



**HAL**  
open science

# Évaluation des besoins en éducation cardiovasculaire en milieu rural : à propos du Pays Basque intérieur

Mariane Saroiberry

► **To cite this version:**

Mariane Saroiberry. Évaluation des besoins en éducation cardiovasculaire en milieu rural : à propos du Pays Basque intérieur. Sciences du Vivant [q-bio]. 2021. dumas-03323062

**HAL Id: dumas-03323062**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03323062v1>**

Submitted on 20 Aug 2021

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

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

**U.F.R DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES**

Année 2021

Thèse n° 75

THESE POUR L'OBTENTION DU  
**DIPLOME D'ETAT de DOCTEUR EN PHARMACIE**

Présentée et soutenue publiquement

Par SAROIBERRY, Mariane

Née le 21 août 1996 à Bayonne

Le 12 juillet 2021

**EVALUATION DES BESOINS EN EDUCATION  
CARDIOVASCULAIRE EN MILIEU RURAL : A PROPOS DU  
PAYS BASQUE INTERIEUR**

Sous la direction de : Karin MARTIN-LATRY

Membres du jury :

Mme MARTIN-LATRY, Karin

Docteur en Pharmacie – MCU PH – Présidente du jury

Mme FOURNIER, Stéphanie

Docteur en Pharmacie – Membre du jury

Mme ETCHENIQUE, Cécile

Docteur en Pharmacie – Membre du jury



## **REMERCIEMENTS**

### **Madame Karin MARTIN-LATRY,**

Merci d'avoir directement accepté d'être directrice de ma thèse, ainsi que la présidence de mon jury, de m'avoir fait part de vos connaissances et d'avoir été si disponible et réactive ces derniers mois. Merci également pour toutes vos relectures et corrections qui m'ont beaucoup aidée pendant toute la rédaction de cette thèse.

### **Stéphanie FOURNIER,**

Merci d'avoir spontanément accepté de faire partie de mon jury, et de m'avoir permis de faire mon stage dans votre officine. Ces 6 mois ont été très formateurs grâce à vous et à toute l'équipe. J'en garderai un très bon souvenir.

### **Cécile ETCHENIQUE,**

Merci d'avoir accepté de faire partie de mon jury de thèse, et d'avoir fait ton maximum pour m'aider depuis le début de cette thèse.

Je tiens également à remercier les titulaires de toutes les pharmacies qui ont accepté de m'aider à distribuer les questionnaires aux patients dans le cadre de cette thèse. Merci pour votre implication.

### **Aita et Ama,**

Je ne vous remercierai jamais assez pour tout votre soutien pendant cette thèse et depuis le début de mes études. Merci d'avoir toujours cru en moi, d'avoir toujours fait en sorte que je réussisse, et d'avoir toujours été là, pour me supporter et me rassurer. Je n'y serai jamais arrivée sans vous.

### **Robert,**

Merci d'avoir eu autant de patience pendant ces dernières années, de m'avoir supportée et toujours soutenue depuis le début. Le meilleur reste à venir.

### **Les copines de la fac : Kleina, Aurélie, Léa et Agathe,**

Merci pour tous ces bons moments, ces fous rires pendant les TP, ces soirées apéro, ces journées à la BU, tous ces excellents souvenirs... Merci d'avoir rendu ces années si agréables, et vivement qu'on se retrouve dans tous les coins de l'Aquitaine (ou ailleurs) !

**Maidier,**

Merci pour ces années de coloc et ces bons moments. Merci de m'avoir changé les idées et de m'avoir fait rire et déstresser quand il le fallait. Le dimanche soir aurait été beaucoup plus triste sans toi !

**Les copines des Aldudes, en particulier Léa et Amaya,**

Merci de m'avoir toujours comprise et encouragée, et d'avoir toujours été là pour me changer les idées le week end et entre deux révisions. Merci pour cette belle amitié !

**L'équipe de la Pharmacie Nafarroa : Stéphanie, Nerea, Oihana, Laura, Sylvie, Isabelle, Marielle et Marie Pierre,**

Merci à toutes de m'avoir si bien intégrée dans votre équipe, de m'avoir autant aidée et formée pendant ces six mois, et toujours avec bonne humeur et bienveillance. Je n'oublierai jamais ces 6 mois passés à la pharmacie dans cette si bonne ambiance.

## SOMMAIRE

Table des abréviations .....	7
Table des illustrations .....	9
Introduction .....	10
<b>I. Éducation thérapeutique du patient .....</b>	<b>12</b>
A) Définitions et objectifs .....	12
B) Les maladies chroniques .....	13
C) Mise en place de l'éducation thérapeutique .....	15
D) Éducation thérapeutique à l'officine .....	16
<b>II. Prise en charge des maladies cardiovasculaires .....</b>	<b>19</b>
A) Stratégies thérapeutiques .....	19
1) Dyslipidémies .....	19
2) Hypertension artérielle .....	20
3) Infarctus du myocarde .....	22
4) Diabète de type 2 .....	23
5) Maladie coronarienne stable .....	24
6) Insuffisance cardiaque .....	24
7) Fibrillation auriculaire .....	25
8) Artériopathie oblitérante des membres inférieurs .....	27
B) Médicaments utilisés .....	27
1) Hypocholestérolémiantes .....	28
2) Médicaments agissant sur le SRAA .....	29
3) Bêtabloquants .....	30
4) Diurétiques .....	31
5) Inhibiteurs calciques .....	32
6) Antiagrégants plaquettaires .....	33
7) Traitements du diabète de type 2 .....	34
8) Anticoagulants oraux .....	35
9) Anti-arythmiques .....	36
<b>III. Contexte actuel au Pays Basque intérieur .....</b>	<b>37</b>

A) Périmètre étudié .....	37
B) Système de santé sur le territoire .....	41
1) Les Centres Hospitaliers .....	41
2) Les cardiologues .....	43
C) Éducation thérapeutique sur le territoire .....	45
<b>IV. Évaluation des besoins en éducation cardiovasculaire .....</b>	<b>47</b>
A) Enquête auprès des pharmacies .....	47
B) Questionnaire destiné aux patients .....	50
1) Matériel et méthode .....	50
2) Résultats .....	51
3) Discussion .....	58
<b>V. Besoins en éducation cardiovasculaire au Pays Basque intérieur .....</b>	<b>61</b>
A) Problématiques relevées .....	61
1) 1 <sup>er</sup> axe de travail : les difficultés d'observance .....	61
2) 2 <sup>ème</sup> axe de travail : la qualité de vie .....	64
3) 3 <sup>ème</sup> axe de travail : les patients en demande d'informations .....	66
4) 4 <sup>ème</sup> axe de travail : le recours au pharmacien .....	68
B) Que peut faire le pharmacien ? .....	68
Conclusion .....	72
Bibliographie .....	74
Annexes .....	78

## **TABLE DES ABREVIATIONS**

ADP :	Adénosine Diphosphate
AINS :	Anti Inflammatoires Non Stéroïdiens
AIT :	Accident Ischémique Transitoire
AMT :	Automesure Tensionnelle
AOD :	Anticoagulants Oraux Directs
AOMI :	Artériopathie Oblitérante des Membres Inférieurs
ARS :	Agence Régionale de Santé
AVK :	Antivitamine K
AVC :	Accident Vasculaire Cérébral
BASIC :	Bétabloquant, Antiagrégant plaquettaire, Statine, Inhibiteur de l'enzyme de conversion, Conseils hygiéno-diététiques
BAV :	Bloc Atrioventriculaire
BPCO :	Bronchopneumopathie Chronique Obstructive
COX :	Cyclooxygénase
CYP 450 :	Cytochrome P450
CPK :	Créatine Phosphokinase
DID :	Diabète Insulinodépendant
DT2 :	Diabète de Type 2
ECG :	Electrocardiogramme
EHPAD :	Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes
EP :	Embolie Pulmonaire
ETP :	Éducation Thérapeutique du Patient
FEVG :	Fraction d'Éjection Ventriculaire Gauche
GLP1 :	Glucagon Like Peptide 1
HAS :	Haute Autorité de Santé
HPST :	Hôpital, Patients, Santé, Territoire
IAG :	Inhibiteur des Alpha-Glucosidases
IDPP4 :	Inhibiteur de la Dipeptylpeptidase 4
IEC :	Inhibiteur de l'Enzyme de Conversion



INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Economiques  
IRAF : Insuffisance Rénale Aigue Fonctionnelle  
MAPA : Mesure Ambulatoire de la Pression Artérielle  
NYHA : New York Heart Association  
OMS : Organisation Mondiale de la Santé  
SCA : Syndrome Coronarien Aigu  
SRAA : Système Rénine-Angiotensine-Aldostérone  
SSR : Soins de Suite et de Réadaptation  
TVP : Thrombose Veineuse Profonde  
TXA2 : Thromboxane A2  
URPS : Union Régionale de Professionnels de Santé  
UTEP : Unité Transversale d'Éducation thérapeutique du Patient

## TABLE DES ILLUSTRATIONS

### Table des figures :

<b>Figure 1</b> : Calcul du score CHADS-VASC .....	26
<b>Figure 2</b> : Situation du Pays Basque dans la France .....	37
<b>Figure 3</b> : Emplacement des pharmacies ayant fait remplir les questionnaires .....	38
<b>Figure 4</b> : Carte des communes du Pays Basque Nord .....	39
<b>Figure 5</b> : Répartition des centres hospitaliers sur le territoire Côte Basque Navarre .....	43
<b>Figure 6</b> : Répartition des cardiologues sur le territoire Côte Basque Navarre .....	44

### Table des tableaux :

<b>Tableau 1</b> : Médicaments hypocholestérolémiants .....	28
<b>Tableau 2</b> : Médicaments agissant sur le SRAA .....	29
<b>Tableau 3</b> : Béta-bloquants .....	30
<b>Tableau 4</b> : Diurétiques .....	31
<b>Tableau 5</b> : Inhibiteurs calciques .....	32
<b>Tableau 6</b> : Antiagrégants plaquettaires .....	33
<b>Tableau 7</b> : Traitements du diabète de type 2 .....	34
<b>Tableau 8</b> : Anticoagulants oraux .....	35
<b>Tableau 9</b> : Anti-arythmiques .....	36
<b>Tableau 10</b> : Réponses au questionnaire patient .....	55
<b>Tableau 11</b> : Réponses aux questions en fonction des oublis .....	56

## Introduction

Le nombre de patients atteints de maladie chronique ne cesse d'augmenter, en France ou dans le monde. De plus, d'après l'OMS, les maladies chroniques constituent la toute première cause de mortalité dans le monde.

En France, depuis la loi HPST de 2009, une nouvelle composante fait partie intégrante du processus de soin dans les maladies chroniques : l'éducation thérapeutique du patient. Elle est de plus en plus prise en compte dans le parcours de soin du patient atteint de maladie chronique, et a de nombreux objectifs, parmi lesquels l'amélioration de la qualité de vie du patient, la meilleure gestion du traitement du patient.

Cette éducation thérapeutique est pluridisciplinaire et montre une grande utilité dans la prise en charge des patients chroniques. Elle a notamment montré son utilité chez les patients atteints de pathologies cardiovasculaires.

Cependant, certains patients, notamment en milieu rural isolé, peuvent avoir plus de difficultés pour avoir accès à cette éducation thérapeutique.

Dans cette thèse, l'objectif est donc d'enquêter en milieu rural, et notamment au Pays Basque intérieur, pour répondre à plusieurs questions, dont les principales sont :

- Y a-t-il un besoin en éducation thérapeutique dans cette population ?
- Y aurait-il un intérêt à développer l'éducation thérapeutique du patient dans cet environnement rural isolé ?

Cette enquête a été effectuée sur la base d'un questionnaire distribué aux patients concernés dans les officines.

Cette thèse constitue un point de départ pour ma future carrière professionnelle en tant que pharmacienne d'officine. En effet, l'environnement étudié est celui où je désire exercer par la suite. Cette enquête me permettra donc de mieux connaître la patientèle que je pourrai potentiellement rencontrer dans mon activité professionnelle, et d'adapter mon attitude envers elle en fonction, ainsi que ma posture d'éducation thérapeutique.

Cette thèse est donc constituée de plusieurs parties. Tout d'abord, nous aborderons des généralités concernant l'éducation thérapeutique, et nous effectuerons un point sur la prise en charge actuelle des pathologies cardiovasculaires. Ensuite, nous présenterons le contexte actuel au Pays Basque intérieur, ainsi que la situation actuelle au niveau de l'éducation thérapeutique. Enfin, dans la deuxième partie, nous parlerons de l'enquête effectuée auprès des patients, ainsi que des problématiques qui auront été relevées.

# I. Éducation thérapeutique du patient

## A) Définition et objectifs

L'éducation thérapeutique du patient vise à aider les patients à acquérir ou à maintenir les **compétences** dont ils ont besoin pour **gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique**.

Elle fait partie intégrante et de façon permanente de la prise en charge du patient.

Elle comprend des **activités organisées**, y compris un **soutien psychosocial**, conçues pour rendre les patients conscients et informés de leur maladie, des soins, de l'organisation et des procédures hospitalières, et des comportements liés à la santé et à la maladie. Ceci a pour but de les aider (ainsi que leurs familles) à **comprendre leur maladie et leur traitement**, collaborer ensemble et assumer leurs responsabilités dans leur propre prise en charge dans le but de les aider à maintenir et à **améliorer leur qualité de vie** (1).

Cette définition a été publiée par l'OMS en 2004, et c'est celle qui est retenue encore aujourd'hui comme définition commune standardisée.

L'éducation thérapeutique s'adresse donc à tous les patients souffrant d'une maladie chronique, quel que soit leur âge, le type, le stade et l'évolution de leur maladie. L'éducation thérapeutique doit être adaptée aux besoins et demandes du **patient** (7).

L'éducation thérapeutique a de nombreux objectifs : améliorer la qualité de vie des patients, leur donner des connaissances et des compétences nécessaires à la gestion de leur maladie et de leur traitement, améliorer l'**observance** des patients.

Les finalités spécifiques de l'éducation thérapeutique du patient sont l'acquisition et le maintien par le patient de compétences d'auto soins et la mobilisation ou l'acquisition de compétences d'adaptation (1).

L'ETP doit être une approche **interdisciplinaire**, le partage des compétences des différents partenaires impliqués est indispensable (3).

## **B) Les maladies chroniques**

Selon l'OMS, une maladie chronique est « un problème de santé qui nécessite une prise en charge sur une période de plusieurs années ».

Les maladies chroniques sont définies par :

- La présence d'une **cause organique, psychologique ou cognitive**.
- Une **ancienneté** de plusieurs mois.
- Le **retentissement** de la maladie sur la **vie quotidienne** (2).

Chez ces patients atteints de maladie chronique, on ne peut pas faire d'éducation thérapeutique à n'importe quel moment à partir de l'annonce de sa maladie. Ceci est démontré par les stades d'acceptation de la maladie. Ces stades sont dérivés des étapes du deuil.

### **Stades d'acceptation d'une maladie** (8):

- 1) Choc
- 2) Dénier
- 3) Révolte
- 4) Marchandage
- 5) Dépression
- 6) Acceptation

Tant que le patient n'est pas arrivé au stade final de l'acceptation de sa maladie, cela ne sert à rien de lui proposer une action d'éducation thérapeutique, le message ne passera pas et le patient ne sera pas encore prêt à l'écouter.

Pour qu'un patient accepte de se traiter correctement et persévère dans la prise de son traitement, il faut :

- Qu'il soit **persuadé d'être atteint** de la pathologie,
- Qu'il pense que cette **pathologie et ses conséquences** peuvent être **graves** pour lui,
- Qu'il pense que son traitement aura un **effet bénéfique**,
- Et qu'il pense que les **bénéfices** de son traitement **contrebalancent** avantageusement les **risques**.

Lors des séances d'éducation thérapeutique, un paramètre que l'on cherche à connaître est **l'observance thérapeutique** du patient. D'après l'OMS, l'observance est la mesure dans laquelle le patient suit les instructions médicales. L'observance peut se traduire par le **suivi exact des modalités de prise médicamenteuse** en termes de dosage, forme, voie d'administration, quantité de prise, respect des intervalles entre chaque prise (8).

Les difficultés d'observance peuvent concerner les traitements aigus et chroniques, et en particulier les traitements chroniques utilisés pour des maladies dans lesquelles il n'y a pas d'amélioration perçue et notable, comme les maladies cardio-vasculaires. Une difficulté d'observance peut donc aboutir à l'échec d'une thérapeutique, et donc potentiellement à une récurrence, ou à une aggravation de l'état de santé du patient. De plus, elles coûtent cher à la sécurité sociale chaque année. C'est donc un point primordial à explorer pendant les entretiens, savoir si le patient a tendance à oublier un médicament, à quelle fréquence, et pourquoi. On pourra par la suite proposer des solutions (voir si on peut changer le moment de prise, la galénique, etc.).

