconseillés car susceptibles d'entraîner des blessures ou des coupures
- Historique des ACO (AVK + AOD) : date de première prescription (ou ancienneté du traitement), médicaments prescrits, posologies, éventuels incidents ou accidents rapportés au traitement, changements de traitement
- Vérification de l'absence de contre-indications absolues ou relatives (cf. RCP)
- Vérification de la détention d'une carte AOD et, éventuellement, d'un support de suivi – délivrer au patient une carte AOD
- Perception globale par le patient de son traitement par AOD
- Identification des situations nécessitant une assistance (difficultés cognitives, sensorielles)

Informer le patient sur 9 grands thèmes liés à son traitement

1 Principes du traitement

- rôle de l'AOD
- pourquoi le traitement a été prescrit •importance de l'observance •importance de la surveillance
- risques hémorragiques et thrombotiques •posologie prescrite
- horaire d'administration à respecter •que faire en cas d'oubli ?

Le patient doit suivre avec une grande vigilance son traitement par AOD car celui-ci l'expose à deux risques principaux: l'hémorragie liée à un surdosage et la thrombose liée à un sous-dosage.

2 Observance

L'observance du patient à ce type de traitement est particulièrement importante, d'autant plus que l'absence de suivi biologique en routine et **l'apparente facilité d'utilisation** des AOD peut « banaliser » le traitement et se traduire par une moindre observance.

Pour apprécier cette observance, le questionnaire de Morisky constitue un support adapté. Il est reproduit dans la fiche de suivi mise à votre disposition.

Le questionnaire de Morisky est habituellement utilisé pour apprécier et mesurer l'observance médicamenteuse d'un patient. Il est composé de questions simples, auxquelles le patient répond par oui ou par non. Il existe sous forme de 4 à 8 questions. Le questionnaire proposé ici comporte 6 questions. Chaque réponse positive vaut un point. L'observance est appréciée comme suit :

- bonne observance : score = 6
- faible observance: score = 4 ou 5
- non observance : score \leq 3

Que faire en cas d'oubli ? En cas d'oubli d'une prise d'un AOD, en aucun cas la prise suivante ne doit être doublée. La dose oubliée peut être prise jusqu'à la moitié de l'intervalle de temps avant la prise suivante: jusqu'à 6 h après l'oubli pour un médicament en 2 prises par jour, jusqu'à 12h pour un médicament en 1 prise par jour. Rappeler que ces médicaments sont très sensibles à l'oubli d'une prise en raison de leur brève demi-vie plus courte que celle des AVK.

3 Suivi de la fonction rénale et de l'hémoglobine

La fonction rénale doit être surveillée **au moins une fois par an** et plus fréquemment dans certaines situations à risque:

- situations cliniques possiblement associées à une fonction rénale altérée (hypovolémie, déshydratation, diarrhée, associations médicamenteuses);
- patients fragilisés (patients de plus de 75 ans, comorbidités, risque hémorragique élevé, insuffisance rénale).

Attirer l'attention des patients sur les situations sus-décrites. Si nécessaire, une orientation vers le médecin traitant sera envisagée.

Sur le suivi de l'hémoglobine, attirer l'attention des patients sur la nécessité d'effectuer un dosage au moins une fois par an, et plus si besoin en cas d'événements intercurrents.

4 Surveillance de l'apparition de signes évocateurs d'une situation de surdosage ou de sous-dosage

Surveiller les signes cliniques hémorragiques dans tous les cas et en particulier chez les sujets à risque (âge supérieur à 75 ans, insuffisance rénale, poids inférieur à 60 kg, interactions médicamenteuses, pathologies associées à un risque hémorragique).

Surdosage: les principaux signes cliniques hémorragiques :

- Signes banals: saignement des gencives, saignement de nez, hémorragie conjonctivale, règles exceptionnellement abondantes, hématomes.
- Signes plus inquiétants: sang dans les urines, sang dans les selles, selles noires et nauséabondes, crachats sanglants, vomissements sanglants, saignement persistant.
- Signes trompeurs : fatigue, essoufflement, pâleur, céphalées ne cédant pas au traitement antalgique habituel, malaise inexplicé.

Sous-dosage : les principaux signes cliniques évocateurs de thrombose (signes de phlébite, d'embolie pulmonaire, d'AVC)

- Signes cliniques évocateurs de phlébite :
 - œdème (gonflement) unilatéral de la cuisse, de la jambe ou seulement du mollet,
 - douleur unilatérale avec ou sans œdème, notamment au niveau d'un des deux mollets.
- Signes cliniques évocateurs d'embolie pulmonaire : - essoufflement soudain,
 - douleur thoracique,
 - crachat sanglant.
- Signes cliniques évocateurs d'AVC : - violent mal de tête ;
 - déformation de la bouche ;
 - faiblesse d'un côté du corps, bras ou jambe ; - troubles de la parole ou de la vision.

Informez le patient qu'en cas de survenue de signes inquiétants, un avis médical urgent est nécessaire.

5 Interactions médicamenteuses (cf. mémo)

Les médicaments susceptibles d'interagir avec les AOD sont très nombreux.

Il est important de s'assurer que le patient ne s'y expose pas.

La règle consiste à **ne jamais prendre de médicaments qui n'aient pas été prescrits par un médecin ou conseillés par un pharmacien** ni, *a fortiori*, un autre médicament de sa propre initiative. Cette règle s'applique en toutes circonstances, y compris dans des situations très banales, telle que la survenue d'une douleur, d'un rhumatisme ou d'une infection, qui doivent amener à consulter le médecin traitant.

Il n'y a pas de contre-indication formelle spécifique au rivaroxaban ni à l'apixaban.

La liste complète des interactions médicamenteuses contre-indiquées, déconseillées, nécessitant des précautions d'emploi et à prendre en compte, est disponible dans le Thésaurus des interactions médicamenteuses, rubrique anticoagulants oraux, sur le site internet de l'ANSM: ([http://ansm.sante.fr/Dossiers-thematiques/Interactions-medicamenteuses/ Interactions-medicamenteuses/\(offset\)/0](http://ansm.sante.fr/Dossiers-thematiques/Interactions-medicamenteuses/Interactions-medicamenteuses/(offset)/0)).

Par ailleurs, il convient d'être vigilant sur les associations déconseillées, notamment avec les médicaments disponibles en automédication tels que les AINS, qui potentialisent le risque hémorragique.

6 Autre point de vigilance

Un **faible poids** est un facteur de risque de saignement dont il faut tenir compte : poids inférieur à 50 kg pour le dabigatran et poids inférieur à 60 kg pour l'apixaban et le rivaroxaban.

Une vigilance particulière des patients présentant ce profil doit être mise en œuvre. Ils doivent être invités à surveiller leur poids et alerter leur médecin en cas de perte de poids.

7 L'alimentation et les compléments alimentaires

Aucun aliment n'est interdit. Il n'y a pas d'interaction avec l'alimentation. Attirer l'attention du patient sur les compléments alimentaires, les produits de phytothérapie et aromathérapie, notamment ceux contenant du millepertuis: le millepertuis est déconseillé avec le dabigatran et à prendre en compte avec le rivaroxaban et l'apixaban.