## **C) Mise en place de l'éducation thérapeutique**

Au niveau réglementaire, l'éducation thérapeutique a été abordée pour la première fois en 2009, dans la **loi HPST**. Depuis, de nombreux décrets et arrêtés ont été publiés au sujet des conditions d'autorisation des programmes d'ETP, et des compétences requises pour dispenser l'ETP (6).

Pour que l'éducation thérapeutique soit de qualité, elle doit : être centrée sur le **patient** et élaborée avec le patient, intégrée à sa **vie quotidienne**, être issue d'une **évaluation des besoins** et de l'environnement du patient, être réalisée par des **professionnels de santé formés** à la démarche, faire **partie intégrante de la prise en charge de la maladie**, être **scientifiquement fondée**, être définie en termes d'activités et de contenu, être **organisée** dans le temps, être **accessible** à différents publics et **s'adapter au profil éducatif et culturel** de chaque patient, et enfin faire l'objet d'une **évaluation individuelle** (7).

D'après la HAS en 2007, l'éducation thérapeutique peut se faire en 4 étapes (1):

- 1) **Élaborer un diagnostic éducatif** : cette étape sert à connaître le patient, identifier ses besoins et ses demandes, appréhender les différents aspects de la vie et de la personnalité du patient.
- 2) **Définir un programme personnalisé d'ETP avec des priorités d'apprentissage** : on va formuler avec le patient les compétences à acquérir.
- 3) **Planifier et mettre en œuvre les séances d'ETP individuelle ou collective ou en alternance** : sélectionner les contenus à proposer lors des séances, et réaliser les séances.
- 4) **Réaliser une évaluation des compétences acquises, du déroulement du programme** : faire le point avec le patient sur ce qu'il sait, ce qu'il a compris, ce qu'il lui reste à acquérir, et éventuellement proposer une nouvelle offre d'ETP au patient.

La HAS a publié un guide très précis sur la mise en place de programme d'ETP, pour aider les professionnels de santé.



## **D) Éducation thérapeutique à l'officine**

Le pharmacien d'officine est un professionnel de santé de **premier recours**. Il possède de nombreux avantages : tout d'abord, le maillage territorial fait qu'il est **proche de la population**. De plus, il est **disponible**, à l'écoute et a de larges plages horaires. C'est donc le professionnel de santé le plus **accessible** au public. Le pharmacien possède également une **expertise** dans le domaine pharmacologique, dont il peut faire bénéficier les patients.

De plus, les patients ont généralement **confiance** envers leur pharmacien, qu'ils connaissent depuis longtemps, qu'ils voient régulièrement (une fois par mois la plupart du temps pour les patients qui ont une maladie chronique).

Le pharmacien d'officine, professionnel de santé situé à **l'interface entre le patient et le médecin**, est un médiateur précieux permettant de renforcer le message thérapeutique du médecin et des autres professionnels de santé dans le but d'optimiser le suivi des patients (3).

La profession de pharmacien d'officine est en train d'évoluer depuis quelques années. Il s'agit d'opérer une transition d'une pratique tournée vers le médicament à une **pratique tournée vers le patient**, pour une utilisation optimale des médicaments prescrits (3).

Une enquête a été effectuée en 2015, en Haute Vienne, et avait pour objectif de faire un « état des lieux de l'implication des pharmaciens d'officine de la Haute-Vienne dans l'éducation thérapeutique ». Cette étude a consisté en un questionnaire, distribué aux pharmaciens d'officine de la région. Cette étude a permis de constater que tous les pharmaciens étaient favorables à l'intégration d'une formation d'éducation thérapeutique dans le cursus des études de pharmacie, et la majorité d'entre eux voient un intérêt majeur dans la coordination ville-hôpital pour une meilleure prise en charge du patient (4).

En ce qui concerne les freins au développement de l'éducation thérapeutique en pharmacie de ville, les trois freins qui arrivent en tête dans les réponses des pharmaciens sont : le **temps**, le **manque de rémunération** et le **défait de formation** (4).

De nombreuses pharmacies voudraient faire de l'éducation thérapeutique mais ne disposent pas forcément du temps nécessaire. Une **réorganisation du temps de travail** des collaborateurs dans l'officine peut libérer un peu de temps pour ce genre d'organisation. Par exemple, on peut décider de libérer une heure par mois, pour effectuer un atelier d'éducation thérapeutique avec plusieurs patients de l'officine atteints d'une maladie chronique, ou pour effectuer un entretien individuel avec un seul patient.

On peut inclure de l'éducation thérapeutique dans les **nouvelles missions du pharmacien** : lors d'un rendez-vous avec un patient lors des entretiens pharmaceutiques, ou des bilans partagés de médication.

On peut également proposer une **action pluridisciplinaire** avec les professionnels de santé alentours, tels que les médecins, les infirmières, des diététiciennes, psychologues, ou encore d'autres pharmaciens....

De plus, beaucoup de patients ne savent même pas que l'éducation thérapeutique existe et qu'elle peut être proposée par les pharmaciens d'officine, la **communication** est donc primordiale. Le pharmacien peut en parler et proposer ces entretiens aux patients atteints de maladie chronique, distribuer des flyers...

L'éducation thérapeutique passe aussi par le fait de poser quelques questions au comptoir à ces patients, savoir si ça va avec leurs médicaments, s'ils les gèrent bien, etc. La non-observance peut être remarquée lorsque les patients disent des phrases comme « ce médicament, ne m'en mettez pas, il m'en reste ». Il peut donc être intéressant de demander comment ça se fait, pourquoi il leur en reste, est-ce qu'ils le prennent tout le temps ou est-ce qu'ils en oublient. Ces questions ne prennent pas beaucoup de temps, mais pourtant cela permet d'explorer l'observance, savoir le ressenti des patients vis-à-vis des médicaments.

Pour pallier au manque de formation, de nombreuses facultés de pharmacie intègrent dans le cursus un module dédié à l'éducation thérapeutique, pour que tous les pharmaciens prochainement diplômés soient dotés d'une formation complète et actualisée à l'éducation thérapeutique.

D'après l'URPS pharmaciens, la rémunération de l'éducation thérapeutique du patient est forfaitaire, et est comprise entre 250 et 300€ par patient, selon le nombre de séances et leur nature (ateliers collectifs ou séances individuelles). Elle est à diviser par le nombre de professionnels impliqués (5).

## II. Prise en charge des maladies cardiovasculaires

### A) Stratégies thérapeutiques

Volontairement, nous n'allons pas présenter les stratégies thérapeutiques de toutes les pathologies cardiovasculaires, mais seulement des plus communes, qui ont été retrouvées dans les questionnaires, et dont ont parlé les patients.

#### 1) Dyslipidémie

Chez les patients atteints de dyslipidémie, on observe une **anomalie quantitative ou qualitative** des lipides plasmatiques tels que le **cholestérol total, le HDL-cholestérol, le LDL-cholestérol ou les triglycérides**. L'augmentation du cholestérol total, l'augmentation du LDL-cholestérol, l'augmentation des triglycérides ainsi que la diminution du HDL-cholestérol provoquent une **augmentation du risque cardio-vasculaire** (9).

Le cholestérol est une molécule très importante, c'est le précurseur de composés essentiels tels que les **acides biliaires, les hormones stéroïdes, la vitamine D3**. Il a également un rôle dans la composition des **membranes cellulaires**.

La majorité du cholestérol de l'organisme provient de la synthèse endogène par le foie, l'intestin et les glandes corticosurrénales (10).

Une augmentation du taux de cholestérol est souvent due à des **apports alimentaires riches en graisses saturées**, mais on retrouve également d'autres causes comme l'hypothyroïdie, le syndrome néphrotique, le diabète sucré, les cirroses biliaires... (10)

Le HDL-cholestérol (lipoprotéines plasmatiques de haute densité) représente la fraction bénéfique du cholestérol, c'est un **facteur protecteur de la survenue de maladies cardiovasculaires**.

Par contre, le LDL-cholestérol (lipoprotéines plasmatiques de basse densité) représente la fraction délétère du cholestérol. Des taux importants de LDL-cholestérol conduisent souvent au dépôt de cholestérol dans la paroi des artères, sous forme de plaque d'athérome (10).

Les triglycérides peuvent avoir une origine exogène (par les apports alimentaires) ou endogène (synthèse hépatique). Les triglycérides sont ensuite stockés dans les tissus adipeux. Ils ne sont **pas directement liés à un facteur de risque cardiovasculaire** (10).

Chez un patient sans risque cardiovasculaire, le bilan lipidique est considéré comme anormal si : le **LDL-cholestérol est supérieur ou égal à 1,60 g/L (=4,1mmol/L), et/ou le HDL-cholestérol inférieur à 0,40 g/L (= 1mmol/L), et/ou le taux de triglycéride supérieur à 1,50 g/L (= 1,7 mmol/L).**

Si une anomalie est détectée dans le bilan à jeun à deux reprises, un traitement va être mis en place.

Dans le cas d'une hypertriglycéridémie modérée, un **régime diététique spécifique** va être instauré (hypocalorique, avec une diminution des sucres rapides et de l'alcool). Si les triglycérides sont très augmentés, un traitement par fibrate peut être proposé.

Dans le cas d'une hypercholestérolémie, on propose une modification du mode de vie avec une **prise en charge diététique**, une **activité physique régulière** ainsi que **l'arrêt du tabac**. Si le risque est important, un **traitement hypolipémiant** va être proposé. En première intention, des **statines** vont être proposées. Si l'effet est insuffisant, on peut augmenter la posologie de la statine ou l'associer à **l'Ezétimibe** ou la **Colestyramine**.

L'objectif de ces traitements est de **retarder les complications** liées à l'athérome. La baisse du taux de LDL-cholestérol est un bon reflet de l'efficacité de la thérapeutique (9).

## 2) Hypertension artérielle

L'hypertension artérielle est définie par une augmentation de la **pression artérielle systolique supérieure ou égale à 140 mmHg** et de la **pression artérielle diastolique supérieure ou égale à 90 mmHg**. C'est un des principaux facteurs de risque cardiovasculaire.

La baisse de la pression artérielle chez les patients hypertendus permet de **diminuer le risque d'AVC, de démence, d'insuffisance cardiaque, d'infarctus du myocarde, et d'insuffisance rénale chronique terminale** (11).

Avant de mettre en place un traitement, il faut confirmer le diagnostic d'hypertension artérielle en effectuant des mesures en dehors du cabinet médical, par **automesure tensionnelle (AMT)** ou **mesure ambulatoire de la pression artérielle (MAPA)** (11).

Des **mesures hygiéno-diététiques** doivent être proposées à tous les patients hypertendus. Elles consistent en une **activité physique régulière**, une **réduction du poids** en cas de surcharge pondérale, la suppression ou la réduction de la consommation **d'alcool**, une **diminution de la consommation de sel, l'arrêt du tabac**, ainsi qu'une **alimentation plus équilibrée** (11).

Si l'objectif tensionnel n'est pas obtenu à 3 à 6 mois avec ces mesures hygiéno-diététiques, un **traitement anti-hypertenseur** sera prescrit.

Pour ce qui est du choix du traitement, il faut prendre en compte les **comorbidités** du patient.

D'après la HAS, si c'est un patient **diabétique ou insuffisant rénal**, on conseillera en premier lieu **un IEC ou un sartan**. Si le patient est **insuffisant cardiaque**, on lui proposera un **IEC, un sartan, un bêtabloquant ou un diurétique**. Si le patient est **coronarien**, ce sera **un IEC ou un bêtabloquant**, et enfin, si on est en **post-AVC**, on ira plutôt vers un **diurétique thiazidique, un IEC/sartan, ou un inhibiteur calcique**.

Les bêtabloquants peuvent également être utilisés, mais semblent moins protéger du risque d'AVC que les autres classes thérapeutiques (11).

Si l'objectif tensionnel n'est pas atteint au bout d'un mois, on passera plutôt à une **bithérapie** qui comportera deux des trois classes suivantes : **bloqueur du SRAA (IEC ou sartan), inhibiteur calcique ou diurétique thiazidique**. Si l'objectif n'est toujours pas atteint, on passera à une **trithérapie** avec ces trois molécules sauf si indication préférentielle d'une autre classe thérapeutique, et/ou intolérance (11).

### 3) Infarctus du myocarde

Le patient en post-infarctus est un patient qui vient de subir un syndrome coronarien aigu avec sus-décalage ST (SCA ST+). Ceci s'explique par une **occlusion complète et prolongée d'une ou plusieurs artères**, et selon la localisation, cela entraîne une **ischémie tissulaire** à l'origine d'une **nécrose du myocarde**.

Les complications les plus fréquentes sont **l'angor stable**, une **récidive** de SCA ST+, une **insuffisance cardiaque**, des **troubles du rythme ventriculaire** et **décès** (12).

La prise en charge en post-infarctus débute à l'hôpital, et continue ensuite. Elle permet de **réduire la mortalité**, de **prévenir les récurrences**, de **diminuer les complications** et **facilite la réinsertion sociale et professionnelle** (12).

Le traitement médicamenteux en post-infarctus comporte obligatoirement une **bithérapie antiplaquettaire, un bêtabloquant, un IEC et une statine**. Accompagné de conseils hygiéno-diététiques, cela constitue le traitement **BASIC** (Bêtabloquant, Antiagrégant plaquettaire, Statine, IEC, Conseils hygiéno-diététiques).

La bithérapie antiplaquettaire associe l'aspirine et un inhibiteur des récepteurs plaquettaires à l'ADP, tels que le **Clopidogrel, Prasugrel ou le Ticagrélor**. Cette association dure de façon prolongée puis on la remplace par une monothérapie antiplaquettaire (12).

Il est également souhaitable de **réduire les facteurs de risque** de récurrence. Cela passe par **l'arrêt du tabac**, qui doit systématiquement être proposé. Il faut également envisager une prise en charge **diététique** ainsi qu'une **réduction du poids** si nécessaire. Cela passe par un **régime de type méditerranéen**, avec un faible apport en sels et en graisses saturées, et une augmentation des apports en poisson, fruits, légumes et céréales. La consommation d'alcool doit également être réduite chez de forts consommateurs. Il est aussi très important de promouvoir une activité physique régulière (12)

#### 4) Diabète de type 2

Le diabète de type 2 n'est pas une pathologie cardiovasculaire à proprement parler, mais un certain nombre de patients ayant répondu aux questionnaires étaient diabétiques, et avaient donc des traitements, c'est pour cela que nous avons décidé de l'aborder.

Le diabète de type 2 est défini par une glycémie supérieure à 1,26 g/L (= 7 mmol/L) à jeun et à deux reprises, **ou** présence de polyurie/polydipsie/amaigrissement avec glycémie supérieure à 2 g/L, **ou** une glycémie supérieure à 2 g/L 2 heures après une charge orale de 75g de glucose.

Le diabète de type 2 peut provoquer diverses complications : des **complications microvasculaires** comme une rétinopathie, une néphropathie ou une neuropathie, et des **complications macrovasculaires** comme un infarctus du myocarde, artérite ou accident vasculaire cérébral (13).

En premier lieu, on recommande une **réduction du poids** et une **activité physique régulière**.

D'après la HAS, en premier lieu, une **monothérapie** par **metformine** est recommandée, sauf si intolérance ou contre-indication : dans ce cas-là on préférera utiliser un sulfamide hypoglycémiant. Si la monothérapie ne suffit pas à contrôler la glycémie, une **bithérapie** sera instaurée. En 2013, la HAS recommande d'associer un **sulfamide hypoglycémiant** à la metformine. D'autres molécules peuvent être associées à la metformine à ce stade, telles que les **inhibiteurs de la dipeptylpeptidase 4 (IDPP4)**, ou les **inhibiteurs d'alpha-glucosidases (IAG)**, ou les **analogues du glucagon-like peptide 1 (GLP1)**.

Si la bithérapie ne suffit pas, une **trithérapie** sera instaurée. Si l'écart à l'objectif glycémique est inférieur à 1%, l'association metformine + sulfamide hypoglycémiant + IAG ou IDPP4 sera privilégiée. Si l'écart est supérieur à 1%, on préférera l'association metformine + sulfamide hypoglycémiant + insuline ou analogue du GLP1 (14).

L'instauration d'une insulinothérapie doit être accompagnée d'une **autosurveillance glycémique**, et être précédée d'une discussion et d'un apprentissage par le patient.