Le rivaroxaban 15 mg et 20 mg doit être pris avec des aliments

8 Information des professionnels de santé

Il est important de rappeler au patient la nécessité de signaler qu'il prend un traitement par AOD à tous les professionnels de santé consultés.

Médecin, chirurgien, anesthésiste, dentiste, sage-femme, kinésithérapeute, infirmière, biologiste, pharmacien, podologue...

Le patient doit toujours porter sur lui une carte mentionnant qu'il prend un traitement par AOD.

9 Précaution particulière

Informez le patient que toute **injection intramusculaire** est contre-indiquée lors d'un traitement anticoagulant. Les injections sous-cutanées sont autorisées.

Conclusion

La fin de l'entretien peut être l'occasion d'un temps d'échanges plus informels avec le patient, notamment pour lui proposer de poser des **questions complémentaires**.

Proposer au patient de programmer un rdv avec le pharmacien d'officine après la sortie de l'hôpital.

Eventuellement, prévoir ou inciter le patient à se faire accompagner d'une personne de son choix lors de l'entretien suivant.

Présenter la façon dont va se dérouler la suite de l'accompagnement avec le **pharmacien d'officine: 2 entretiens seront programmés avec celui-ci.**

Faxer le compte rendu d'entretien au pharmacien d'officine.

Principales interactions médicamenteuses avec les AOD

à connaître par le patient

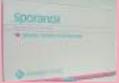
La contre-indication revêt un caractère absolu. Elle ne doit pas être transgressée.

L'association déconseillée doit être le plus souvent évitée, sauf après examen approfondi du rapport bénéfice/risque. Elle impose une surveillance étroite du patient.

➤ rivaroxaban (Xarelto) - apixaban (Eliquis) - dabigatran (Pradaxa)

Substances	Spécialité	Niveau d'interaction / précisions	Risque
Acide acétylsalicylique	Aspirine UPSA  Aspégic Alka-seltzer Antigrippine...	- Doses anti-inflammatoire : $\geq 1\text{g}/\text{prise}$ et/ou $\geq 3\text{g}/\text{j}$ - Doses antalgiques ou antipyrétiques : $\geq 500\text{mg}/\text{prise}$ et/ou $< 3\text{g}/\text{j}$ en cas d'antécédent d'ulcère gastro-duodéal	↑ du risque hémorragique, notamment en cas d'antécédent d'ulcère gastro-duodéal
Anti-inflammatoire non stéroïdien (AINS)	-Ibuprofène : Advil  Nurofen  Spedifen, Spifen, Rhinadvil, Antarene... -Kétoprofène: Profénid... 	Si l'association ne peut être évitée, surveillance clinique étroite, voire biologique	↑ du risque hémorragique de l'anticoagulant oral (agression de la muqueuse gastro-duodéal par les AINS)
AVK	Warfarine : Coumadine  Fluindione : Préviscan  Acenocoumarol : Sintrom		↑ du risque hémorragique

➤ dabigatran (Pradaxa)

Substances	Spécialité	Risque
Kétoconazole Itraconazole	Ketoderm  Sporanox 	↑ de plus du double des concentrations plasmatiques de dabigatran, avec ↑ du risque de saignement



Mai
2016

ANTICOAGULANTS ORAUX DIRECTS – AOD

Interactions médicamenteuses

i après avis de l'ANSM

- La contre-indication** revêt un caractère absolu. Elle ne doit pas être transgressée.
- L'association déconseillée** doit être le plus souvent évitée, sauf après examen approfondi du rapport bénéfice/risque. Elle impose une surveillance étroite du patient.
- La précaution d'emploi** représente le cas le plus fréquent. L'association est possible dès lors que sont respectées, notamment en début de traitement, les recommandations simples permettant d'éviter la survenue de l'interaction (adaptation posologique, renforcement de la surveillance clinique, biologique, ECG, etc...).
- À prendre en considération** désigne la situation où le risque d'interaction médicamenteuse existe. Il correspond le plus souvent à une addition d'effets indésirables. Aucune recommandation pratique ne peut être proposée. Il revient au médecin d'évaluer l'opportunité de l'association.

rivaroxaban (Xarelto®) – apixaban (Eliquis®)

Substances	Niveau d'interaction / recommandation	Risque
Acide acétylsalicylique	<ul style="list-style-type: none"> • Doses anti-inflammatoires : ≥ 1 g par prise et/ou ≥ 3 g par jour • Doses antalgiques ou antipyrétiques : ≥ 500 mg par prise et/ou < 3 g/jour en cas d'antécédent d'ulcère gastro-duodénal 	Majoration du risque hémorragique, notamment en cas d'antécédent d'ulcère gastro-duodénal
Acide acétylsalicylique	<ul style="list-style-type: none"> • Doses antalgiques ou antipyrétiques : ≥ 500 mg par prise et/ou < 3 g/jour en l'absence d'antécédent d'ulcère gastro-duodénal • Doses antiagrégantes : de 50 mg à 375 mg par jour en cas d'antécédent d'ulcère gastro-duodénal. Nécessité d'un contrôle le cas échéant, en particulier du temps de saignement 	Majoration du risque hémorragique, notamment en cas d'antécédent d'ulcère gastro-duodénal
Acide acétylsalicylique	Doses antiagrégantes : de 50 mg à 375 mg par jour	Majoration du risque hémorragique, notamment en cas d'antécédent d'ulcère gastro-duodénal
Antiagrégants plaquettaire		Augmentation du risque hémorragique
Anticonvulsivants inducteurs enzymatiques		Diminution des concentrations plasmatiques du rivaroxaban ou de l'apixaban, avec risque de diminution de l'effet thérapeutique
Antifongiques azolés (kétoconazole, itraconazole, voriconazole, posaconazole)		Inhibiteurs puissants du CYP3A4 : Augmentation des concentrations plasmatiques du rivaroxaban ou de l'apixaban, avec majoration du risque de saignement
Anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS)	Avec la phénybutazone	Augmentation du risque hémorragique de l'anticoagulant oral (agression de la muqueuse gastro-duodénale par les AINS)
Anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS)	Avec les AINS autres que la phénybutazone Si l'association ne peut être évitée, surveillance clinique étroite, voire biologique	Augmentation du risque hémorragique de l'anticoagulant oral (agression de la muqueuse gastro-duodénale par les AINS)
Antivitamines K		Augmentation du risque hémorragique
Défibrotide		Risque hémorragique accru
Gluco-corticoïdes (sauf hydrocortisone)	Lorsque l'association est justifiée, renforcer la surveillance	Voie générale et rectale : Impact éventuel de la corticothérapie sur le métabolisme des facteurs de la coagulation. Risque hémorragique propre à la corticothérapie (muqueuse digestive, fragilité vasculaire) à fortes doses ou en traitement prolongé supérieur à 10 jours
Héparines de bas poids moléculaire et apparentés (doses curatives et/ou sujet âgé)	Renforcer la surveillance clinique et, le cas échéant, biologique	Augmentation du risque hémorragique
Inducteurs du CYP3A4 (rifampicine, phénytoïne, carbamazépine, phénobarbital, millepertuis)	Surveillance étroite des signes et symptômes de thrombose	Diminution des concentrations plasmatiques du rivaroxaban ou de l'apixaban, avec risque de diminution de l'effet thérapeutique
Inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS)	Surveillance clinique. Adaptation éventuelle de la posologie de l'anticoagulant oral pendant la durée de l'association et à son arrêt	Augmentation du risque hémorragique
Inhibiteurs de protéase, plus particulièrement le ritonavir et le neftiravir		Inhibiteurs puissants du CYP3A4 : Augmentation des concentrations plasmatiques du rivaroxaban ou de l'apixaban par l'inhibiteur, avec majoration du risque de saignement
Macrolides (clarithromycine, érythromycine, tétracycline)		Inhibiteurs puissants du CYP3A4 : Augmentation des concentrations plasmatiques du rivaroxaban ou de l'apixaban par l'inhibiteur, avec majoration du risque de saignement
Rifampicine		Diminution des concentrations plasmatiques du rivaroxaban ou de l'apixaban, avec risque de diminution de l'effet thérapeutique



dabigatran (Pradaxa®)

Substances	Niveau d'interaction / recommandation	Risque
Acide acétylsalicylique	• Doses anti-inflammatoires : ≥ 1g par prise et/ou ≥ 3g par jour Doses antiagiques ou antipyrétiques : ≥ 500 mg par prise et/ou < 3 g/jour en cas d'antécédent d'ulcère gastro-duodénal	Majoration du risque hémorragique, notamment en cas d'antécédent d'ulcère gastro-duodénal
Acide acétylsalicylique	• Doses antiagiques ou antipyrétiques : ≥ 500 mg par prise et/ou < 3 g/jour en l'absence d'antécédent d'ulcère gastro-duodénal • Doses antiagrégantes : de 50 mg à 375 mg par jour en cas d'antécédent d'ulcère gastro-duodénal. Nécessité d'un contrôle le cas échéant, en particulier du temps de saignement	Majoration du risque hémorragique, notamment en cas d'antécédent d'ulcère gastro-duodénal
Acide acétylsalicylique	Doses antiagrégantes : de 50 mg à 375 mg par jour	Majoration du risque hémorragique, notamment en cas d'antécédent d'ulcère gastro-duodénal
Amiodarone	Dans l'indication post-chirurgicale : surveillance clinique et adaptation de la posologie du dabigatran si nécessaire, sans excéder 150 mg/jour	Augmentation des concentrations plasmatiques de dabigatran, avec majoration du risque de saignement
Antiagrégants plaquettaires		Augmentation du risque hémorragique
Anticonvulsivants inducteurs enzymatiques		Diminution des concentrations plasmatiques de dabigatran, avec risque de diminution de l'effet thérapeutique
Anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS)	Avec la phénybutazone	Augmentation du risque hémorragique de l'anticoagulant oral (agression de la muqueuse gastro-duodénale par les AINS)
Anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS)	Avec les AINS autres que la phénybutazone Si l'association ne peut être évitée, surveillance clinique étroite, voire biologique	Augmentation du risque hémorragique de l'anticoagulant oral (agression de la muqueuse gastro-duodénale par les AINS)
Antivitamines K		Augmentation du risque hémorragique
Ciclosporine		Augmentation de plus ou double des concentrations plasmatiques de dabigatran, avec majoration du risque de saignement
Clarithromycine	Une surveillance clinique étroite doit être effectuée, en particulier en cas d'apparition de saignements, notamment chez les patients ayant une insuffisance rénale chronique légère ou modérée	Augmentation de la concentration plasmatique de dabigatran, avec majoration du risque de saignement
Déflibrotide		Risque hémorragique accru
Dronédarone		Doublement des concentrations plasmatiques de dabigatran, avec majoration du risque de saignement
Glucocorticoïdes (sauf hydrocortisone)	Lorsque l'association est justifiée, renforcer la surveillance	Vole générale et rectale : impact éventuel de la corticothérapie sur le métabolisme des facteurs de la coagulation. Risque hémorragique propre à la corticothérapie (muqueuse digestive, fragilité vasculaire) à fortes doses ou en traitement prolongé supérieur à 10 jours
Héparines de bas poids moléculaire et apparentés (doses curatives et/ou sujet âgé)	Renforcer la surveillance clinique et, le cas échéant, biologique	Augmentation du risque hémorragique
Inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS), et de la noradrénaline (IRSNA)	Surveillance clinique Adaptation éventuelle de la posologie de l'anticoagulant oral pendant la durée de l'association et à son arrêt	Augmentation du risque hémorragique
Itraconazole Ketoconazole		Augmentation de plus ou double des concentrations plasmatiques de dabigatran, avec majoration du risque de saignement
Millepertuis (Hypericum perforatum)		Diminution des concentrations plasmatiques de dabigatran, avec risque de diminution de l'effet thérapeutique
Posaconazole		Augmentation des concentrations plasmatiques de dabigatran, avec majoration du risque de saignement
Quinidine	Dans l'indication post-chirurgicale : surveillance clinique et adaptation de la posologie du dabigatran à 150 mg/j en une prise	Augmentation de la concentration plasmatique de dabigatran, avec majoration du risque de saignement
Ritampicine		Diminution des concentrations plasmatiques de dabigatran, avec risque de diminution de l'effet thérapeutique
Tacrolimus		Augmentation de plus ou double des concentrations plasmatiques de dabigatran, avec majoration du risque de saignement
Ticagrelor		Augmentation des concentrations plasmatiques de dabigatran, avec majoration du risque de saignement
Vérapamil	Dans l'indication post-chirurgicale : surveillance clinique et adaptation de la posologie du dabigatran à 150 mg/j en une prise, voire 75 mg/j en cas d'insuffisance rénale modérée Dans l'indication fibrillation auriculaire : surveillance clinique et adaptation de la posologie du dabigatran à 220 mg/j en deux prises	Augmentation des concentrations plasmatiques de dabigatran, avec majoration du risque de saignement

Cremis / DB - Studio Clinique Mai 2015

Pour en savoir plus

- Thésaurus : référentiel national des interactions médicamenteuses (24/06/2015), disponible sur www.ansm.sante.fr
- Résumé des Caractéristiques du Produit (RCP) de Pradaxa®, Xarelto® et Eliquis®, disponibles sur www.ema.europa.eu

Annexe 2 : Fiche d'évaluation des compétences acquises par le patient



Projet PaPAOD :

Amélioration du **parcours** de soins hôpital-ville des **patients** traités par anticoagulant oral direct - **AOD**

Fiche Suivi Entretien

NOM Prénom	
Date de naissance	
Adresse	
Téléphone	
Pharmacie d'officine	
Adresse	
Téléphone	
Fax	
Courriel	
Accord téléphonique pour poursuivre les entretiens	
Date de l'entretien n°1	
Réalisé par	
Transmis par fax à la pharmacie le:	
Durée entretien	

Service Pharmacie

Service Cardiologie

Hôpital Pasteur

CHU de Nice

Fiche Suivi Entretien

1- Informations générales



	Entretien 1
Poids au moment de l'entretien Le patient a-t-il maigri récemment ?	
Nom de l'AOD prescrit	
Nom et spécialité du prescripteur	
Autres médicaments prescrits	
Autres médicaments/compléments alimentaires consommés par le patient	
Habitudes de vie pouvant interférer avec le traitement par AOD notamment activités ou sport à risque	
Historique de la prescription des ACO	
Difficultés motrices/cognitives/sensorielles	
Vérification de l'absence de contre-indication au TT	
Le patient a-t-il un carnet de suivi et/ou une carte AOD?	
Demander au patient comment il vit globalement son traitement	