## 5) Maladie coronarienne stable

La maladie coronarienne stable est une coronaropathie qui ne relève pas d'un syndrome coronarien aigu. C'est la manifestation clinique de **l'ischémie myocardique**. Un diagnostic précoce permet la prévention du SCA ST+. L'angor stable est dû à un **déséquilibre entre les apports et les besoins du myocarde en oxygène**, souvent à l'effort, responsable d'une ischémie myocardique transitoire. La cause la plus probable de ce déséquilibre est une atteinte athéromateuse oblitérante des artères coronaires.

Les complications les plus fréquentes de la maladie coronarienne stable sont le SCA ST+, les troubles du rythme, une insuffisance cardiaque et des risques de mort subite (15).

A l'effort, on observe souvent une douleur rétrosternale en barre, à type de striction ou de brûlures, parfois de blocages respiratoires. La douleur peut irradier vers la mâchoire ou l'épaule (15).

Pour traiter la maladie coronarienne stable, on distingue le traitement de la crise et le traitement de fond. La **trinitrine sublinguale** est utilisée en cas de crise. Pour le traitement de fond, on va retrouver de **l'aspirine** (ou clopidogrel), associée à une **statine** et à un **bétabloquant** systématiquement, et/ou un **inhibiteur calcique**. Des dérivés nitrés d'action prolongée peuvent être rajoutés si les symptômes persistent (15).

On va également conseiller la **suppression du tabac**, un **régime alimentaire du type méditerranéen**, une **perte de poids**, ainsi qu'un **exercice physique régulier** d'endurance (15).

## 6) Insuffisance cardiaque

Chez les patients atteints d'insuffisance cardiaque, le cœur est incapable de fournir un **débit adapté aux besoins de l'organisme**. Lors de l'insuffisance cardiaque, la fraction d'éjection ventriculaire gauche (FEVG) peut être conservée ou non. Si la FEVG est inférieure à 40-50%, on parle d'insuffisance cardiaque systolique. Si ce n'est pas le cas, on parlera d'insuffisance cardiaque diastolique, ou d'insuffisance cardiaque à FEVG conservée (16).

Au niveau de la clinique, les symptômes les plus fréquemment retrouvés sont une **dyspnée**, une **asthénie**, des **œdèmes des membres inférieurs**. L'ECG permet de différencier une insuffisance cardiaque systolique d'une insuffisance cardiaque diastolique. La sévérité de l'insuffisance cardiaque est évaluée selon le **score NYHA**.

Pour traiter une insuffisance cardiaque, un traitement par **IEC** est conseillé. Des **diurétiques** peuvent être ajoutés en cas de surcharge hydro sodée. Des **bétabloquants** sont prescrits en association avec les IEC. Chez les patients encore symptomatiques malgré ces traitements, un antagoniste de l'aldostérone peut être rajouté (16).

Ces traitements permettent de prévenir des épisodes de décompensation cardiaque, des complications de l'insuffisance cardiaque, une réduction de la mortalité et enfin, l'amélioration de la qualité de vie (16).

## 7) Fibrillation auriculaire

La fibrillation auriculaire est un **trouble du rythme cardiaque supraventriculaire**, cause de tachyarythmie. Elle ne peut être caractérisée qu'à l'ECG. Cette tachyarythmie favorise la stase sanguine intracardiaque, et donc le risque de thrombus et d'embolie artériel. La fibrillation auriculaire peut être symptomatique ou non.

Lors d'une fibrillation auriculaire, on observe une **dépolarisation anarchique des cellules auriculaires**, ce qui conduit à une transmission désordonnée d'ondes de dépolarisation au nœud atrioventriculaire. Le remplissage ventriculaire sera donc altéré, et la fibrillation auriculaire peut donc conduire à une insuffisance cardiaque à fraction d'éjection conservée. Une prise en charge médicamenteuse est donc indispensable pour **prévenir l'insuffisance cardiaque** et les **complications thromboemboliques**, ainsi que pour améliorer la qualité de vie des patients (17).

Le traitement de la fibrillation auriculaire repose sur le **score de CHADSVASc**. Ce score prend en compte l'insuffisance cardiaque, l'hypertension artérielle, l'âge, le diabète, les antécédents d'AVC, AIT, TV, les maladies vasculaires et le sexe.

**score CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc  
(chez les patients atteints de fibrillation atriale)**

<b>C</b>	IC* congestive/dysfonction ventriculaire gauche	1
<b>H</b>	HTA**	1
<b>A</b>	âge ≥ 75 ans	2
<b>D</b>	diabète	1
<b>S</b>	AVC / AIT / TV ***	2
<b>V</b>	maladie vasculaire	1
<b>A</b>	âge [65 - 74 ans]	1
<b>Sc</b>	sexe féminin	1

\* IC = insuffisance cardiaque

\*\* HTA = hypertension artérielle

\*\*\* AIT = accident ischémique transitoire

AVC = accident vasculaire cérébral

TV = thrombose veineuse

Figure 1 : Calcul du score CHADS-VASC (18)

Si le CHADSVASC est supérieur ou égal à 2, un traitement par **anticoagulant** est indiqué, pour prévenir les complications thromboemboliques. Ce traitement peut être un **AVK coumarinique** ou un **AOD**.

Chez les patients âgés et peu symptomatiques, il sera recommandé de contrôler la fréquence cardiaque, le but étant d'avoir une fréquence cardiaque inférieure à 110 battements par minute. Pour cela, on va utiliser des bêtabloquants ou des inhibiteurs calciques (vérapamil ou diltiazem).

Chez les patients symptomatiques, la restauration du rythme sinusal (ou cardioversion) va être nécessaire pour améliorer les symptômes. Il y a deux types de cardioversion : la **cardioversion pharmacologique** et la **cardioversion électrique**. La cardioversion pharmacologique est moins efficace, mais est réalisée en ambulatoire. La cardioversion électrique est recommandée d'emblée pour les fibrillations auriculaires avec instabilité hémodynamique. Plusieurs traitements permettent

une cardioversion pharmacologique : la **flécaïnide**, le **propafénone**, l'**amiodarone** ou l'**hydroquinidine** (17).

## 8) Artériopathie Oblitérante des Membres Inférieurs (AOMI)

L'AOMI est caractérisée par un **rétrécissement du calibre des artères** à destination des membres inférieurs. Ceci entraîne une perte de charge hémodynamique, avec ou sans traduction clinique, dont le meilleur témoin est l'index de pression systolique (IPS).

La cause la plus fréquente de l'AOMI est la **maladie athéromateuse** (19).

Il est important de la prendre en charge pour soulager les douleurs, améliorer le périmètre de marche, prévenir les complications locales et cardiovasculaires (20).

Tout d'abord, on recommande une **activité physique régulière** (notamment une réadaptation à la marche) ainsi que **l'arrêt du tabac**. Le but du traitement est de contrôler les facteurs de risque cardiovasculaires : traiter une éventuelle **hypertension**, une **hypercholestérolémie**, ainsi qu'un **contrôle glycémique** strict.

Le traitement médicamenteux recommandé en cas d'AOMI se compose d'un **antiagrégant plaquettaire** (aspirine ou clopidogrel), d'une **statine** et d'un **inhibiteur de l'enzyme de conversion** (19).

## B) Médicaments utilisés

Les classes de médicaments que nous allons citer ci-dessous sont uniquement celles utilisées par les patients ayant répondu au questionnaire. Les effets indésirables cités sont ceux qui sont retrouvés le plus souvent, le but étant de faire des rappels synthétiques avec les informations les plus importantes sur chaque classe de médicaments.

1) Hypocholestérolémiants (21)

Classe	Statines	Inhibiteur d'absorption du cholestérol
Molécules	<b>Rosuvastatine, Pravastatine, Atorvastatine, Simvastatine</b>	<b>Ezétimibe</b>
Mécanisme d'action	Inhibition HMG-CoA réductase → diminution de la synthèse endogène de cholestérol	Inhibition transporteur NPC1-L1 responsable de l'absorption intestinale du cholestérol
Indications	Hypercholestérolémie, prévention accidents vasculaires et IDM	Hypercholestérolémie
Effets indésirables	Hépatotoxicité (cytolyse), atteinte musculaire (myalgies, voire rhabdomyolyse)	Troubles digestifs, fatigue, céphalées, myalgies
Contre-indications	Atteinte hépatique, myopathie, insuffisance rénale sévère, grossesse/allaitement	Atteinte hépatique, grossesse/allaitement
Interactions médicamenteuses	<b>/!\</b> Simvastatine et Atorvastatine contre-indiqués avec inhibiteurs enzymatiques	
Précautions d'emploi	En une prise le soir, sauf Atorvastatine et Rosuvastatine pouvant être pris toute la journée Surveillance bilan hépatique 1 fois/an, et dosage CPK si douleurs	

Tableau 1 : Médicaments hypocholestérolémiants

2) Médicaments agissant sur le système Rénine-Angiotensine-Aldostérone (SRAA) (21)

Classe	Inhibiteurs de l'Enzyme de Conversion = IEC	Antagonistes des récepteurs à l'angiotensine 2 = SARTANS
Molécules	<b>Ramipril, Perindopril</b>	<b>Valsartan, Candesartan, Irbesartan, Telmisartan, Losartan</b>
Mécanisme d'action	Inhibition de la conversion Angiotensine I → Angiotensine II, et inhibition de la dégradation de la bradykinine	Antagoniste des récepteurs AT1 à l'Angiotensine II
Indications	Hypertension artérielle, insuffisance cardiaque, post-infarctus	Hypertension artérielle, insuffisance cardiaque
Effets indésirables	Toux sèche, hypotension, IRAF, hyperkaliémie, hyponatrémie, hypoglycémie, angio-oedème	Hypotension, hyperkaliémie, IRAF, hyponatrémie, hypoglycémie
Contre-indications	Grossesse/allaitement, hyperkaliémie	
Interactions médicamenteuses	Attention avec les médicaments hyperkaliémifiants, lithium, AINS	

Tableau 2 : Médicaments agissant sur le SRAA

### 3) Bétabloquants (21)

Classe	Bétabloquants
Molécules	<b>Bisoprolol, Nébivolol, Bétaxolol, Sotalol, Acébutolol, Aténolol</b>
Mécanisme d'action	Antagoniste des récepteurs $\beta$ au niveau du cœur, vaisseaux, bronches, muscles, pancréas → diminution du débit cardiaque, de l'excitabilité et de la conduction cardiaque, diminution angiotensine II et aldostérone, vasoconstriction, bronchoconstriction, effet hypoglycémiant
Indications	Hypertension artérielle, angor, post-infarctus du myocarde, troubles du rythme, insuffisance cardiaque, hyperthyroïdie, migraines
Effets indésirables	Bradycardie, hypotension, fatigue, troubles érectiles, Raynaud, aggravation d'une artérite, crise d'asthme, hypoglycémie...
Contre-indications	BAV non appareillé, insuffisance cardiaque décompensée, bradycardie/hypotension sévère, choc cardiogénique, Raynaud, asthme/BPCO
Interactions médicamenteuses	Les bétabloquants utilisés dans l'insuffisance cardiaque sont contre-indiqués avec des médicaments inotropes négatifs. Faire attention avec les médicaments bradycardisants, les hypoglycémiant
Précautions d'emploi	Utilisation possible chez la femme enceinte, adapter les posologies chez l'insuffisant rénal

Tableau 3 : Bétabloquants

4) Diurétiques (21)

Classe	Diurétiques hypokaliémiants		Diurétiques hyperkaliémiants
	Diurétiques de l'anse	Diurétiques thiazidiques	
Molécules	<b>Furosémide</b>	<b>Hydrochlorothiazide, Indapamide</b>	<b>Spirolactone, Eplérénone, Amiloride</b>
Mécanisme d'action	Inhibition de la réabsorption d'eau dans la branche descendante de l'anse de Henlé, inhibition du cotransporteur Na <sup>+</sup> /K <sup>+</sup> /2Cl <sup>-</sup> dans la branche ascendante	Inhibition de la réabsorption de NaCl dans le tube contourné distal	Diminution de l'expression de l'échangeur Na <sup>+</sup> /H <sup>+</sup> et Na/K-ATPase → diminution de l'absorption de Na <sup>+</sup> et de l'élimination des K <sup>+</sup> et H <sup>+</sup> plasmatiques
Indications	Hypertension artérielle, œdèmes	Hypertension artérielle, insuffisance cardiaque en association avec IEC, œdèmes	Hyperaldostéronisme, œdèmes, insuffisance cardiaque, hypertension artérielle
Effets indésirables	Hypokaliémie, hyponatrémie, déshydratation, alcalose métabolique, hypocalcémie, polyurie, pollakiurie	Hypokaliémie, hyponatrémie, déshydratation, alcalose métabolique, hyperglycémie, hyperlipidémie, hyperuricémie, hypercalcémie	Hyperkaliémie, hyponatrémie, acidose métabolique, déshydratation, troubles endocriniens
Contre-indications	Allergie aux sulfamides, cirrhose hépatique, obstacle sur voie urinaire, déshydratation, hyponatrémie ou hypokaliémie sévère		Hyperkaliémie, insuffisance rénale et hépatique sévère, acidose,
Interactions médicamenteuses	Association déconseillée avec le Lithium		Autres médicaments hyperkaliémiants
Précautions d'emploi	Le furosémide est le seul utilisable en cas de grossesse/allaitement, et en cas d'insuffisance rénale		

Tableau 4 : Diurétiques



5) Inhibiteurs calciques (21)

Classe	Inhibiteurs calciques à tropisme vasculaire	Inhibiteurs calciques à tropisme cardiaque
Molécules	<b>Amlodipine, Nifédipine, Manidipine, Lercanidipine</b>	<b>Verapamil, Diltiazem</b>
Mécanisme d'action	Blocage des canaux calciques voltage-dépendants des cellules musculaires lisses vasculaires et cardiaques → effet vasculaire prédominant (anti-hypertenseur et anti-spastique)	Blocage des canaux calciques voltage-dépendants des cellules musculaires lisses vasculaires et cardiaques → effet cardiaque prédominant (inotrope, dromotrope et chronotrope négatif)
Indications	Hypertension artérielle, angor	Angor, hypertension, tachycardies paroxystiques supra-ventriculaires
Effets indésirables	Céphalées, flush, gonflement des jambes, hypotension, troubles digestifs, hyperplasie gingivale réversible	Bradycardie, hypotension, troubles digestifs
Contre-indications	Infarctus récent, angor instable, choc cardiovasculaire/hypotension sévère, grossesse/allaitement	BAV, insuffisance cardiaque non contrôlée, hypotension, bradycardie sévère, dysfonctions sinusales, grossesse/allaitement
Interactions médicamenteuses	/!\ Association Nifédipine/Diltiazem contre indiquée, ainsi que Nifédipine + Rifampicine	Contre indiqués avec Dantrolène IV, médicaments torsadogènes, millepertuis, Nifédipine, dérivés de l'ergot
Précautions d'emploi		Prévenir le patient de la constipation induite par le Vérapamil

Tableau 5 : Inhibiteurs calciques

6) Antiagrégants plaquettaires (21)

Classe	Inhibiteurs de COX-1	Inhibiteurs des récepteurs à l'ADP
Molécules	<b>Aspirine</b> (Acide acétylsalicylique)	<b>Clopidogrel, Prasugrel, Ticagrélor</b>
Mécanisme d'action	Inhibition irréversible des COX 1 → inhibe la synthèse de TXA2 pro-agrégant et des prostaglandines → effet anti-agrégant, anti-inflammatoire, antipyrétique et antalgique	Prodrogue → biotransformation hépatique → fixation irréversible au récepteur à l'ADP → diminue fixation de l'ADP au récepteur, et l'expression du récepteur GP IIb-IIIa
Indications	Prévention secondaire après accident ischémique myocardique ou cérébral	Prévention secondaire des thromboses artérielles
Effets indésirables	Hématomes, néphrotoxicité, hépatotoxicité	Troubles digestifs, hématomes
Contre-indications	Insuffisance rénale/hépatique/cardiaque sévère, dernier trimestre de grossesse, enfant <15ans, ulcère gastroduodéal en évolution, maladie hémorragique	Insuffisance hépatique sévère, lésion hémorragique évolutive
Interactions médicamenteuses	/!\ A forte dose, association contre indiquée avec le Methotrexate et les AVK	/!\ Le Ticagrélor est contre-indiqué avec les inhibiteurs du CYP450 3A4
Précautions d'emploi	L'effet persiste 7 jours après l'arrêt du traitement	

Tableau 6 : Antiagrégants plaquettaires

7) Traitements du diabète de type 2 (DT2) (21)