Fiche AOD donnée au patient:	OUI	NON
-------------------------------------	------------	------------

Commentaires:

Fiche Suivi Entretien

2- Notions générales sur les AOD

Principes du traitement

	Entretien 1
1. Le patient sait-il à quoi sert [Pradaxa® / Xarelto® / Eliquis®] ?	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> NA
2. Le patient sait-il pourquoi [Pradaxa® / Xarelto® / Eliquis®] lui a été prescrit ? Si oui, est-il capable de restituer en termes simples l'indication thérapeutique ?	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> NA
3. Le patient sait-il si ce médicament comporte certains risques ? ▶ Si oui, le patient les connaît-il ?	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> NA
4. Le patient connaît-il la dose prescrite par son médecin ? ▶ Si oui, la respecte-t-il ?	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> NA
5. Le patient sait-il quand prendre ce médicament et qu'il faut le prendre tous les jours à la même heure ?	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> NA
Pour le Xarelto® 15 mg et 20 mg, le patient sait-il qu'il doit être pris avec des aliments ?	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> NA

Commentaires:

3- Importance de l'observance

	Entretien 1
6. Le patient sait-il qu'il est important d'être observant ?	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> NA
7. Questionnaire de Morisky (voir modèle en annexe) : score	<input type="checkbox"/> =6 <input type="checkbox"/> = 4 ou 5 <input type="checkbox"/> ≤ 3
8. Le patient connaît-il les risques en cas d'oubli ?	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> NA
9. Le patient sait-il quoi faire en cas d'oubli ? ▶ Si oui, explicitez.	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> NA

Questionnaire de Morisky

	OUI	NON
1 Ce matin, avez-vous oublié de prendre votre médicament ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Depuis la dernière consultation, avez-vous été en panne de médicament ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Vous est-il arrivé de prendre votre traitement avec retard par rapport à l'heure habituelle ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Vous est-il arrivé de ne pas prendre votre traitement parce que, certains jours, votre mémoire vous fait défaut ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Vous est-il arrivé de ne pas prendre votre traitement parce que, certains jours, vous avez l'impression que votre traitement vous fait plus de mal que de bien ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Pensez-vous que vous avez trop de comprimés à prendre ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Compter un point par réponse notée « non » :

- bonne observance : score = 6
- faible observance : score 4 ou 5
- non-observance : score < = 3

Source : Girerd X, Hanon O, Anagnostopoulos K. Évaluation de l'observance du traitement anti-hypertenseur par un questionnaire : mise au point et utilisation dans un service spécialisé. Presse médicale. 2001 ; 30 : 1044-48.

4- Importance du suivi de la fonction rénale et de l'hémoglobine

	Entretien 1
10. Le patient sait-il que la fonction rénale (cl creat évaluée par la méthode de Cockcroft) doit être surveillée au moins une fois par an ?	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> NA
11. Le patient connaît-il les situations cliniques possiblement associées à une fonction rénale altérée ? ▶ Si oui, explicitez	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> NA
12. Le patient sait-il s'il est fragilisé ? ▶ Si oui, pourquoi	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> NA
13. Le patient sait-il qu'il doit boire régulièrement, sans attendre d'avoir soif, notamment l'été, en cas de chaleur ou en cas de diarrhée ?	
14. Le patient sait-il que le taux d'hémoglobine doit être surveillé au moins une fois par an ?	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> NA

Commentaires:

Fiche Suivi Entretien

5- Surveillance de l'apparition des signes évocateurs d'une dose trop élevée

	Entretien 1
15. Le patient connaît-il les signes évocateurs d'un surdosage et la conduite à tenir ? - signes inquiétants : sang dans les urines, sang dans les selles, selles noires et nauséabondes, crachats sanglants, vomissements sanglants, épistaxis, saignement persistant ; - signes trompeurs : fatigue, essoufflement, pâleur, céphalées ne cédant pas au traitement antalgique habituel, malaise inexplicé ; - signes banals : saignement des gencives, saignement de nez, hémorragie conjonctivale, règles exceptionnellement abondantes, hématomes.	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> NA
16. Lui est-il déjà arrivé de ressentir certains de ces signes ? <input checked="" type="radio"/> Si oui, qu'a-t-il fait ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

6- Les autres médicaments

17. Hormis ce traitement, le patient prend-il d'autres médicaments ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
18. Le patient connaît-il les médicaments qui sont contre-indiqués avec son traitement ? <input checked="" type="radio"/> Si oui, peut-il citer des médicaments d'usage courant contre-indiqués avec son traitement ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
19. Arrive-t-il au patient de prendre, sans avis médical ou conseil pharmaceutique, d'autres médicaments qu'il a par exemple dans son armoire à pharmacie ? <input checked="" type="radio"/> Si oui, lesquels ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

Commentaires:

Fiche Suivi Entretien

7- Vie Quotidienne et Alimentation

	Entretien 1
20. Le patient connaît-il son poids ? Si poids < 60 kg (< 50 kg pour Pradaxa®), sait-il qu'il doit le surveiller régulièrement et alerter son médecin en cas de perte de poids ?	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> NA
21. Le patient connaît-il les précautions à prendre pour minimiser le risque hémorragique dans la vie quotidienne (prévention des chocs et blessures lors d'activités sportives ou de loisirs) ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Peut-il en citer trois ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
22. Le patient sait-il qu'il ne doit pas prendre de compléments alimentaires, de produits de phytothérapie ni d'aromathérapie sans en parler à son médecin ou son pharmacien ?	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> NA

8- Les professionnels de santé

	Entretien 1
23. En-dehors de son médecin ou de son pharmacien, quels autres professionnels de santé le patient rencontre-t-il ?
24. Le patient leur présente-t-il la carte « je prends un traitement anticoagulant par AOD » qui lui a été remise ? Vérifier.	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
25. Le patient sait-il qu'il doit tenir informé son médecin traitant de toute intervention médicale, même bénigne (extraction dentaire, petite chirurgie, etc.) ou d'un changement de situation (par exemple grossesse) ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

Commentaires:

Fiche Suivi Entretien

9- Conclusion pour le patient

	Entretien 1
26. Le patient a-t-il des questions ? ▶ Si oui, lesquelles ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

10- Synthèse de l'entretien

	Entretien 1
27. Petite synthèse de l'entretien et durée approximative	
28. Appréciation du pharmacien sur le niveau d'information du patient	
29. Principaux points sur lesquels il faudra revenir en priorité lors de l'entretien suivant	
30. Prévoir la présence d'un accompagnant pour l'entretien suivant	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

Commentaires:



Questionnaire de satisfaction du patient

- Qu'avez-vous pensé de cet entretien ?
 Satisfaisant Moyen Non satisfaisant
  
- Cet entretien vous a t-il paru utile ?
 Beaucoup Un peu Pas du tout
- Avez-vous l'impression de mieux connaître votre traitement après cet entretien ?
 Beaucoup Un peu Pas du tout
- Votre pharmacien de ville vous a t-il déjà proposé un entretien ?
 Oui Non
- Avez-vous envie de continuer ces entretiens en officine ?
 Oui Non
- Si vous deviez donner un mot pour qualifier/définir cet entretien, quel serait ce mot ?
.....

Annexe 4 : Compte-rendu d'entretien à destination des médecins du service



Compte rendu d'entretien AOD

Votre patient M a été vu, le / / par Morgane Laurent, externe en pharmacie, pour un entretien sur son traitement AOD :

Les points suivants ont été abordés lors de l'entretien pharmaceutique :

- Notions générales (à quoi sert l'AOD, pourquoi a-t-il été prescrit, quand le prendre et à quelle dose)
- Observance (questionnaire Morisky)
- Oubli (risque et conduite à tenir)
- Suivi de la fonction rénale et de l'hémoglobine
- Effets indésirables (saignement et conduite à tenir)
- Contre-indications médicamenteuses (médicaments d'usage : aspirine à dose antalgique, anti-inflammatoire, antipyrétique, AINS)
- Vie quotidienne (minimiser le risque hémorragique, signaler toute perte ou prise de poids...)
- Compléments alimentaires et alimentation (millepertuis)
- Carte « je prend un traitement anticoagulant par AOD »
- Informer les professionnels de santé

A : Acquis

PA : Partiellement acquis

NA : Non acquis

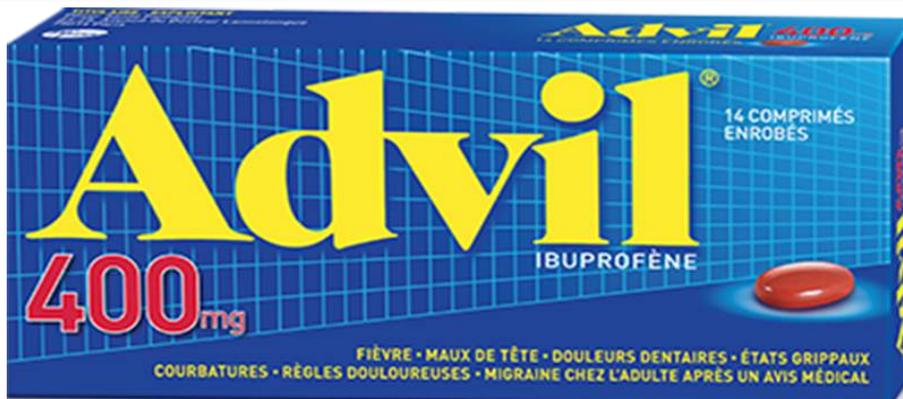
Durée approximative de l'entretien : minutes

Synthèse de l'entretien :

Fait le : / /

Signature :

Annexe 5 : Fiche « photos » des médicaments d'usage contre-indiqués



Annexe 6 : « Flyer PaPAOD »



Contact pharmacie
Hôpital Pasteur - CHU de Nice

Tel : 04 92 03 77 26



Cachet du pharmacien de ville



Amélioration du **parcours** de soins
hôpital-ville des **patients** traités par
anticoagulant oral direct - **AOD**



Anticoagulant oral direct (Pradaxa, Xarelto, Eliquis)

Votre **cardiologue** vous a prescrit un traitement par **anticoagulant oral direct** (Pradaxa, Xarelto, Eliquis).

Ce traitement nécessite une **vigilance particulière** pour prévenir les risques d'interaction avec d'autres médicaments ainsi que des effets indésirables.

De ce fait, en plus du premier entretien dans le Service de Cardiologie du CHU de Nice, nous vous proposons de bénéficier d'un **accompagnement personnalisé** de votre pharmacien de ville.



Concrètement, ce que nous vous proposons, dans le cadre du suivi de votre traitement par anticoagulant oral direct :

- **Un entretien** lors de la mise en place du traitement, au cours de votre **hospitalisation**.
- **Deux entretiens** avec votre pharmacien de **ville** (à 1 mois et à 4 mois) pour vous apporter les informations et les conseils essentiels :
- ❖ A quoi sert le traitement et comment bien le suivre
- ❖ Quels sont les médicaments à éviter
- ❖ Des conseils pour la vie quotidienne

Un dispositif d'**accompagnement...**

..personnalisé : votre pharmacien vous suit individuellement pour des entretiens enrichissants.

..confidentiel : à l'hôpital ou en ville vous serez reçu dans un espace de confidentialité.

..libre : vous êtes libre de choisir **CONFIDENTIEL** pharmacien que vous désirez ainsi que de ne plus participer à ce programme à tout moment.

..et gratuit : vous n'avez rien à payer ! 

Annexe 7 : Lettre d'explication du projet à destination des pharmaciens d'officine



PaPAOD :

AMELIORATION DU PARCOURS HÔPITAL/VILLE DES PATIENTS SOUS ANTICOAGULANTS ORAUX DIRECTS

Cher confrère, Chère consœur,

Votre patient M..... vient d'être inclus dans le projet PaPAOD au sein du service de Cardiologie du CHU de Nice.

Ils bénéficient d'un traitement par anticoagulant oral direct :

Il vous a désigné comme son pharmacien référent pour ce programme.

Comme vous le savez, depuis le mois de juillet 2016, les AOD font l'objet d'un accompagnement par le pharmacien de ville comme les AVK. Pour diverses raisons, ces entretiens pharmaceutiques sont encore trop peu nombreux. Composante indispensable de la nouvelle orientation de notre métier de pharmacien d'officine, cet accompagnement est une véritable opportunité pour sécuriser la prise du médicament pour le patient.

Suite à un appel à projets des laboratoires Boeringer Ingelheim, le projet **PaPAOD** porté par le service de Cardiologie du Pr Gibelin au CHU de Nice a été lauréat. Il a pour objectif de mesurer l'impact d'une sensibilisation et d'un premier entretien dans le service hospitalier lors de l'instauration du traitement sur la suite de l'accompagnement en ville ; c'est-à-dire la réalisation des 2 entretiens pharmaceutiques et la mesure de la satisfaction du patient et du pharmacien.

Concrètement, si vous êtes volontaire pour faire partie du projet,

1. vous allez recevoir par fax ou par mail le bilan du premier entretien réalisé au lit du patient.
2. lors de la venue de votre patient à l'officine, vous prendrez rendez-vous pour les deux entretiens pharmaceutiques à 1 mois de la mise sous traitement puis à 4 mois.
3. la réalisation des entretiens pharmaceutiques s'effectue dans le cadre de l'avenant n°8 de la convention nationale que vous trouverez sur le site AMELI (<http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/pharmaciens/votre-convention/convention-nationale-titulaires-d-officine/avenant-n-8-a-la-convention-nationale.php>)
4. à la suite de l'entretien pharmaceutique, vous faxerez chaque bilan au référent du projet Mme Katia MULLER par fax au 04 92 03 63 75 ou de préférence par mail muller.k@chu-nice.fr.

Les inclusions auront lieu à l'hôpital du 14 mars au 14 juillet 2017. Les entretiens pharmaceutiques en officine de ville auront lieu du 15 avril au 15 novembre 2017 environ. Le bilan de ce projet sera établi début 2018 et nous ne manquerons pas de vous le faire parvenir.