Classe	Biguanides	Sulfamides	Glinides	Analogues GLP1	Gliptines	Insuline
Molécules	<b>Metformine</b>	<b>Gliclazide, Glibenclamide Glimépiride</b>	<b>Répaglinide</b>	<b>Exénatide, Dulaglutide , Liraglutide</b>	<b>Sitagliptine, Vildagliptine , Saxagliptine</b>	<b>Humalog, Novorapid, Apidra/Lantus, Toujeo</b>
Mécanisme d'action	Diminue absorption intestinale, inhibe néoglucogénèse hépatique, inhibe la glycolyse aérobie	Fixation aux canaux K <sup>+</sup> /ATP des cellules β du pancréas → insulino-sécrétion + augmente la sensibilité des récepteurs à l'insuline	Mécanisme d'action similaire aux sulfamides	Miment l'action des incrétines → sécrétion d'insuline en fonction de la glycémie, inhibe libération de glucagon, ralentit la vidange gastrique	Inhibent la DPP4 → augmentation de la synthèse d'incrétines	
Indications	DT2	DT2	DT2	DT2	DT2	Diabète insulino-dépendant ++, DT2, diabète gestationnel
Effets indésirables	Troubles digestifs sévères, acidose lactique	Hypoglycémie, prise de poids, allergie/effet antabuse	Hypoglycémie	Troubles digestifs	Troubles digestifs, hypoglycémie	Hypoglycémie, hypokaliémie, lipodystrophie, prise de poids
Contre-indications	Insuffisance rénale, hypoxie tissulaire, alcoolisme, insuffisance hépatique sévère, acidocétose	Insuffisance hépatique sévère, DID/acidocétose, traitement isolé du DID	Insuffisance rénale ou hépatique sévère, DID/acidocétose, grossesse/allaitement	Insuffisance rénale sévère, DID/acidocétose, grossesse/allaitement	DID/acidocétose, insuffisance rénale sévère, grossesse/allaitement	Hypoglycémie
Interactions médicamenteuses	Déconseillé avec l'alcool, les produits de contraste, les médicaments diminuant la perfusion rénale	/!\ Contre-indiqués avec le Miconazole	/!\ Contre-indiqué avec le Gemfibrozil		Déconseillé avec les inhibiteurs et inducteurs du CYP 2C8 et 3A4	
Précautions d'emploi	Interruption avant intervention chirurgicale	Prise avant le repas Posologies à augmenter progressivement	Prise avant le repas			Éducation nécessaire

Tableau 7 : Traitements du DT2

8) Anticoagulants oraux (21)

Classe	Anticoagulants oraux directs	AVK
Molécules	<b>Rivaroxaban, Apixaban, Dabigatran</b>	<b>Warfarine, Acénocoumarol, Fluindione</b>
Mécanisme d'action	Inhibition des facteurs IIa ou Xa	Analogie de structure avec vitamine K → inhibition de l'époxyde réductase → pas de vitamine K active
Indications	Traitement préventif des TVP et AVC, traitement curatif des TVP et embolie pulmonaire	Traitement et prévention des récurrences des TVP et EP en relais de l'héparinothérapie, valves, cardiopathies emboligènes
Effets indésirables	Saignements	Saignements
Contre-indications	Rivaroxaban et Apixaban contre indiqués en cas de grossesse et saignement évolutif Dabigatran contre indiqué en cas d'insuffisance rénale sévère	Ulcère gastro-duodéal, varices oesophagiennes, accidents hémorragiques graves récents, HTA sévère non contrôlée, insuffisance hépatique sévère, hémopathies avec troubles de l'hémostase
Interactions médicamenteuses	Association contre-indiquée avec les inhibiteurs puissants de la glycoprotéine P	Phénylbutazone, salicylés, miconazole, millepertuis, AINS
Précautions d'emploi	Pas de suivi de traitement, aucun outil de dosage en routine	Équilibre d'un traitement demande 5 jours Action persiste 2 à 4 jours après l'arrêt du traitement Surveillance INR une fois par mois une fois stable

Tableau 8 : Anticoagulants oraux

9) Anti-arythmiques (21)

Classe	Anti-arythmiques de classe Ic	Anti-arythmiques de classe III
Molécules	<b>Flécaïnide</b>	<b>Amiodarone</b>
Mécanisme d'action	Blocage des canaux sodiques des cellules à réponse rapide → effet inotrope négatif, dromotrope négatif	Inhibition des canaux potassiques → effet chronotrope négatif, bathmotrope négatif
Indications	Tachycardies ventriculaires et supra-ventriculaires	Tachycardies ventriculaires et supra-ventriculaires, fibrillation ventriculaire
Effets indésirables	Céphalées, asthénie, aggravation de trouble de conduction cardiaque, troubles digestifs, poussées d'insuffisance cardiaque sévère	Dysthyroïdies, photosensibilité/pigmentations, pneumopathie interstitielle, microdépôts cornéens réversibles, hépatites
Contre-indications	Infarctus du myocarde, insuffisance cardiaque sévère, bloc atrio-ventriculaire	Hypersensibilité à l'iode, bradycardie/BAV non appareillé, trouble de la conduction, hypotension artérielle, dysthyroïdie, grossesse/allaitement
Interactions médicamenteuses	Bétabloquants dans l'insuffisance cardiaque, anti-arythmiques responsables de torsades de pointes	Médicaments torsadogènes, bétabloquants et inhibiteurs calciques à tropisme cardiaque dans l'insuffisance cardiaque
Précautions d'emploi		/!\ Allongement de l'intervalle QT → risque de torsades de pointes

Tableau 9 : Anti-arythmiques

### III. Contexte actuel au Pays Basque intérieur

#### A) Périmètre étudié

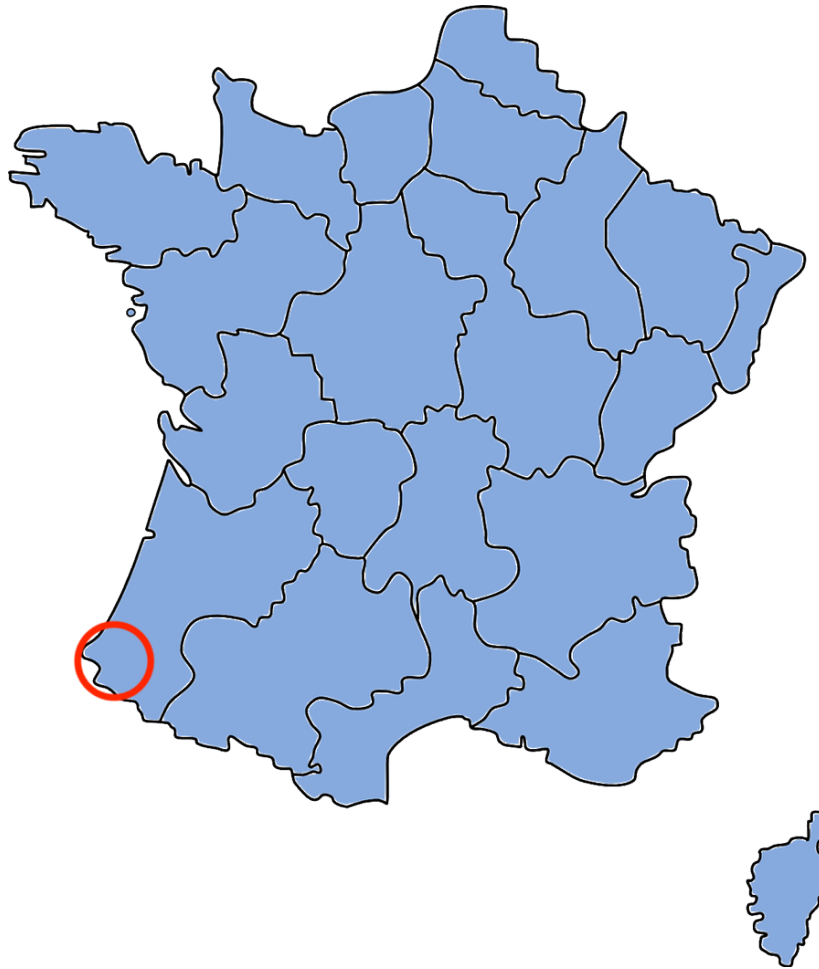


Figure 2 : Situation du Pays Basque dans la France

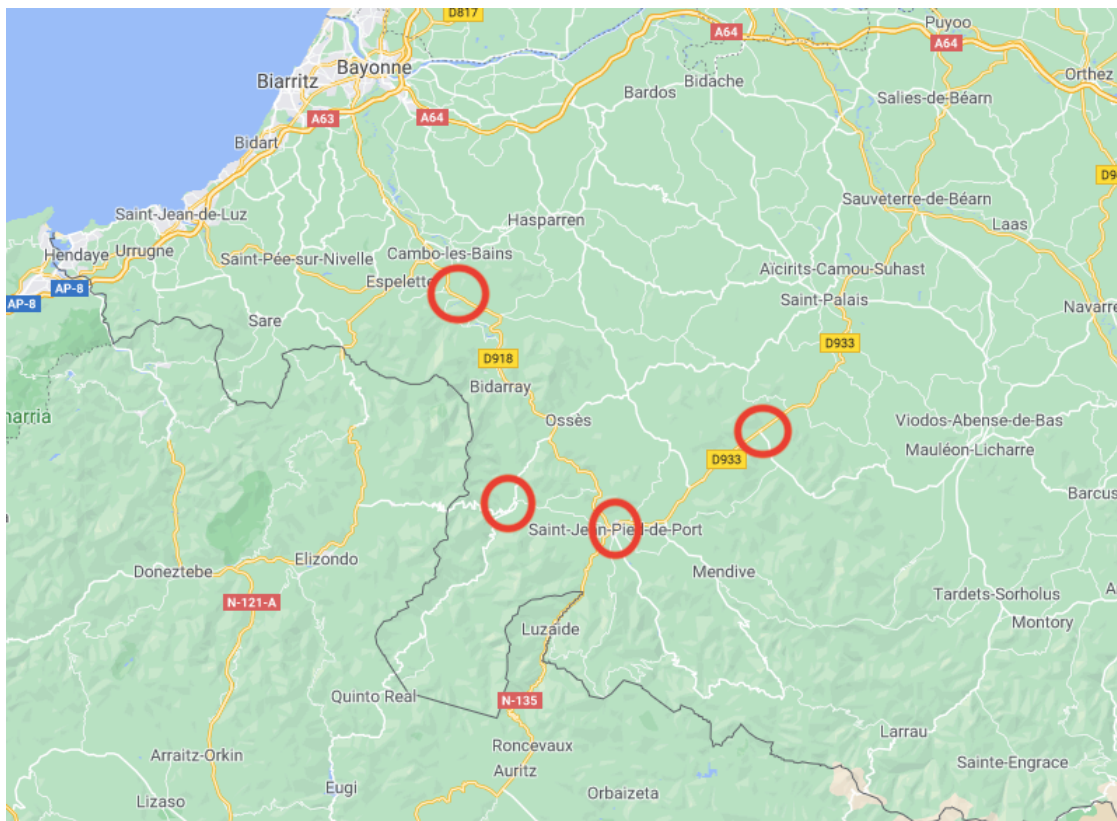
Le périmètre étudié est dans le Pays Basque intérieur français. Le Pays Basque se situe dans la région Nouvelle Aquitaine, et se compose de 7 provinces distinctes, dont 4 sont situées sur le territoire espagnol et 3 sur le territoire français : la province du Labourd, la province de la Basse Navarre, ainsi que la province de Soule. Mon enquête s’est concentrée surtout sur la province de Basse Navarre, ainsi que sur une partie de la province du Labourd.

Nous avons sélectionné ce périmètre car c'est l'endroit d'où je suis originaire, où j'habite et où j'aimerais exercer dans ma carrière future. L'objectif est donc de connaître un peu mieux la population locale et de savoir ses besoins, ainsi que la situation médicale du territoire, pour adapter ma façon d'exercer et être plus à l'aise par la suite quand j'exercerai en tant que pharmacienne d'officine sur le territoire.

L'INSEE a établi un document, comportant toutes les populations par cantons et par communes des Pyrénées Atlantiques. Ce document reprend des chiffres statistiques datant de 2017.

D'après ces documents, ainsi que la liste des communes du Pays Basque établie par eke.eus, la province de Labourd, dont le chef-lieu est Bayonne, représente 269 910 personnes en 2017, réparties en 41 communes. La province de Basse-Navarre, quant à elle, compte 32 324 personnes, réparties en 75 communes. Ce sont ces deux territoires que nous avons investigué dans ce travail de thèse. L'autre est la province de Soule, où l'on compte 42 communes, qui représentent 15 246 personnes. La population totale du Pays Basque français en 2017 était donc égale à 317 480 personnes (22)(23).

Pour étudier la plus grande partie possible de cette population, nous avons fait passer les questionnaires pour les patients dans 7 pharmacies du territoire étudié.



**Figure 3 : Emplacement des pharmacies ayant fait remplir les questionnaires**

Nous avons au total distribué les questionnaires dans 7 pharmacies du secteur.

Au vu de l'emplacement de ces pharmacies, cela a permis de toucher potentiellement plusieurs communes alentours, qui sont les communes de : Ahaxe-Aliciette-Bascassan, Aincille, Ainhice-Mongelos, Aldudes, Anhaux, Arnéguy, Ascarat, Banca, Behorleguy, Bidarray, Bunus, Bussunarits-Sarrasquette, Bustince-Iriberry, Çaro, Esterençuby, Gamarthe, Hosta, Ibarolle, Irouleguy, Ispoure, Itxassou, Jaxu, Juxue, Lacarre, Larceveau-Arros-Cibits, Lasse, Lecumberry, Louhossoa, Macaye, Mendive, Ossès, Ostabat-Asme, Saint-Etienne-de-Baigorry, Saint-Jean-le-Vieux, Saint-Jean-Pied-de-Port, Saint-Martin-d'Arrossa, Saint-Just-Ibarre, Saint-Michel, Uhart-Cize, Urepel. La plupart de ces communes font partie de la province de Basse Navarre, sauf trois communes (Itxassou, Louhossoa, Macaye) qui font partie de la province du Labourd. Ces communes sont représentées dans la carte ci-dessous.



Figure 4 : Carte des communes du Pays Basque Nord (22)



Attention cette liste est approximative, ce sont les communes les plus proches des pharmacies où nous avons déposé les questionnaires, nous partons donc du principe que les patients vont dans les officines les plus proches de chez eux, or ce n'est pas forcément toujours le cas. Cette liste est établie pour avoir une idée globale du nombre de patients qui ont pu être concernés par les questionnaires.

D'après les données de recensement de l'Insee, les habitants de toutes ces communes représentaient en 2017 une population totale de 18 197 personnes (23).

Si nous mettons ce chiffre en regard de la population totale du Pays Basque français, qui correspond à 317 480 personnes, cela revient à dire que la population qui a pu avoir accès aux questionnaires est égale à 5,7% de la population totale du Pays Basque français.

Le pourcentage peut paraître faible mais en réalité, le résultat est logique. Notre objectif premier était d'étudier le besoin en éducation thérapeutique chez les patients ayant des traitements cardiovasculaires en milieu **rural**. Le milieu que nous avons choisi est donc un environnement particulièrement rural, même sous-peuplé. Nous avons volontairement choisi de ne pas inclure dans notre étude des grandes villes comme Anglet, Bayonne, Biarritz... Ce sont les villes les plus peuplées et une grande partie de la population du Pays Basque y est concentrée. Cela nous paraissait moins en adéquation avec le sujet, car dans ces villes de la Côte Basque, l'offre médicale n'est pas la même : on peut trouver des spécialistes en grand nombre, la population est à proximité du Centre Hospitalier et d'autres cliniques. Cela aurait donc pu fausser les réponses aux questionnaires.

La mentalité n'est pas la même non plus, que l'on soit sur la Côte Basque ou dans le Pays Basque « intérieur ». En effet, dans les zones plus rurales, l'identité culturelle est plus fortement ancrée, les professions peuvent différer, etc. Enfin, comme abordé précédemment, nous avons décidé d'étudier plus particulièrement ce périmètre rural car c'est celui où j'ai grandi, où j'aimerais exercer et auquel je suis également ancrée.

On pourrait également étudier les besoins en éducation cardiovasculaire chez les patients de la Côte Basque, mais cela reviendrait à faire une deuxième étude. Cela n'a pas de sens d'étudier conjointement ces populations car les résultats ne seraient pas forcément les mêmes.

## B) Système de santé sur le territoire

### 1) Les Centres Hospitaliers

Le territoire de santé sélectionné est le **territoire Navarre Côte Basque**. Les médecins généralistes et spécialistes y sont nombreux, mais pas forcément uniformément répartis sur tout le territoire.

Tout d'abord au niveau hospitalier, le Centre Hospitalier de la Côte Basque résulte de l'association de plusieurs hôpitaux et structures de soins qui ont été regroupées. Le Centre Hospitalier de la Côte Basque se situe à Bayonne. Il est réparti sur trois sites principaux dans la Côte Basque (Bayonne Saint Léon, et Saint-Jean-de-Luz) ainsi que sur 19 autres sites annexes dans tout le Pays Basque (24).

Sur le site de Bayonne Saint Léon, on retrouve un service de **cardiologie**, proposant des consultations externes, ainsi que toutes les techniques d'**exploration cardiologique** : échographie transthoracique et transoesophagienne, de stress ou d'effort, Holter rythmique et tensionnel (25).

Le site de Bayonne Saint Léon comporte également un service de chirurgie vasculaire, dont les orientations principales sont l'anévrisme de l'aorte abdominale, la sténose carotidienne, l'artériopathie oblitérante des membres inférieurs, la chirurgie des fistules artério-veineuses et la chirurgie des varices. Ce service pratique donc des actes de pontage, endartériectomie, pose de stent, etc (25).

Le deuxième site du Centre Hospitalier de la Côte Basque est le Cam de Prats, qui regroupe des lits de psychiatrie et de gériatrie.

Enfin, le site de Saint-Jean-de-Luz comporte des services de neuroréducation, un centre de planning et d'éducation familiale, ainsi qu'un service de gériatrie (25).

Le Centre Hospitalier de la Côte Basque s'inscrit dans un **groupement hospitalier de territoire nommé Navarre Côte Basque**. Le siège de ce groupement se situe à Bayonne, et le territoire concerné correspond à la circonscription administrative de l'arrondissement de Bayonne. Ce territoire correspond au Pays Basque français auquel on enlève la province de la Soule, qui elle est rattachée au territoire de santé Béarn et Soule.

Ce groupement est constitué de 3 établissements publics de santé : le **Centre Hospitalier de la Côte Basque**, le **Centre Hospitalier de Saint Palais**, et l'**Etablissement Public de Santé de Garazi** (Saint-Jean-Pied-de-Port), ainsi que de deux établissements de santé associés : l'EHPAD Jean Dithurbide de Sare, et l'EHPAD Larrazkena d'Hasparren (25).

Le Centre Hospitalier de Saint Palais propose des consultations avancées dans des spécialités de médecine variées, dont la **cardiologie**. Les praticiens assurant ces consultations peuvent être des praticiens de l'établissement, ou du Centre Hospitalier de la Côte Basque, ou des praticiens libéraux.

Ce centre hospitalier possède également deux services d'hospitalisation polyvalents, et pouvant prendre en charge des patients dont les pathologies relèvent de différentes spécialités, avec notamment une possible prise en charge des pathologies cardiovasculaires (26).

Du fait du groupement hospitalier de territoire, de nombreux spécialistes proposent également des consultations à l'Etablissement Public de Santé de Garazi (Saint-Jean-Pied-de-Port).

De plus, on peut trouver à Cambo-Les-Bains, l'**établissement Toki Eder**, qui est un centre médical cardio-respiratoire. C'est un centre médical de **Soins de Suite et de Réadaptation** spécialisé

dans la prise en charge des **affections cardio-vasculaires et respiratoires**. Ce centre possède un pôle de rééducation respiratoire, un pôle de rééducation cardiaque et un pôle de médecine (pour la prise en charge de maladies cardio-respiratoires aiguës). Des cardiologues sont présents dans l'équipe pour prendre en charge au mieux les patients. De plus, ce centre de SSR est également spécialisé dans l'éducation thérapeutique du patient, en proposant de nombreux ateliers, avec des sujets variés (connaissance de la maladie, des traitements, lutte contre la sédentarité...) (27).



Figure 5 : Répartition des centres hospitaliers sur le territoire Côte Basque Navarre

## 2) Les cardiologues

Les cardiologues non-salariés de l'hôpital public, eux, se concentrent surtout au niveau de la Côte Basque. En effet, on retrouve 55 cardiologues exerçant à Bayonne, 46 cardiologues à Biarritz, 22

cardiologues à Saint-Jean-de-Luz. Pour ce qui est du Pays Basque plus intérieur, on retrouve 19 cardiologues à Cambo-les-Bains, 2 cardiologues à Saint-Palais, un cardiologue à Ispoure et un cardiologue à Hasparren (28).

Attention, cela ne veut pas dire qu'il y a en tout 146 cardiologues exerçant dans le territoire Navarre Côte Basque, car beaucoup de cardiologues exercent dans plusieurs villes à raison de quelques jours par semaine.

Il est donc possible de consulter un cardiologue sans effectuer trop de kilomètres depuis son domicile, même au Pays Basque intérieur. La distance maximale à parcourir pour aller à un rendez-vous de consultation avec un cardiologue est environ de **30 km**.



Figure 6 : Répartition des cardiologues sur le territoire Côte Basque Navarre

## C) Éducation thérapeutique sur le territoire

La liste des programmes d'éducation thérapeutique autorisés est publiée sur le site de l'ARS chaque année. Les programmes abordés ci-dessous sont les programmes qui étaient autorisés en 2020 (29).

Nous n'allons aborder ici que les programmes d'éducation thérapeutique ayant un lien avec les pathologies cardiovasculaires.

Au niveau du **Centre Hospitalier de la Côte Basque**, on peut retrouver plusieurs programmes d'éducation thérapeutique, ciblant différents thèmes et pathologies. Ils proposent entre autres des programmes en lien avec le **diabète de type 2**. Ces programmes sont proposés par l'**UTEP** (Unité Transversale d'Éducation Thérapeutique du Patient) **Côte Basque**.

Au centre **Grancher Cyrano**, qui est un centre de rééducation situé à Cambo-les-Bains, on peut trouver un programme d'éducation thérapeutique pour les patients **insuffisants cardiaques**, ainsi que pour les patients insuffisants respiratoires chroniques.

La clinique **Aguilera** de Biarritz propose un atelier EDUCOEUR, qui porte sur la prise en charge des **facteurs de risque du patient coronarien**. Cette clinique propose également un atelier pour les patients diabétiques (types 1 et 2), notamment lors de la mise en place de pompe à insuline.

Comme abordé précédemment, le centre médical **Toki Eder** à Cambo-les-Bains, spécialisé dans la prise en charge de patients atteints de pathologies cardiovasculaires et respiratoires, propose un atelier d'éducation thérapeutique du **patient coronarien**. Ce centre propose également un programme d'éducation thérapeutique du **patient sous anticoagulants oraux par antivitaminiques K (AVK) ou par anticoagulants oraux directs (AOD)**.

En résumé, les programmes d'éducation thérapeutique ciblant les pathologies cardiovasculaires ne sont pas forcément situés tous sur la côte. Les centres de SSR de Cambo-les-Bains

proposant un choix varié de thèmes, les patients pourraient y avoir accès sans pour autant que ce soit trop loin de chez eux (environ 45 minutes de route maximum).

## IV. Évaluation des besoins en éducation cardiovasculaire

### A) Enquête auprès des pharmacies

Avant le questionnaire, nous avons effectué une enquête auprès de plusieurs pharmacies du secteur (celles où nous avons déposé les questionnaires par la suite). Notre objectif final était de connaître les besoins en éducation thérapeutique des patients du territoire, mais nous trouvions important de recueillir en priorité l'avis des pharmaciens exerçant sur le territoire, leurs réponses étant complémentaires des réponses que nous avons ensuite recueillies avec le questionnaire.

Par exemple, un patient peut dire qu'il est observant et qu'il n'oublie jamais de prendre son traitement, et pourtant lors du renouvellement de son ordonnance, le pharmacien peut se rendre compte que le patient ne veut pas renouveler tous les médicaments, qu'il lui en reste... Cela peut traduire des difficultés d'observance. Inversement, le point de vue du professionnel de santé peut être erroné, on peut avoir l'impression qu'un patient connaît bien ses traitements, et au moment où la question est posée, on se rend compte que non. C'est pourquoi il est important, à notre sens, de recueillir les deux points de vue.

Nous avons donc demandé aux pharmacies si d'après elles, il y avait des domaines où il y avait plus de besoins en éducation thérapeutique que d'autres, s'il y avait un rapport particulier à la santé ou à la maladie d'après elles, des représentations ou des croyances particulières, ainsi que des problèmes d'observance. Nous avons posé ces questions par mail et par la suite, certaines ont répondu directement par mail. Pour les autres, j'ai été à leur rencontre et elles m'ont répondu à l'oral.

Tout d'abord, les titulaires de la première pharmacie nous ont donné leur ressenti sur la question : elles remarquent un **manque de connaissances** chez certaines personnes sur leur maladie et leurs traitements, surtout chez les **personnes âgées**, et notamment chez les personnes qui exerçaient un métier ne nécessitant pas un haut niveau scolaire. Par contre, elles ne savent pas si la patientèle serait intéressée pour en savoir plus sur leurs traitements. Elles remarquent également que beaucoup de patients suivent l'avis des médecins sans se poser trop de questions, il y a une grande



confiance envers les médecins généralistes, qui sont souvent des médecins de famille, depuis des années. Attention ces avis ne concernent pas toute leur patientèle, elles ne font pas de généralités, mais c'est ce qui est ressorti de leur réflexion.

Nous avons ensuite eu l'avis de la pharmacienne titulaire d'une deuxième pharmacie du secteur. Pour elle, il y aurait trois domaines pour lesquels il y aurait plus de besoin en éducation thérapeutique :

- Le **diabète**, qui est une maladie très compliquée à comprendre, et qui nécessite parfois des adaptations posologiques en fonction des apports et/ou de l'activité physique.
- Les **pathologies cardiovasculaires**, et notamment la **prise en charge en post-infarctus** : les patients ne comprennent pas pourquoi ils ont un traitement hypocholestérolémiant alors qu'ils n'ont pas de cholestérol, ou alors ils ne prennent pas le sachet de Kardegic car il leur en reste (ils l'oublient, ou ne voient pas trop l'intérêt de le prendre).
- Toutes les **pathologies musculo-squelettiques qui** nécessitent de bouger malgré les douleurs (sauf en crise) type sciatique, ou lumbago, douleur des genoux, arthrose... où la prise en charge médicamenteuse doit absolument être accompagnée de sport, d'une bonne alimentation, voire d'une perte de poids, des traitements préventifs pour l'arthrose par exemple... et souvent cela pêche de ce côté-là.

Nous avons ensuite eu l'avis des titulaires d'une troisième pharmacie du secteur. D'après elles, leur patientèle est **en demande d'explications et d'accompagnement** sur leur traitement. Elles pensent que ce serait plus intéressant de cibler sur un domaine de pathologies au niveau du questionnaire à transmettre aux patients, et également pour que l'analyse soit plus cohérente. Au niveau des domaines où il y aurait besoin d'éducation thérapeutique, elles ont également pensé au domaine des **pathologies cardiovasculaires**, où il y aurait des besoins, ainsi que les **traitements psychiatriques**. En effet, pour elles, dans de nombreux cas, les patients n'ont pas de réel accompagnement, avec des traitements souvent prescrits par les médecins généralistes, et sans réel suivi par un spécialiste. Elles rajoutent que parfois, les patients ont un mauvais vécu de leur pathologie, notamment à cause du regard de la population.

Nous avons également contacté une pharmacienne adjointe ayant longtemps travaillé dans le secteur. Elle connaît bien les patients du territoire. Pour elle, le domaine des **pathologies cardiovasculaires** est également un des domaines où il y aurait le plus de besoins en éducation thérapeutique. Elle pense également que pour les questionnaires, il vaut mieux se cibler vers une pathologie. Au niveau des pathologies cardiovasculaires, elle a souvent entendu de la part des patients que leur cardiologue ne leur avait pas forcément fourni assez d'explications au moment de l'instauration des traitements, et par la suite, certains patients sont perdus car on leur rajoute au fur et à mesure des traitements, mais c'est rare qu'on en supprime. Elle pense que dans certains cas, si on se posait la question de l'utilité de tous les médicaments, on pourrait en arrêter quelques-uns et donc les patients s'y retrouveraient peut-être mieux ensuite.

Nous avons enfin recueilli le ressenti de la titulaire d'une dernière pharmacie du secteur. Cette dernière a également remarqué que les domaines où les besoins en éducation thérapeutique sont les plus importants sont, à son sens, **le diabète et les pathologies cardiovasculaires**.

Au vu de tous ces avis, nous avons donc décidé de cibler notre étude sur les **pathologies cardiovasculaires**, et donc de distribuer les questionnaires seulement aux patients qui avaient au moins deux lignes de traitement cardiovasculaire.

Par la suite, nous avons reçu également le ressenti d'une autre pharmacie, mais nous avons déjà décidé de cibler la thèse sur les pathologies cardiovasculaires. Pour eux, les domaines où il y a le plus de choses à faire en éducation thérapeutique sont le **diabète, l'hypertension artérielle** et les **pathologies cardiaques**.

Dans leur patientèle, ils voient beaucoup de diabétiques de type 2, qui n'ont pas forcément bénéficié de l'accompagnement nécessaire au début de leur traitement. Ils intègrent le fait qu'ils sont diabétiques, mais le suivi est insuffisant à leur sens. Les conseils hygiéno-diététiques ne sont pas assez mis en avant par les médecins. Peu de patients sont suivis par un diabétologue, la plupart ne sont suivis que par un généraliste, et donc les patients ne sont pas assez sensibilisés à l'effort à faire au niveau activité physique et alimentaire.

Pour l'hypertension, les patients leur semblent un peu plus sensibilisés, de nombreux patients achètent un tensiomètre pour autocontrôle.

Pour ce qui est de l'observance, elle leur paraît plutôt correcte en général pour les traitements chroniques.

## B) Questionnaire destiné aux patients

### 1) Matériel et méthode

Le questionnaire s'intitule « **Questionnaire sur les médicaments pour le cœur** ». Celui-ci a été distribué dans 7 pharmacies du secteur (citées précédemment). Ce questionnaire a été mis à disposition dans les pharmacies entre le 1<sup>er</sup> décembre 2020 et le 7 février 2021. Les différentes pharmacies ont permis de remplir 38 questionnaires. Pour atteindre un nombre plus conséquent de questionnaires, j'ai moi-même fait remplir 12 questionnaires pendant mon stage de six mois à la pharmacie Nafarroa à Saint Jean Pied de Port. En totalité, j'ai donc récupéré 50 questionnaires remplis.

Ce questionnaire comporte 11 questions. Selon les pharmacies, la plupart des patients ont répondu au questionnaire au comptoir, mais certains ont préféré emporter le questionnaire et le remplir chez eux, puis le ramener à la pharmacie ensuite.

Le questionnaire présente de nombreux objectifs. Tout d'abord, il permet de voir si les patients connaissent le **nom de leurs médicaments**, ainsi que leurs **indications**. Il permet également d'appréhender le **niveau d'information** des patients, ainsi que leur **intérêt pour en savoir plus** sur leurs traitements. Le questionnaire permet également d'évaluer rapidement **l'observance** des patients.

Pour rappel, les questions auxquelles je voulais répondre en distribuant ce questionnaire sont les suivantes :

- Quel est le niveau d'observance dans cette population ?
- Quel est leur niveau de connaissance vis-à-vis de leur traitement ?
- Les patients sont-ils intéressés pour en savoir plus sur leurs médicaments ?

- Et surtout, y a-t-il un **besoin en éducation thérapeutique** dans cette population ?

Le questionnaire se trouve en annexe.

Il est précisé sur le questionnaire que les réponses sont anonymes, et que les patients peuvent donc répondre librement aux questions. Il a été choisi de **privilégier des questions ouvertes**, pour que les patients puissent exprimer le plus précisément possible leur ressenti. En effet, sur les 11 questions du questionnaire, 8 sont des questions ouvertes et 3 sont des questions fermées.

## 2) Résultats

Ce questionnaire comporte 11 questions. Selon les pharmacies, la plupart des patients ont répondu au questionnaire au comptoir, mais certains ont préféré emporter le questionnaire et le remplir chez eux, puis le ramener à la pharmacie ensuite.

Parmi les patients ayant répondu au questionnaire, il y a **68% d'hommes et 32% de femmes** (rapport moyen H/F = 2,1, c'est-à-dire 16 femmes et 34 hommes).

L'âge des patients varie de 43 ans à 96 ans, avec une moyenne d'âge à **69,8 ans**.