Le pharmacien référent du projet pourra vous contacter pour faire le point sur l'avancement du projet. L'équipe de projet se tient à votre disposition pour tout renseignement complémentaire.

Bien confraternellement,

Valérie AUGUSTE, Pharmacien d'officine,

04 93 85 68 09

Katia MULLER, Pharmacien

Remy Collomp, Chef de Pôle,

Service Pharmacie, CHU de Nice

04 92 03 77 26

Pr Pierre GIBELIN

Chef de Service

Service Cardiologie, Hôpital Pasteur

04 92 03 85 30

Références bibliographiques

1. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires - Article 38 | Legifrance [Internet]. [cité 8 nov 2018]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2009/7/21/2009-879/jo/article_38
2. Convention des pharmaciens titulaires d'officine journal officiel.pdf [Internet]. [cité 4 oct 2018]. Disponible sur: https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/5319/document/convention-pharmaciens-titulaires-officine_journal-officiel.pdf
3. Chamati W. Entretien pharmaceutique en oncologie : formation de l'équipe officinale et éducation du patient [Internet] [exercice]. Université Toulouse III - Paul Sabatier; 2015 [cité 21 août 2018]. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/1148/>
4. Plan 2007-2011.pdf [Internet]. [cité 21 août 2018]. Disponible sur: http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan2007_2011.pdf
5. Evènements marquants ETP Mars2015.pdf [Internet]. [cité 21 août 2018]. Disponible sur: http://educther.com/pdf/Evenements_marquants_ETP_Mars2015.pdf
6. OMS | L'observance des traitements prescrits pour les maladies chroniques pose problème dans le monde entier [Internet]. [cité 21 août 2018]. Disponible sur: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2003/pr54/fr/>
7. Peut-on favoriser et évaluer l'observance thérapeutique.pdf [Internet]. [cité 9 nov 2018]. Disponible sur: http://www.jle.com/download/hpg-282386-peut_on_favoriser_et_evaluer_lobservance_therapeutique_--W@Vm3n8AAQEAAAGliy0YAAAAH-a.pdf
8. Haynes RB, Taylor DW, Sackett DL. Compliance in health care. Baltimore: John Hopkins University Press; 1979.
9. Scheen A.J, Giet D. Non-observance thérapeutique : causes, conséquences, solutions [Internet]. [cité 21 août 2018]. Disponible sur: https://orbi.uliege.be/bitstream/2268/70194/1/20100506_03.pdf
10. Importance de l'observance thérapeutique dans les maladies chroniques. Etude originale conduite dans la spondylarthrite ankylosante [Internet]. [cité 21 août 2018]. Disponible sur: <http://pepite-depot.univ-lille2.fr/nuxeo/site/esupversions/ed6ee592-1aed-4fe0-a6ac-7df9fec099e4>
11. Stone G. Patient compliance and the role of expert. In: Journal of Human Stress. 1979.
12. Adherence to longterm therapies [Internet]. [cité 10 nov 2018]. Disponible sur: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42682/9241545992.pdf;jsessionid=91997F474370E8693310FD9EAF076150?sequence=1>
13. Grenier B, Bourdillon F, Gagnayre R. Le développement de l'éducation thérapeutique en France : politiques publiques et offres de soins actuelles, Summary. Santé Publique. 2007;19(4):283- 92.
14. Meichenbaum D, Turk DC. Factors affecting adherence. In: Facilitating treatment adherence. Plenum press. New York and London;
15. Reach G. Clinique de l'observance : l'exemple des diabètes. John Libbey Eurotext. Paris; 2006. 188 p.

16. Moen J, Bohm A, Tillenius T, Antonov K, Nilsson JLG, Ring L. « I don't know how many of these [medicines] are necessary. » - a focus group study among elderly users of multiple medicines. *Patient Educ Couns.* févr 2009;74(2):135- 41.
17. Observance thérapeutique en gériatrie [Internet]. [cité 9 nov 2018]. Disponible sur: [https://orbi.uliege.be/bitstream/2268/75791/1/12.%20PETERMANS%20Geriat%20\(6\).pdf](https://orbi.uliege.be/bitstream/2268/75791/1/12.%20PETERMANS%20Geriat%20(6).pdf)
18. Scheen A.J, Giet D. Non-observance thérapeutique : causes, conséquences, solutions [Internet]. [cité 9 nov 2018]. Disponible sur: https://orbi.uliege.be/bitstream/2268/70194/1/20100506_03.pdf
19. Portsmouth SD, Osorio J, McCormick K, Gazzard BG, Moyle GJ. Better maintained adherence on switching from twice-daily to once-daily therapy for HIV: a 24-week randomized trial of treatment simplification using stavudine prolonged-release capsules. *HIV Med.* mai 2005;6(3):185- 90.
20. Brown VB, Melchior LA, Reback C, Huba GJ. Psychological functioning and substance abuse before and after the 1992 Los Angeles riot in a community sample of women. *J Psychoactive Drugs.* déc 1994;26(4):431- 7.
21. Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Med Care.* janv 1986;24(1):67- 74.
22. Simoni JM, Kurth AE, Pearson CR, Pantalone DW, Merrill JO, Frick PA. Self-report measures of antiretroviral therapy adherence: A review with recommendations for HIV research and clinical management. *AIDS Behav.* mai 2006;10(3):227- 45.
23. Girerd X, Radauceanu A, Achard JM, Fourcade J, Tournier B, Brillet G, et al. [Evaluation of patient compliance among hypertensive patients treated by specialists]. *Arch Mal Coeur Vaiss.* août 2001;94(8):839- 42.
24. Liu H, Golin CE, Miller LG, Hays RD, Beck CK, Sanandaji S, et al. A comparison study of multiple measures of adherence to HIV protease inhibitors. *Ann Intern Med.* 15 mai 2001;134(10):968- 77.
25. Brunn M, Chevreur K. Prise en charge des patients atteints de maladies chroniques. Concepts, évaluations et enseignements internationaux, Care for patients with chronic illness – concepts, assessment and foreign experiences. *Santé Publique.* 4 avr 2013;25(1):87- 94.
26. Haute Autorité de Santé - Education thérapeutique du patient (ETP) [Internet]. [cité 8 nov 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/r_1496895/fr/education-therapeutique-du-patient-etp
27. LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. 2002-303 mars 4, 2002.
28. Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie.
29. Circulaire DHOS/F/ATIH no 2008-228 du 18 juillet 2008 relative au démarrage de la campagne de contrôle T2A 2008, et au bilan de la campagne de contrôle 2007 [Internet]. [cité 8 nov 2018]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2008/08-11/ste_20080011_0100_0074.pdf
30. ETP définition-finalités-recommandations juin 2007.pdf [Internet]. [cité 8 nov 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/etp_-_definition_finalites_-_recommandations_juin_2007.pdf