Lors du questionnaire, nous avons également voulu connaître la **profession** des patients. Parmi eux, 19 ont une profession considérée comme décalée, ce qui représente 38% des réponses, et 31 ont une profession considérée comme classique, ce qui représente 62% des réponses.

Les professions considérées comme décalées, sont celles qui imposent un rythme particulier, des horaires plutôt contraignants, ou une pression importante. Les patients exerçant des professions dites décalées seront peut-être plus difficiles à mobiliser en éducation thérapeutique.

Dans la question suivante, il est demandé aux patients de citer le nom de leurs médicaments. Le nombre de médicaments des patients varie de 1 à 9, avec une **moyenne de 4,3 médicaments**.

Les principales **indications** des traitements sont **l'hypertension artérielle** (cité 20 fois, c'est-à-dire dans 40% des cas), **l'infarctus du myocarde** (cité 14 fois, c'est-à-dire dans 28% des cas), le **diabète** (cité 8 fois, c'est-à-dire dans 16% des cas), le **cholestérol** (cité 6 fois, c'est-à-dire dans 12% des cas), l'insuffisance **cardiaque** (cité 5 fois, c'est-à-dire dans 10% des cas), des problèmes de **rythme cardiaque** (cité 5 fois = 10% des réponses). Les patients ont aussi abordé dans certains cas la présence de **valves** (cité 2 fois = 4% des réponses), ainsi que **l'AVC** (cité 2 fois, c'est-à-dire dans 4% des cas). **L'insuffisance coronarienne** a été retrouvée dans 2 questionnaires (4%). Enfin, un patient a parlé d'**artérite** et un autre a parlé de **cirrhose hépatique et de saignements digestifs**. La **prévention primaire** a été retrouvée une fois. Un patient n'a pas répondu à la question, et 3 patients n'ont pas su citer les indications de leur traitement (6% des répondants).

Nous pouvons relever plusieurs points importants dans les réponses de ce questionnaire.

Tout d'abord, pour ce qui est de la connaissance de leur traitement, **78% des patients ont répondu de façon complète** en citant le nom de tous leurs médicaments.

Ensuite, lorsqu'on demande aux patients quels sont pour eux les points négatifs à prendre leur traitement, **34% des patients se plaignent d'effets indésirables**, ce qui est un pourcentage assez important. Par contre, on observe aussi un autre résultat important : **22% des patients ne voient aucun point négatif** à prendre leur traitement.

Ensuite, on peut observer que **92% des patients disent se sentir assez informés** pour gérer leur traitement.

De plus, **76% des patients ayant répondu au questionnaire disent ne pas être intéressés pour en savoir plus sur leur traitement**, ce qui est un pourcentage très important, la plupart évoquant une

bonne connaissance de leur traitement ou un bon suivi médical. Pour les patients qui souhaiteraient en savoir plus sur leur traitement, la plupart voudrait avoir des informations sur les effets indésirables des médicaments.

Pour ce qui est du recours aux professionnels de santé pour les patients, **le pharmacien est cité au total dans 52% des réponses**. Dans 42% des réponses, seul le médecin (généraliste ou spécialiste) est cité lorsqu'on demande aux patients à qui ils demanderaient conseil s'ils avaient une question à propos de leur traitement.

Enfin, un dernier pourcentage important est le nombre de patients ayant déjà oublié leur traitement. En effet, **52% des patients déclarent avoir déjà oublié leur traitement**, la principale cause d'oubli étant **l'horaire de prise** : en effet, 62% des patients qui disent avoir déjà oublié leur traitement évoquent des problèmes d'horaires de prise. Les autres causes d'oublis évoquées sont la fête et le boitage (évoquées une fois).

Les réponses aux questions suivantes ont été retranscrites dans le tableau suivant.

Question	n	%
<b>Connaissance de leurs médicaments</b>		
- Complet	39	78
- Incomplet	9	18
- Non répondu	2	4
<b>Points positifs du traitement</b>		
- Bien être	13	26
- Traitement	11	22
- Nécessité	5	10
- Contrôle	4	8
- Réassurance	2	4
- Santé	2	4
- Espoir	1	2
- Sécurité	1	2
- Aucun	1	2
- Ne sait pas	1	2
- Non répondu	9	18
<b>Points négatifs</b>		
- Effets indésirables	17	34
- Aucun	11	22
- Fréquence	2	4

- Pensée	2	4
- Contrainte	1	2
- Coût	1	2
- Dépendance	1	2
- Quantité	1	2
- Rappel maladie	1	2
- Non répondu	13	26
<b>Information pour la gestion du traitement</b>		
- Oui	46	92
- Non	3	6
- Oui et non	1	2
<b>Intérêt pour en savoir plus</b>		
• <u>Non</u>	38	76
- Bonne connaissance	11	29
- Bon suivi	9	24
- Habitude	2	5
- Pas le temps	1	3
- Pas intéressé	1	3
- Non répondu	1	3
• <u>Oui</u>	11	22
- Effets indésirables	6	54
- Hygiène de vie et alimentation	1	9
- Metformine (diabète mal équilibré)	1	9
- Effets à long terme et génériques	1	9
- Statines (notamment Crestor)	1	9
- Non répondu	1	9
<b>Conseil médicament</b>		
- Médecin	21	42
- Médecin et pharmacien	17	34
- Pharmacien	8	16
- Médecin et internet	2	4
- Médecin, pharmacien et internet	1	2
- Non répondu	1	2
<b>Oubli</b>		
• <u>Non</u>	24	48
• <u>Oui</u>	26	52
- Horaire	16	62
- Rarement	6	23
- Boitage	1	4
- Début	1	4
- Fête	1	4

- Parfois	1	4
-----------	---	---

Tableau 10 : Réponses au questionnaire patient

Au vu du nombre important d'oublis de traitement dans cette population, nous avons décidé de nous pencher sur les patients qui disent avoir déjà oublié leur traitement, et nous avons donc analysé les réponses aux différentes questions du questionnaire en fonction de leur réponse à la question sur l'oubli. Ces réponses sont recensées dans le tableau suivant.

	Oubli oui : 26	Oubli non : 24
<b>Genre H/F</b>		
- Femme	8 = 30,8%	8 = 33,3%
- Homme	18 = 69,2%	16 = 66,7%
<b>Age moyen</b>	67,1 ans	72,6 ans
<b>Connaissance de leurs médicaments</b>		
- Complet	18 = 69%	21 = 87,5%
- Incomplet	7 = 27%	2 = 8,3%
- Ne sait pas	1 = 3,9%	1 = 4,2%
<b>Points positifs</b>		
- Traitement	8 = 30,8%	3 = 12,5%
- Bien être	6 = 23%	7 = 29,2%
- Nécessité	3 = 11,5%	2 = 8,3%
- Contrôle	2 = 7,7%	2 = 8,3%
- Espoir	-	1 = 4,2%
- Réassurance	1 = 3,9%	1 = 4,2%
- Santé	1 = 3,9%	1 = 4,2%
- Sécurité	1 = 3,9%	-
- Aucun	-	1 = 4,2%
- Non répondu	3 = 11,5%	6 = 25%
- Ne sait pas	1 = 3,9%	-
<b>Points négatifs</b>		
- Effets indésirables	10 = 38,5%	7 = 29,2%
- Fréquence	2 = 7,7%	-
- Aucun	5 = 19,2%	6 = 25%
- Dépendance	1 = 3,9%	-
- Pensée	1 = 3,9%	1 = 4,2%
- Quantité	1 = 3,9%	-
- Contrainte	-	1 = 4,2%
- Coût	-	1 = 4,2%
- Rappel maladie	-	1 = 4,2%
- Non répondu	6 = 23%	7 = 29,2%



<b>Suffisamment informé</b>		
- Oui	23 = 88,5%	23 = 95,8%
- Non	2 = 7,7%	1 = 4,2%
- Oui et non	1 = 3,9%	-
<b>Intérêt pour en savoir plus</b>		
• <u>Non</u>	21 = 80,8%	17 = 70,8%
- Suivi	6 = 28,6%	4 = 23,5%
- Bonne connaissance	5 = 23,8%	6 = 35,3%
- Habitude	1 = 4,8%	1 = 5,9%
- Pas le temps	1 = 4,8%	-
- Pas très intéressé	-	1 = 5,9%
- Non répondu	-	1 = 5,9%
• <u>Oui</u>	5 = 19,2%	6 = 25%
- Effets indésirables	3 = 60%	2 = 33,3%
- Effets à long terme et génériques	1 = 20%	-
- Sur les statines (Crestor)	-	1 = 16,7%
- Alimentation et hygiène de vie	-	1 = 16,7%
- Metformine (diabète mal équilibré)	-	1 = 16,7%
- Mode d'action et effets indésirables	-	1 = 16,7%
- Non répondu	1 = 20%	1 = 16,7%
• <u>Non répondu</u>	-	1 = 4,2%
<b>Recours conseil médicament</b>		
- Médecin	12 = 46,1%	9 = 37,5%
- Pharmacien et médecin	7 = 26,9%	10 = 41,7%
- Pharmacien		
- Médecin et Internet	5 = 19,2%	3 = 12,5%
- Pharmacien, médecin et internet	1 = 3,9%	1 = 4,2%
- Non répondu	-	1 = 4,2%
	1 = 3,9%	1 = 3,9%

Tableau 11 : Réponses aux questions en fonction des oublis

Lorsqu'on croise les réponses aux différentes questions, on remarque plusieurs résultats intéressants :

- Sur les trois personnes qui ne s'estiment **pas assez informées** pour gérer leur traitement, deux d'entre elles évoquent comme point négatif à leur traitement la présence **d'effets indésirables**.
- Chez les personnes qui se considèrent **assez informées** pour gérer leur traitement, **32,6%** évoquent comme aspect négatif à leur traitement la présence **d'effets indésirables**.
- Chez les personnes qui se sentent **suffisamment informées** pour gérer leur traitement, **17,4%** sont quand même **intéressées pour en savoir plus** sur leur traitement.
- Chez les personnes qui ne sont **pas intéressées pour en savoir plus** sur leur traitement, **34,2%** évoquent comme aspect négatif à leur traitement la présence **d'effets indésirables**.
- Chez les personnes qui se considèrent **suffisamment informées** pour gérer leur traitement, **50%** d'entre elles disent **oublier leurs médicaments**. Parmi ces personnes à qui ça arrive d'oublier leur traitement, 12 personnes disent que c'est à cause des horaires, ce qui représente 52,2% des cas.

Si on analyse le tableau 11 comportant les réponses aux questions en fonction des réponses à la question des oublis, on peut également relever plusieurs résultats importants :

- **19,2%** des personnes qui ont **déjà oublié leur traitement**, ne voient **aucun point négatif** à prendre leur traitement.
- **38,5%** des personnes qui **oublient leur traitement** se plaignent **d'effets indésirables** (contre 29,2% chez les personnes qui n'oublient pas leur traitement).
- Chez les personnes qui **oublient leur traitement**, seuls 7,7% des personnes ne se sentent pas suffisamment informés (**88,5%** des personnes qui oublient se disent **suffisamment informées**).

- **80,8%** des personnes qui **oublient** ne sont **pas intéressées pour en savoir plus** sur leurs médicaments (la plupart disent qu'ils ont une bonne connaissance de leur traitement ou un bon suivi médical).
- Chez les personnes qui oublient, il n'y a pas de différence significative entre femme et homme, mais par contre la **moyenne d'âge** est légèrement **plus jeune** chez ceux qui oublient leur traitement (67,1 ans contre 72,6 ans pour la population qui n'a jamais oublié son traitement).
- Il y a **moins de gens** qui se sentent **informés** chez les personnes qui **oublient** leur traitement, que chez les personnes qui n'oublient pas leur traitement (88,5% contre 95,8%), mais ce n'est pas ça qui pose le plus problème.

### 3) Discussion

Dans l'analyse des réponses aux questionnaires, plusieurs points sont à souligner. Ces points vont nous permettre de dégager ensuite plusieurs axes de travail importants.

Tout d'abord, il faut avoir en tête que l'**échantillon** pris étant assez **réduit** (n=50), les différences entre deux groupes ne sont **pas forcément significatives** d'un point de vue statistique. On relèvera donc principalement des **tendances** différentes entre les groupes.

Au début du questionnaire, il est demandé aux patients de citer les noms de leurs médicaments. 78% des patients répondent de façon complète à cette question et citent le nom de tous leurs médicaments. Cependant, cette question est **biaisée**, car la majorité des patients ont répondu à ce questionnaire au comptoir, à la pharmacie. Ils pouvaient donc potentiellement avoir les boîtes de médicaments devant eux, et/ou leur ordonnance. Ces réponses ne sont donc pas complètement interprétables.

Le premier résultat à souligner est le **nombre d'oubli**. En effet, 52% des patients qui répondent au questionnaire affirment avoir déjà oublié leur traitement, c'est donc un résultat assez conséquent.

De plus, avec ce questionnaire, nous sommes sur du déclaratif, ce qui signifie que les chiffres peuvent être sous-estimés par rapport à la réalité.

On remarque que **19,2% des personnes qui oublient** leur traitement ne trouvent **aucun point négatif** à prendre leur traitement. Ce résultat montre que même si les personnes oublient leurs médicaments, elles ne se rendent pas forcément compte que c'est un problème.

**38,5% des personnes qui oublient leur traitement se plaignent d'effets indésirables**, ce qui est un pourcentage non négligeable. La présence d'effets indésirables pourrait donc potentiellement être un des facteurs d'oubli des patients.

La grande majorité des personnes qui **oublient leur traitement**, se disent **assez informées** pour gérer leur traitement (88,5%) et ne sont **pas intéressées pour en savoir plus** sur leurs médicaments (80,8%), notamment parce qu'elles disent avoir une bonne connaissance de leur traitement ou un bon suivi médical.

En effet, d'après les chiffres, les personnes qui sont les plus intéressées pour en savoir plus sur leurs médicaments ne sont pas celles qui oublient leur traitement.

La moyenne d'âge a également tendance à être **plus jeune** chez les personnes qui **oublient**, même si la différence n'est pas statistiquement significative. Par contre, il n'y a pas de différence entre homme ou femme : les hommes sont plus nombreux à oublier, mais ils sont également plus nombreux à répondre au questionnaire.

Le deuxième point que nous pouvons souligner, est le nombre de patients qui sont **intéressés pour en savoir plus sur leur traitement** : ils représentent **22% des réponses**, ce qui est un bon résultat à prendre en compte.

Un autre résultat intéressant à noter est que certaines personnes sont **intéressées pour avoir plus d'informations** alors qu'elles se sentent **assez informées pour gérer leur traitement**, ce qui est

assez contradictoire. En effet, 17,4% des personnes assez informées veulent quand même en savoir plus sur leur traitement.

Pour ce qui est de l'analyse générale du questionnaire, lorsqu'on analyse les réponses depuis le début, on a plutôt l'impression qu'il n'y a pas de problème particulier : les **médicaments** sont **bien connus** (même si la question est biaisée), les **indications également**. Les patients se disent **assez informés** pour gérer leur traitement, et ne sont **pas intéressés pour en savoir plus**. Cependant, on voit lorsqu'on approfondit qu'une bonne partie des patients se plaignent **d'effets indésirables**, et surtout, on constate des **difficultés d'observance**, puisque la moitié des patients déclare avoir déjà oublié son traitement. Ces résultats montrent plutôt un état de **résignation** dans la population : ils constatent des effets indésirables, mais ne sont quand même pas intéressés pour régler cela. Le **vécu du traitement** n'est donc pas très bon. Ils ne se rendent pas forcément compte que ces oublis et ces effets indésirables sont des problèmes, et qu'on peut potentiellement y trouver des solutions.

## V. Besoins en éducation cardiovasculaire au Pays Basque intérieur

### A) Problématiques relevées

#### 1) 1<sup>er</sup> axe de travail : les difficultés d'observance

On observe très clairement des **difficultés d'observance** chez les patients ayant répondu à ce questionnaire : en effet, 52% des patients déclarent avoir déjà oublié leur traitement. Chez 62% d'entre eux, ces oublis sont dus aux **horaires**. Comme autre cause d'oubli, un patient a évoqué la **fête** et un autre le boitage, c'est-à-dire plutôt un problème **d'organisation**. Enfin, d'autres patients ont répondu « parfois » ou « rarement », mais ces réponses ne sont pas interprétables car elles ne nous apportent pas la cause de l'oubli.