31. Haute Autorité de Santé - Education thérapeutique du patient (ETP) [Internet]. [cité 8 nov 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1241714/fr/education-therapeutique-du-patient-etp
32. Rapport thérapeutique du patient.pdf [Internet]. [cité 8 nov 2018]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_therapeutique_du_patient.pdf
33. Vademecum loi HPST.pdf [Internet]. [cité 8 nov 2018]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/vademecum_loi_HPST.pdf
34. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. 2009-879 juillet, 2009.
35. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires - Article 84 | Legifrance [Internet]. [cité 16 nov 2018]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2009/7/21/2009-879/jo/article_84
36. Simon D, Traynard P-Y, Bourdillon F, Gagnayre R, Grimaldi A. Education thérapeutique: Prévention et maladies chroniques. Elsevier Health Sciences; 2013. 400 p.
37. Fondements de l'éducation thérapeutique 2011.pdf [Internet]. [cité 21 août 2018]. Disponible sur: <http://www.chups.jussieu.fr/polys/dus/dusmedecinedusport/dupromotionsportetsante2011/FondementsdeleducationtherapeutiqueuRBRESSON2011.pdf>
38. ETP définition-finalités-recommandations juin 2007.pdf [Internet]. [cité 16 nov 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/etp_-_definition_finalites_-_recommandations_juin_2007.pdf
39. Arrêté du 31 mai 2013 modifiant l'arrêté du 2 août 2010 relatif aux compétences requises pour dispenser l'éducation thérapeutique du patient.
40. ETP-comment la proposer et la réaliser-recommandations juin 2007.pdf [Internet]. [cité 16 nov 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/etp_-_comment_la_proposer_et_la_realiser_-_recommandations_juin_2007.pdf
41. Questions réponses vvd.pdf [Internet]. [cité 16 nov 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/questions_reponses_vvd_.pdf
42. Décret n° 2010-904 du 2 août 2010 relatif aux conditions d'autorisation des programmes d'éducation thérapeutique du patient | Legifrance [Internet]. [cité 16 nov 2018]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2010/8/2/SASP1007571D/jo/texte>
43. Evaluation annuelle maj juin 2014.pdf [Internet]. [cité 16 nov 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-06/evaluation_annuelle_maj_juin_2014.pdf
44. Evaluation quadriennale v2 2014-06-17_16-38-45_49.pdf [Internet]. [cité 16 nov 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-06/evaluation_quadriennale_v2_2014-06-17_16-38-45_49.pdf
45. IR-Financer-ETP-20081.pdf [Internet]. [cité 16 nov 2018]. Disponible sur: <http://splf.fr/wp-content/uploads/2014/12/IR-Financer-ETP-20081.pdf>
46. LettreHPST.pdf [Internet]. [cité 8 nov 2018]. Disponible sur: <https://formetpharm.com/static/img/pdf/LettreHPST.pdf>

47. Place du pharmacien d'officine dans l'éducation thérapeutique du patient diabétique - ScienceDirect [Internet]. [cité 21 août 2018]. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1957255712704509>
48. Lecointre R, Combe C, Veyre MC. Instauration d'un relais pharmaceutique hôpital-ville : application aux patients sous anticoagulants oraux. *J Pharm Clin*. 1 sept 2008;27(3):172- 80.
49. Developing pharmacy practice [Internet]. [cité 9 nov 2018]. Disponible sur: <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s14094e/s14094e.pdf>
50. avenant 1 convention pharmaciens journal officiel.pdf [Internet]. [cité 4 oct 2018]. Disponible sur: https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/5276/document/avenant-1-convention-pharmaciens_journal-officiel.pdf
51. Dr Lotfi Boudali. Les anticoagulants bénéfiques cliniques et risques iatrogéniques [Internet]. 2013. Disponible sur: file:///C:/Users/LAUREN~1/AppData/Local/Temp/présentation%20benefices-risques_iatrogenie_CP%2027nov2013.pdf
52. avenants 3-4-5 convention pharmaciens journal officiel.pdf [Internet]. [cité 4 oct 2018]. Disponible sur: https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/5303/document/avenants-3-4-5-convention-pharmaciens_journal-officiel.pdf
53. Avenants [Internet]. [cité 16 nov 2018]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/pharmacien/textes-reference/textes-conventionnels/avenants>
54. Loi HPST : Les entretiens pharmaceutiques et leur mise en place en Midi-Pyrénées [Internet]. [cité 21 août 2018]. Disponible sur: http://thesesante.ups-tlse.fr/388/1/Th%C3%A8s_2014TOU32012.pdf
55. avenants 8-9 convention journal officiel.pdf [Internet]. [cité 4 oct 2018]. Disponible sur: https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/5304/document/avenants-8-9-convention_journal-officiel.pdf
56. 2016-11-21 avenant 8.pdf [Internet]. [cité 16 sept 2018]. Disponible sur: http://www.cpm21.fr/EnDirectPS/Pharma/2016/2016-11-21_avenant_8.pdf
57. Journal officiel de la république française ndeg_293_du_16_decembre_2017.pdf [Internet]. [cité 16 nov 2018]. Disponible sur: https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/372712/document/journal_officiel_de_la_republique_francaise_-_ndeg_293_du_16_decembre_2017.pdf
58. 2017-07-25 Avenant-convention explications.pdf [Internet]. [cité 16 sept 2018]. Disponible sur: <https://www.uspo.fr/wp-content/uploads/2017/07/2017-07-25-Avenant-convention-explications.pdf>
59. Rapport ANSM. Les anticoagulants en France en 2014 : état des lieux, synthèse et surveillance. [Internet]. 2014 juillet. Disponible sur: <http://ansm.sante.fr>
60. Les nouveaux anticoagulants oraux (Pradaxa, Xarelto, Eliquis) : Des médicaments sous surveillance renforcée - Point d'information - Actualisé le 09/10/2013 - ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé [Internet]. [cité 21 août 2018]. Disponible sur: <https://ansm.sante.fr/S-informer/Points-d-information-Points-d-information/Les-nouveaux-anticoagulants-oraux-Pradaxa-Xarelto-Eliquis-Des-medicaments-sous-surveillance-renforcee-Point-d-information-Actualise-le-09-10-2013>
61. Faure S, Buxeraud J. Les anticoagulants oraux directs ou AOD. *Actual Pharm*. 1 déc 2014;53(541, Supplement):1- 10.

62. VIDAL - Rivaroxaban [Internet]. [cité 16 nov 2018]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/substances/23054/rivaroxaban/>
63. VIDAL - Apixaban [Internet]. [cité 16 nov 2018]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/substances/23409/apixaban/>
64. VIDAL - Dabigatran étexilate [Internet]. [cité 16 nov 2018]. Disponible sur: https://www.vidal.fr/substances/23002/dabigatran_etexilate/
65. ANSM. Thesaurus des interactions médicamenteuses.pdf [Internet]. [cité 16 nov 2018]. Disponible sur: https://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/de444ea9eb4bc084905c917c902a805f.pdf
66. pradaxa-epar-product-information_fr.pdf [Internet]. [cité 16 nov 2018]. Disponible sur: https://www.ema.europa.eu/documents/product-information/pradaxa-epar-product-information_fr.pdf
67. Prévenir les erreurs liées aux médicaments Anticoagulants Oraux Directs - « Never Events AOD » - Risques iatrogènes associés aux AOD [Internet]. [cité 21 août 2018]. Disponible sur: http://www.omedit-centre.fr/NeverEventAOD_web_gen_web/co/Risques_iatrogenes_majeurs_associes_aux_AOD.html
68. Entretiens pharmaceutiques à l'officine [Internet]. [cité 9 nov 2018]. Disponible sur: <http://sfpc.eu/fr/item1/finish/34-documents-sfpc-public/1698-sfpc-17-entretiens-pharmaceutiques-f-camaioni/0.html>
69. Éducation thérapeutique en soins primaires : Mise en oeuvre d'une stratégie de proximité dans un bassin de santé [Internet]. [cité 21 août 2018]. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/569/1/2014TOU31094.pdf>
70. Bouti I, Honoré S. Le développement de l'éducation thérapeutique du patient en officine. 2017.
71. Non observance : mieux la comprendre pour mieux y remédier [Internet]. [cité 16 nov 2018]. Disponible sur: http://docnum.univ-lorraine.fr/public/BUMED_MINF_2014_BELLOT_FANNY.pdf
72. Qu'est-ce que le DP ? - Le Dossier Pharmaceutique - Ordre National des Pharmaciens [Internet]. [cité 16 sept 2018]. Disponible sur: <http://www.ordre.pharmacien.fr/Le-Dossier-Pharmaceutique/Qu-est-ce-que-le-DP>
73. DGOS_Michel.C. Les maisons de santé [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2015 [cité 16 sept 2018]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/structures-de-soins/article/les-maisons-de-sante-300889>
74. Maisons de santé pluriprofessionnelles | CGET [Internet]. [cité 16 sept 2018]. Disponible sur: <http://www.cget.gouv.fr/taxonomy/term/5133>
75. Ville - hôpital : des pistes pour renforcer les liens - Fédération Hospitalière de France (FHF) [Internet]. [cité 16 sept 2018]. Disponible sur: <https://www.fhf.fr/Presse-Communication/Espace-presse/Communiqués-de-presse/Ville-hopital-des-pistes-pour-renforcer-les-liens>

SERMENT DE GALIEN

Je jure, en présence de mes maîtres de la Faculté, des conseillers de l'Ordre des pharmaciens et de mes condisciples :

- ❖ D'honorer ceux qui m'ont instruit dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle à leur enseignement.*
- ❖ D'exercer, dans l'intérêt de la santé publique, ma profession avec conscience et de respecter non seulement la législation en vigueur, mais aussi les règles de l'honneur, de la probité et du désintéressement.*
- ❖ De ne jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers le malade et sa dignité humaine, de respecter le secret professionnel.*
- ❖ En aucun cas, je ne consentirai à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser des actes criminels.*

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre, méprisé de mes confrères, si j'y manque.

RESUME

Comment sécuriser le parcours ville hôpital du patient ? Exemple des AOD

Morgane LAURENT

Directeur de thèse : MULLER Katia

Codirecteur de thèse : LAMY Edouard

Introduction-Objectif : Les anticoagulants oraux directs (AOD) sont des médicaments à haut risque dont le rapport bénéfice/risque est conditionné par leur bon usage. Il donc est essentiel que les patients sous AOD acquièrent, dès l'initiation si possible, les compétences nécessaires pour gérer au mieux leur traitement en lien avec la suite de leur parcours en ville. L'objectif de notre travail est de mettre en place et d'évaluer l'intérêt des EP coordonnés hôpital-ville pour les patients sous AOD afin d'optimiser leur prise en charge thérapeutique tout au long du parcours de soins.

Matériel et méthodes : La mise en place des EP s'est faite en 3 phases: 1-Elaboration de documents (guide d'entretien, fiche d'évaluation, outils de communication...) par une équipe pluridisciplinaire (cardiologue, pharmaciens hospitaliers et officinaux, infirmiers) formée à l'éducation thérapeutique 2-Formation d'une externe en pharmacie à la pratique des EP en 3 étapes : observation d'EP, simulations d'EP et réalisation d'EP accompagné par un pharmacien sénior 3-Début des EP: la population concernée était tout patient sous AOD (initiation en priorité) dans 3 unités de cardiologie. 3 EP maximum pouvaient être réalisés dans le temps imparti et ciblaient les patients identifiés prioritaires par l'équipe médicale. Les points abordés lors de l'entretien étaient les suivants : notions générales, observance, surveillance, surdosage, contre-indications (CI), vie quotidienne, information des professionnels de santé. Les compétences du patient pour chaque point abordé étaient évaluées selon 3 niveaux d'acquisition : acquis (A), partiellement acquis (PA) et non acquis (NA). Les pharmaciens officinaux étaient ensuite contactés afin d'obtenir leur accord pour poursuivre les entretiens dans le cadre de l'avenant 8. Si l'accord était donné la fiche d'évaluation leur était transmise afin qu'ils puissent programmer 2 EP complémentaires à M1 et M4. Les fiches d'évaluation de ces EP devaient être renvoyées pour analyse des données. Ce recueil d'information était réalisé par l'externe ainsi que des relances téléphoniques si nécessaire. Une enquête auprès des pharmaciens et des patients ayant participé à l'étude a également été menée pour déterminer les freins à la mise en place des EP en officine au travers de questions ouvertes.

Résultats : 100 entretiens ont été réalisés dans les services de cardiologie du 14/03 au 29/06/2017 inclus. Les résultats des évaluations sont : notions générales : 39 patients ont A ce point, 45 PA, 16 NA ; observance : 45 A, 50 PA, 3 NA ; surveillance : 21 A, 62 PA, 17 NA ; surdosage : 34 A, 49 PA, 17 NA ; CI : 20 A, 20 PA, 58 NA, 2 non évalués ; vie quotidienne : 78 A, 20 PA, 2 non évalués ; information des professionnels : 93 A, 6 NA. La satisfaction des patients est de 94%. Le taux de poursuite des EP en ville est très faible : 16 patients ont réalisé l'entretien à M1 et 3 patients ont réalisé l'entretien à M4. L'effectif très faible des patients à M1 et M4 est donc peu représentatif. Les réponses à l'enquête sur les freins à la mise en place des EP ont été regroupés par thématique et classés selon deux catégories : 1/ Freins liés aux patients : non motivation des patients (73%), facteur présentiel (32%), facteur confiance (14%) ; 2/ Freins liés aux pharmaciens : facteur temps (57%), facteur organisationnel (32%), facteur financier (16%), manque d'utilité (14%), formation (14%). Un quart des pharmaciens interrogés n'ont pas d'activité d'EP dans leur officine.

Discussion-Conclusion : La mise en place des EP ciblés sur les AOD est une démarche essentielle pour sécuriser la prise en charge des patients. Le fort pourcentage des points estimés comme PA ou NA (>50%) après un premier EP confirme la nécessité d'entretiens multiples et coordonnés afin d'atteindre les objectifs de compétence et d'autonomie du patient. La fiche d'évaluation transmise aux officinaux afin qu'ils poursuivent les entretiens permet de répondre à cet objectif et de renforcer le lien ville-hôpital. Cependant le taux de poursuite des EP en ville a été très faible et l'enquête menée auprès des pharmaciens nous a permis d'objectiver de nombreuses difficultés à intégrer les EP à la pratique courante des officinaux. Des pistes d'amélioration semblent possibles, comme la revalorisation des EP, une formation adaptée... Ce travail s'inscrit dans une démarche de continuité et sécurisation des soins avec pour objectif l'optimisation de la prise en charge du patient tout au long de son parcours.