Il est important de caractériser la population qui déclare avoir déjà oublié son traitement : Cette population a une moyenne d'âge de **67,1 ans**. Elle a une bonne connaissance de ses traitements (69% d'entre eux citent leurs médicaments de façon complète). Par contre, les patients qui oublient leur traitement ont une **moins bonne connaissance de leurs médicaments** que les patients qui ne les oublient pas. Ensuite, 38,5% d'entre eux se plaignent **d'effets indésirables** dus à leur traitement. La majorité se sent **suffisamment informée** pour gérer ses médicaments (88,5%) et n'est **pas intéressée** pour en savoir plus sur ses traitements (80,8%). Ces personnes citent en premier lieu le **médecin** comme recours s'ils ont une question sur leurs médicaments, et le pharmacien ensuite.

Chez les patients qui oublient leur traitement, il y a donc plus de personnes qui ne connaissent pas leur traitement que chez les personnes qui n'oublient pas, plus de personnes qui ne sont pas assez informées, plus de gens qui n'ont pas d'intérêt pour en savoir plus, et plus de gens qui ont recours au médecin si besoin.

Le principal facteur d'oubli des médicaments est donc **l'horaire de prise**. Il a été demandé aux patients de préciser quel médicament, à quelle fréquence et pourquoi ils l'oubliaient. Parmi les réponses, on relève les verbatim ci-dessous.

Chez certains patients, l'horaire de prise du **matin** pose le plus de problème :

- « Le Kardegic et le Tahor de temps en temps parce que je les prends le soir et que je prends le reste de mes médicaments le matin. »
- « Cela m'arrive rarement, et lorsque ça m'arrive c'est plutôt le matin car je suis un peu pressée. »
- « Exforge et Januvia le matin car je fais un jeûne intermittent et parfois j'oublie. »

Seulement deux patients évoquent plutôt la prise du **midi** comme étant problématique :

- « Kardegic (le midi). »
- « Ça m'est arrivé, ceux du midi, pas souvent. »

Pour la plupart des patients interrogés, c'est plutôt la prise du **soir** qui pose problème aux patients :

- « Le soir pour le cholestérol, pas souvent mais ça arrive. »
- « Une fois (un soir) en 3 ans. »
- « Celui du soir... Mais relativement rarement car mon épouse me le rappelle souvent, elle-même étant sous traitement mais pour d'autres pathologies. »
- « Les médicaments du soir (eliquis et amlodipine) 2 ou 3 fois par mois. »
- « Très rarement, entreto une ou deux fois le soir. »
- « Une fois par mois, je ne sais pas pourquoi le soir je fais d'autres trucs. "oh mince je l'ai oublié, j'ai pas envie de redescendre" (au lit). »
- « Ça peut arriver, éventuellement le soir. »
- « Très rarement, plutôt celui du soir ».

On voit très clairement que pour ces personnes, la cause de l'oubli est bien le **moment de prise**. C'est un levier d'action important : dans la plupart des cas, il est possible d'adapter au mieux la prise de ces médicaments au rythme de vie des patients, mais ils ne le savent pas forcément.

Par exemple, les patients évoquent la prise de Kardegic le midi : ce sont des habitudes de prescription, mais les patients pourraient aussi bien le prendre le matin ou le soir, quand ça les arrange le plus. C'est aussi possible pour l'Atorvastatine qui ne doit pas forcément être pris le soir, l'Exforge, Januvia, l'Amlodipine, ainsi que de nombreux autres médicaments qui n'ont pas forcément un moment de prise particulier, ce sont surtout des habitudes de prescription.

Dans la plupart des cas, il est donc possible de faire des adaptations de traitement chez ces patients, pour que leur moment de prise ne soit plus un problème et qu'ils n'aient plus de difficultés d'observance. Seulement la plupart des patients ne le savent pas, et ne se rendent pas compte que c'est un problème de ne pas les prendre correctement. Ils ne font donc pas forcément remonter le problème. Il faudrait donc communiquer dessus, cela permettrait également d'améliorer la qualité de vie de ces patients ainsi que leur vécu de la maladie.

Si on regarde de plus près les verbatim des patients, on a l'impression que la prise de médicament le **soir** pose plus de problème. En effet, neuf patients disent plutôt oublier leur traitement du soir, deux patients oublient plutôt leur traitement du matin, et deux patients oublient leur traitement le midi. Cela peut donc être intéressant de travailler dessus, et d'insister sur les médicaments à prendre le soir chez ces patients. Mais attention à ne pas faire de généralités, même si dans ces résultats, c'est plutôt la prise du soir qui pose problème, ce n'est pas forcément la généralité, il faut s'adapter à la situation de chaque patient.

Les autres facteurs d'oubli des patients, après l'horaire, sont les **effets indésirables**, la **fréquence de prise**, la **dépendance**, et le **rappel de la maladie**. Ici, il semble que les patients ne mesurent pas forcément l'enjeu de prendre leurs médicaments tels que prescrits. En effet, selon eux, ils ont une bonne connaissance de leur traitement et bénéficient d'un bon suivi... Pourtant, il leur arrive d'oublier leur traitement. Cela démontre un **manque d'appropriation** de ces patients vis-à-vis de leur état de santé.

L'adaptation du traitement au rythme de vie constitue donc un des axes de travail qu'il serait important d'aborder lors d'ateliers d'éducation thérapeutique.



## 2) 2<sup>ème</sup> axe de travail : la qualité de vie

Nous avons vu que 34% des patients ayant répondu au questionnaire décrivent comme aspect négatif à prendre leur traitement la présence **d'effets indésirables**. C'est un pourcentage assez élevé, qui montre qu'il y a des choses à faire au niveau de la qualité de vie des patients.

Parmi les effets indésirables mentionnés par les patients, on retrouve les verbatim suivants :

Nous avons essayé de regrouper ces effets indésirables par type.

Certains patients évoquent une **fatigue** et un **manque d'énergie** suite à cette prise de médicaments :

- « Plus essoufflé, plus de force »
- « Impression de moins de pêche/"niaque" depuis la prise des médicaments »
- « Ralentissement rythme cardiaque, fatigue ».

D'autres patients évoquent des problèmes de tolérance de leur traitement au niveau **digestif** :

- « Quelques douleurs d'estomac, et fatigue lors de la prise du Cardensiel »
- « Metformine : problèmes intestinaux qui conditionnent l'activité de la journée et donc la prise du médicament. (+ interruption volontaire de la Metformine) »
- « Envie de rendre, étourdissements, mal de tête --> environ 6h par jour »

Pour certains patients, c'est la prise de **statines** qui pose problème :

- « Observance, contrainte, douleurs articulaires dues aux statines, fatigue plus marquée. »
- « Je pense qu'à la longue ces molécules ne sont pas bonnes pour le corps. »
- « Doute sur Crestor sur les effets indésirables »
- « Beaucoup de douleurs musculaires, de courbatures. Accentuation de ces douleurs déjà présentes, mais plus supportables, avant la prise des traitements. »

Des problèmes d'**hémorragies** ont également été évoqués par deux patients :

- « C'est flippant, + bleus/taches dans les jambes, une horreur »
- « 1 épistaxis, toux durant plusieurs mois lors de la prise du coversyl (cela a cessé par la suite). »

Enfin, des patients ont parlé d'effets indésirables moins attendus :

- « Assèchement de la bouche (pâteuse) »
- « Il faut le prendre, + énormes problèmes d'aphtes (effets indésirables) --> herboriste »

Pour agir sur ces effets indésirables ressentis par les patients, on dispose de plusieurs possibilités.

Dans certains cas, la **molécule en cause peut être changée** (avec accord du médecin) pour une autre classe qui ne produit pas ces effets indésirables.

Par exemple pour les statines, parfois si les douleurs musculaires ou articulaires sont trop invalidantes, le médecin peut décider de prescrire plutôt l'Ezetimibe. Cette molécule peut aussi provoquer des myalgies mais dans certains cas, les patients le tolèrent mieux. Le médecin peut aussi décider de diminuer le dosage, ou de prescrire le médicament un jour sur deux. Ces décisions s'évaluent au cas par cas, également en fonction des analyses sanguines et de l'objectif thérapeutique.

Pour d'autres effets indésirables, les molécules en cause peuvent s'avérer indispensables, et le médecin peut ne pas avoir d'autre moyen que prescrire ce médicament à ce dosage-là. Dans ce cas-là, dans le cadre de l'éducation thérapeutique, l'approche sera différente : il s'agira de **réexpliquer la balance bénéfice/risque du médicament**. Cela peut être le cas par exemple des antiagrégants plaquettaires prescrits en prévention secondaire, qui peuvent provoquer des saignements, des hématomes.

D'autres effets indésirables peuvent également être résolus en adaptant mieux la prise du médicament au rythme de vie. Par exemple, certains médicaments seront mieux tolérés en les prenant

au cours du repas (comme la Metformine citée dans les réponses), d'autres en dehors du repas. Certains seront mieux tolérés en 2 prises, etc.

Dans ce questionnaire, des **problèmes de tolérance de statines** sont retrouvées plusieurs fois, il peut donc être intéressant de se pencher dessus lors d'ateliers d'éducation thérapeutique avec ces patients.

Les patients n'en ont pas forcément toujours conscience, mais cela peut être très important de parler de tous ces effets indésirables à leur médecin ou à leur pharmacien pour pouvoir agir dessus et permettre une meilleure qualité de vie.

Ces effets indésirables peuvent constituer un levier important d'action en éducation thérapeutique, cependant il faut également communiquer dessus car pour certains patients, comme c'est un effet attendu du médicament, ce n'est pas forcément quelque chose sur lequel on peut jouer.

### 3) 3<sup>ème</sup> axe de travail : les patients en demande d'information

Lorsque l'on regarde les réponses globales aux questionnaires, **22%** des patients ayant répondu aux questionnaires se disent **intéressés pour en savoir plus sur leurs médicaments**, et sont donc **en demande d'informations**. C'est un pourcentage intéressant et non négligeable, et c'est un des points positifs à tirer de ce questionnaire, même s'il y a plus de gens qui n'ont pas de difficultés d'observance chez ces patients qui sont en demande d'informations.

Dans la majorité des cas, cette demande d'informations concerne les effets indésirables des médicaments, à propos desquels on peut constater de nombreuses plaintes (dans la question « points négatifs » notamment).

Lorsqu'on demande aux patients ce qu'ils voudraient approfondir à propos de leurs médicaments, on retrouve parmi les réponses les verbatim suivants :

- « Au niveau alimentaire et hygiène de vie »
- « Les effets à long terme et les génériques »
- « Effets secondaires »
- « Sur les statines (Crestor) »
- « La connaissance des effets secondaires induits par la prise de ces médicaments, notamment les statines »
- « Les méfaits, les effets... »
- « Connaître le meilleur moment pour les prendre, et limiter certains effets indésirables »
- « 1) Est-il possible de réduire la fréquence de prise des médicaments ? 2) Conséquences sur le foie ? »
- « Mode d'action et effets secondaires »
- « La metformine (diabète mal équilibré) »

Les **effets indésirables** constituent le sujet principal sur lequel les patients voudraient des informations, notamment au sujet des **statines**. Cette classe de médicaments peut en effet induire notamment des douleurs musculaires et/ou articulaires. Il est possible de palier à ces effets indésirables de différentes façons. Ces effets peuvent être atténués en diminuant la dose journalière de statines. Certains prescripteurs préconisent de prendre les statines de manière discontinue, par exemple un jour sur deux, s'il y a des problèmes de tolérance. Il est également possible de changer de classe de médicaments et de prescrire par exemple l'Ezétimibe. C'est donc primordial de prendre en compte ces effets indésirables, et d'en parler avec le médecin s'ils deviennent trop invalidants pour le patient.

Comme les patients veulent en savoir plus sur ce sujet, c'est un sujet qu'il faudrait aborder en priorité avec eux pendant un éventuel atelier d'éducation thérapeutique.

Quelques patients voudraient également des informations supplémentaires sur « la fréquence de prise des médicaments », « le meilleur moment pour les prendre ». Cela concerne plutôt **l'adaptation de la prise des médicaments à la vie du patient**. Ce serait donc également un sujet

important à aborder dans un éventuel entretien ou dans un atelier d'éducation thérapeutique. Cela permettrait également de jouer sur les difficultés d'observance des patients, étant donné que le principal facteur d'oubli relevé dans ces questionnaires constitue l'horaire de prise, et donc l'adaptation à la vie du patient.

#### 4) 4<sup>ème</sup> axe de travail : le recours au pharmacien

Lorsque l'on demande aux patients à qui ils demanderaient conseil s'ils avaient une question à propos de leurs médicaments, le pharmacien est cité dans 52% des réponses. Les autres réponses citées sont le médecin (qu'il soit spécialiste ou généraliste), et internet.

Ce pourcentage peut paraître important, mais il est nécessaire de remettre les choses dans leur contexte : la plupart des patients ont répondu au comptoir, au sein même de leur pharmacie, à un questionnaire posé par leur pharmacien. Les patients ont donc répondu à la pharmacie, et pourtant, près d'un patient sur deux n'a pas cité le pharmacien comme recours à propos de leurs médicaments.

Ce résultat s'explique en partie par le fait que dans cette population, il y a une très grande confiance au médecin, qui est souvent le même médecin de famille depuis des années. Il y a donc un réel travail à effectuer pour faire réaliser aux patients que le pharmacien a un rôle privilégié, qu'il est tout aussi compétent que leur médecin pour répondre à leurs questions sur les médicaments. De plus, le pharmacien constitue un recours plus disponible, de proximité. Il faut donc communiquer plutôt dans ce sens auprès des patients.

#### B) Que peut faire le pharmacien ?

Une des questions auxquelles nous voulions répondre avec ce questionnaire était : « Y a-t-il une utilité à proposer des ateliers d'éducation thérapeutique ? ». Au vu des problématiques relevées, il y a bel et bien une utilité, même si les patients ne s'en rendent pas forcément compte.

Toutes les actions qui peuvent être menées par le pharmacien en éducation thérapeutique vis-à-vis de cette population vont reposer sur une **communication appropriée**. En effet, plusieurs problématiques ont pu être relevées mais pour autant, de nombreux patients disent être suffisamment informés, ne veulent pas d'informations supplémentaires sur leurs médicaments. Par contre, ces patients se plaignent également de la présence d'effets indésirables de ces médicaments dans leur quotidien, et une grande partie de ces patients a également des difficultés d'observance. Il y a donc plusieurs leviers d'action possibles en éducation thérapeutique.

Cependant, les patients n'ont pas forcément l'air de se rendre compte qu'il y a un problème, que ce n'est pas normal d'oublier son traitement ou d'avoir certains effets indésirables, et qu'on peut jouer dessus. Si on leur annonce qu'on va faire un atelier d'éducation thérapeutique sur les médicaments cardiovasculaires, ils ne viendront pas car ils n'ont pas de problème et ne sont pas intéressés pour en savoir plus sur leur traitement. Il faut donc d'abord leur faire comprendre qu'il y a un problème, et qu'il existe des solutions.

Il faudrait annoncer ces ateliers d'éducation thérapeutique avec des affiches ou des flyers disponibles à la pharmacie, avec par exemple des phrases d'accroche qui montreraient directement les sujets qui seront abordés à l'atelier ou à l'entretien.

On peut prendre comme exemple deux affiches qu'on pourrait mettre en évidence à la pharmacie, avec des phrases d'accroche qui abordent les principaux problèmes rencontrés par les patients et donc qui pourraient potentiellement les intéresser. Par exemple, pour cette population, ce n'est pas utile d'aborder en phrase d'accroche la connaissance des médicaments ou de leurs mécanismes d'action, car ce n'est pas ce qui pose problème chez ces patients, ils ne se sentiront donc pas concernés ni attirés par ces ateliers.

Ces deux exemples d'affiches sont présents en annexes, en français et en basque.

Dans certains cas, la mise en place d'ateliers d'éducation thérapeutique n'est pas possible, souvent par manque de temps, ou de personnel. Le pharmacien d'officine peut agir dans ces domaines par d'autres moyens. Ces problèmes de tolérance, d'oubli ou d'observance peuvent parfois être décelés au comptoir, en posant certaines questions.

Par exemple, il peut arriver qu'un patient vienne à la pharmacie renouveler son ordonnance, et qu'il dise des phrases comme « pas celui-là, il m'en reste ». Cela arrive assez souvent et pourtant, on n'essaie pas forcément toujours d'en savoir plus. Pourtant, cela peut dans certains cas traduire un problème d'observance. Si on remarque que cela arrive plusieurs fois chez le même patient, il peut être important d'investiguer, et de demander directement au patient comment cela se fait qu'il lui en reste. On a vu que chez les patients ayant répondu au questionnaire, la plupart des oublis sont dus à un problème d'horaire. Cela peut donc être réglé assez facilement en adaptant la prise des médicaments à la vie du patient.

D'autres questions peuvent être posées par le pharmacien au comptoir pour déceler d'éventuels problèmes de tolérance des médicaments. Lorsqu'un patient vient à la pharmacie renouveler son traitement chronique, le pharmacien peut lui demander comment ça se passe avec ses médicaments, s'il les supporte bien, et s'il n'a pas remarqué d'effets indésirables depuis qu'il les prend. Si le patient répond qu'il a remarqué des effets indésirables, il est important de lui rappeler qu'il peut en parler à son médecin traitant, et que des solutions peuvent être mises en place.

Dans ce questionnaire, nous n'avons pas demandé aux patients ce qu'ils faisaient en cas d'oubli. Est-ce qu'ils décalent leur prise et la prennent un peu plus tard ? Est-ce qu'ils ne prennent pas du tout le médicament ? Cela aurait été intéressant de le savoir car toutes les situations n'ont pas le même impact, et cela peut donc être une question qu'on peut demander également au comptoir si on remarque des difficultés d'observance. Il faut s'assurer que le patient connaisse la marche à suivre en cas d'oubli de ses médicaments.

Si avec ces questions posées au comptoir, le pharmacien d'officine se rend compte qu'il y a un problème, mais qu'il est dans l'impossibilité de faire un atelier d'éducation thérapeutique, il peut prévenir le médecin traitant, et réorienter le patient vers une structure qui propose des ateliers ou des

entretiens thérapeutiques, s'il pense que cela serait bénéfique pour le patient et que le patient est intéressé.

Avant de se lancer dans des actions d'éducation thérapeutique, il est très important de faire une étude pour évaluer la situation sur le terrain et chez les patients. Au début, j'avais pensé qu'il serait intéressant de mettre en place un atelier d'éducation thérapeutique car il n'y en avait pas forcément beaucoup dans ce secteur. Cependant, en étudiant les réponses aux questionnaires, je me suis rendu compte que même s'il n'y avait pas beaucoup de programmes déjà présents, il n'y a pas non plus forcément de besoin, ou du moins, les patients n'en ont pas conscience. Cela implique que la mise en place d'ateliers thérapeutiques serait utile, mais que la communication sera très importante car il faut leur faire réaliser qu'il y a un problème avant. En effet, en éducation thérapeutique, on ne peut pas aider quelqu'un qui ne veut pas être aidé, il faut donc que la personne sache qu'il y a un problème, et que cela peut être bénéfique pour elle.

De plus, cette étude a été également importante car elle a permis de mettre en évidence des difficultés d'observance, qui n'avaient pas été abordés lorsqu'on a questionné les pharmacies à ce sujet.

Cependant, certaines avaient abordé la très grande confiance des patients en leur médecin, et cela s'est confirmé avec le questionnaire : le médecin est le premier professionnel de santé cité par les patients comme recours s'ils ont une question à propos de leurs médicaments. Cela a aussi été confirmé par les patients qui disent ne pas être intéressés pour avoir plus d'informations sur leur traitement : beaucoup expliquaient leur réponse en disant qu'ils avaient un bon suivi, qu'ils avaient confiance en leur médecin et que cela leur suffisait.

Il est donc très important de questionner les patients directement, pour ne pas faire de généralités et stigmatiser les patients, et partir de leur propre vécu avant de mettre en place une action d'éducation thérapeutique.



## Conclusion

L'objectif principal de cette étude était d'évaluer les besoins en éducation thérapeutique de la population en milieu rural isolé, qui peut avoir plus de difficultés pour l'accès à des programmes d'éducation thérapeutique du patient. Le domaine des pathologies cardiovasculaires avait été sélectionné plus précisément pour m'adapter à la population cible du Pays Basque intérieur. Pour répondre à nos différentes questions, nous avons effectué une enquête par le biais d'un questionnaire auprès de la patientèle ciblée.

Cette étude a permis de répondre aux principales questions que nous nous posions dans l'introduction, qui étaient pour rappel :

- Y a-t-il un besoin en éducation thérapeutique dans cette population ?
- Y aurait-il un intérêt à développer l'éducation thérapeutique du patient dans cet environnement rural isolé ?

En effet, il y a bien un besoin en éducation thérapeutique dans cette population, mais celui-ci n'est pas exprimé de façon claire et consciente dans les réponses des patients. Les difficultés d'observance ainsi que le mauvais vécu des effets indésirables des médicaments montrent qu'il y aurait un intérêt à développer l'éducation thérapeutique du patient dans cet environnement rural isolé. Cependant, les patients ne se rendent pas forcément compte du problème.

Le point important auquel il faudra réfléchir avant de mettre en place un programme d'éducation thérapeutique sera donc la communication. Il faut que les patients se rendent compte de leurs difficultés pour que ces actions puissent leur être bénéfiques.

C'est donc sur ce point que devront travailler les pharmaciens d'officine qui voudraient effectuer de l'éducation thérapeutique auprès de cette population, et moi également lors de mon exercice futur.

Cette étude a été importante pour être au plus près du vécu du patient. En effet, en éducation thérapeutique, il faut toujours partir du point de vue du patient, et ne pas transposer notre propre

idée. En effet, lorsque j'ai eu l'idée de cette thèse, je parlais du principe que comme les programmes d'éducation thérapeutique étaient assez rares dans ce domaine et dans cette zone géographique, il y avait forcément des besoins du côté des patients, et quelque chose à apporter. Mais ce n'est pas forcément le cas. Peut-être qu'il n'y a pas de programme d'ETP, mais qu'il n'y a pas de besoins non plus. Ici, si je n'avais pas effectué cette enquête avec les questionnaires, j'aurais peut-être proposé des ateliers ou des entretiens d'ETP sans forcément prêter attention à la communication : on peut supposer au vu des résultats que les patients ne se seraient pas forcément sentis concernés, et donc qu'ils n'auraient pas été intéressés par la démarche.

## **BIBLIOGRAPHIE**

- (1) : HAS. Éducation Thérapeutique du Patient : Définitions, finalités et organisation **[en ligne]**. Disponible sur : < [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/etp\\_-\\_definition\\_finalites\\_-\\_recommandations\\_juin\\_2007.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/etp_-_definition_finalites_-_recommandations_juin_2007.pdf) > (consulté le 16/05/2021).
- (2) : MARTIN-LATRY K. Vivre avec une maladie chronique, 5 mars 2019, Université de Bordeaux.
- (3) : GOLAY A, ROSSET C. Le pharmacien d'officine et son rôle dans l'éducation thérapeutique du patient. Revue médicale suisse **[en ligne]**. 2006, n°76. Disponible sur : < <https://www.revmed.ch/RMS/2006/RMS-76/30863> > (consulté le 16/05/2021).
- (4) : BOUTI I. Le développement de l'éducation thérapeutique du patient en officine. Pharmacie. Marseille : Faculté de Pharmacie de Marseille, 2017, 165 p.
- (5) : URPS PHARMACIENS PAYS DE LA LOIRE. Éducation thérapeutique du patient (ETP) **[en ligne]**. Disponible sur : < [https://urpspharmaciens-pdl.com/wp-content/uploads/2019/11/santepub\\_etp.pdf](https://urpspharmaciens-pdl.com/wp-content/uploads/2019/11/santepub_etp.pdf) > (consulté le 16/05/2021).
- (6) : ARS AUVERGNE-RHONE-ALPES. L'éducation thérapeutique du patient en pratique **[en ligne]**. Disponible sur : < <https://www.auvergne-rhone-alpes.ars.sante.fr/leducation-therapeutique-du-patient-en-pratique> > (consulté le 16/05/2021).
- (7) : HAS. Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques **[en ligne]**. Disponible sur : < [https://www.auvergne-rhone-alpes.ars.sante.fr/sites/default/files/2016-12/etp\\_-\\_guide\\_version\\_finale\\_2\\_pdf.pdf](https://www.auvergne-rhone-alpes.ars.sante.fr/sites/default/files/2016-12/etp_-_guide_version_finale_2_pdf.pdf) > (consulté le 16/05/2021).
- (8) : MARTIN LATRY K. Généralités sur l'éducation thérapeutique, 25 janvier 2019, Université de Bordeaux.

- (9) : VIDAL. Dyslipidémies **[en ligne]**. Disponible sur : < <https://www.vidal.fr/maladies/recommandations/dyslipidemies-1469.html#prise-en-charge> > (consulté le 16/05/2021).
- (10) : BATS ML. Rappels de biochimie concernant les principaux paramètres de suivi biologique, 27 février 2020, Université de Bordeaux.
- (11) : HAS. Prise en charge de l'hypertension artérielle de l'adulte **[en ligne]**. Disponible sur : < [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_2059286/fr/prise-en-charge-de-l-hypertension-arterielle-de-l-adulte](https://www.has-sante.fr/jcms/c_2059286/fr/prise-en-charge-de-l-hypertension-arterielle-de-l-adulte) > (consulté le 16/05/2021).
- (12) : VIDAL. Post-infarctus **[en ligne]**. Disponible sur : < <https://www.vidal.fr/maladies/recommandations/post-infarctus-4028.html#prise-en-charge> > (consulté le 16/05/2021).
- (13) : HAS. Stratégie médicamenteuse du contrôle glycémique du diabète de type 2 **[en ligne]**. Disponible sur : < [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-02/reco2clicks\\_diabete\\_type\\_2.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-02/reco2clicks_diabete_type_2.pdf) > (consulté le 16/05/2021).
- (14) : VIDAL. Diabète de type 2 : Prise en charge initiale **[en ligne]**. Disponible sur : < <https://www.vidal.fr/maladies/recommandations/diabete-de-type-2-prise-en-charge-initiale-1440.html#prise-en-charge> > (consulté le 13/03/2021).
- (15) : VIDAL. Angor stable **[en ligne]**. Disponible sur : < <https://www.vidal.fr/maladies/recommandations/angor-stable-1585.html#prise-en-charge> > (consulté le 16/05/2021).
- (16) : VIDAL. Insuffisance cardiaque chronique **[en ligne]**. Disponible sur : < <https://www.vidal.fr/maladies/recommandations/insuffisance-cardiaque-chronique-1584.html#prise-en-charge> > (consulté le 16/05/2021).
- (17) : VIDAL. Fibrillation auriculaire **[en ligne]**. Disponible sur : < <https://www.vidal.fr/maladies/recommandations/fibrillation-auriculaire-1710.html#prise-en-charge> > (consulté le 16/05/2021).

- (18) : OMEDIT CENTRE. Pour en savoir plus sur l'estimation de la balance bénéfiques/risques avec les AOD **[en ligne]**. Disponible sur : < [http://www.omedit-centre.fr/AOD/co/Pour\\_en\\_savoir\\_plus\\_sur\\_l\\_estimation\\_de\\_la\\_balance\\_benefices-  
risques\\_1.html](http://www.omedit-centre.fr/AOD/co/Pour_en_savoir_plus_sur_l_estimation_de_la_balance_benefices-risques_1.html) > (consulté le 16/05/2021).
- (19) : HAS. Prise en charge de l'artériopathie chronique oblitérante athéroscléreuse des membres inférieurs (indications médicamenteuses, de revascularisation et de rééducation) **[en ligne]**. Disponible sur : < [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/AOMI\\_recos.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/AOMI_recos.pdf) > (consulté le 16/05/2021).
- (20) : VIDAL. Artériopathie des membres inférieurs **[en ligne]**. Disponible sur : < <https://www.vidal.fr/maladies/recommandations/arteriopathie-des-membres-inferieurs-1472.html#prise-en-charge> > (consulté le 16/05/2021).
- (21) : BIANCHI V, EL ANBASSI S. Médicaments. 2<sup>nd</sup> Ed. DEBOECK Supérieur, 2018, 208 p.
- (22) : BATERA. Collectivité territoriale **[en ligne]**. Disponible sur : < <http://www.batera.info/collectivite-territoriale/> > (consulté le 22/05/2021).
- (23) : INSEE. Recensement de la population – Populations légales en vigueur à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2020, décembre 2019, 24 p.
- (24) : INSTITUT CULTUREL BASQUE. Communes du Pays Basque Nord **[en ligne]**. Disponible sur : < [https://www.eke.eus/fr/culture-basque/pays-basque/pays-basque-nord-ou-  
iparralde/communes-du-pays-basque-nord](https://www.eke.eus/fr/culture-basque/pays-basque/pays-basque-nord-ou-iparralde/communes-du-pays-basque-nord) > (consulté le 16/05/2021).
- (25) : CENTRE HOSPITALIER DE LA COTE BASQUE. Offre de soins **[en ligne]**. Disponible sur : < <https://www.ch-cote-basque.fr> > (consulté le 16/05/2021).
- (26) : CENTRE HOSPITALIER DE SAINT PALAIS. Offre de soins **[en ligne]**. Disponible sur : < <https://www.ch-saintpalais.fr> > (consulté le 16/05/2021).
- (27) : TOKI EDER. Nos spécialités : pathologies pulmonaires et cardiaques **[en ligne]**. Disponible sur : < <http://www.toki-eder.com/specialites/> > (consulté le 16/05/2021).

(28) : PAGES JAUNES. Tous les professionnels français, et plus qu'un annuaire **[en ligne]**. Disponible sur : < <https://www.pagesjaunes.fr> > (consulté le 30/01/2021).

(29) : ARS. Liste des programmes et contact d'éducation thérapeutique, 6 juillet 2020, 21 p.

## ANNEXE 1 : Questionnaire destiné aux patients



### QUESTIONNAIRE SUR LES MÉDICAMENTS POUR LE COEUR



Bonjour, je m'appelle Mariane SAROIBERRY, j'habite aux Aldudes et je suis étudiante en pharmacie. Dans le cadre de ma thèse de fin d'études, j'effectue une enquête chez les patients du Pays Basque intérieur qui ont des traitements pour le coeur. Si vous pouviez prendre quelques minutes pour répondre à ce questionnaire, cela me serait d'une grande aide. Les réponses resteront anonymes. **Merci d'avance !**

1) Vous êtes :

- Un homme
- Une femme

2) Quel âge avez-vous ? .....

3) Quelle est (ou était) votre profession ?

.....

4) Que prenez-vous comme médicaments ?

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

5) Pour quelle(s) raison(s) prenez-vous vos médicaments ?

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

6) Pour vous, quels sont les aspects positifs et négatifs à prendre vos médicaments ?

Aspects positifs	Aspects négatifs
-	-
-	-
-	-
-	-
-	-
-	-

7) Pensez-vous être suffisamment informé(e) pour gérer vos médicaments ? oui  non

8) Seriez-vous intéressé pour en savoir plus sur vos médicaments ? oui  non

- Si oui, que souhaiteriez-vous approfondir ?.....  
 .....  
 .....

- Si non, pourquoi ?.....  
 .....  
 .....

9) A qui demanderiez-vous conseil si vous aviez une question à propos d'un de vos médicaments ?  
 .....  
 .....

10) Vous arrive-t-il d'oublier de prendre un médicament ? Si oui, lequel, à quelle fréquence et pourquoi ?  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....



11) Souhaiteriez-vous ajouter quelque chose ?

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Je vous remercie de bien vouloir rendre votre questionnaire à la pharmacie.

## ANNEXE 2 : Exemples d'affiches pour ateliers d'éducation thérapeutique



### *Atelier médicament*

**Vous ressentez des effets  
indésirables dus à vos médicaments ?**

**Il existe des solutions !**

Venez en parler à votre pharmacien.





## ***Erremedio tailerra***

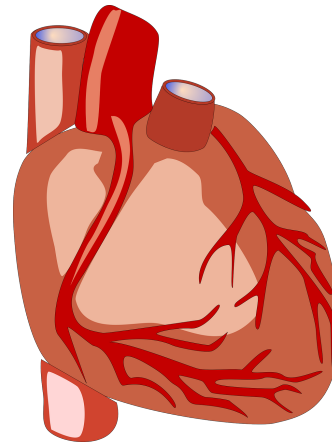
**Zure erremedioek nahi ezkoak diren  
efektuak sortzen dizkizute ?**

**Aterabideak ditugu zuretzako !**

**Zure farmazialariarekin hitz egin ezazu !**



# Atelier médicament

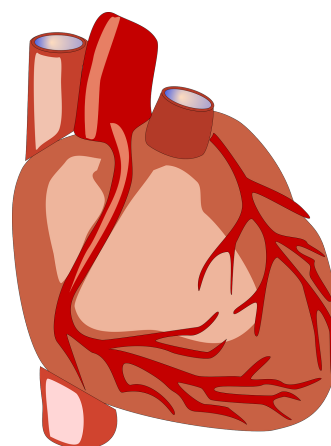


Des difficultés à adapter vos  
médicaments avec votre vie  
quotidienne ?

Nous pouvons vous aider !

Venez en parler à votre pharmacien.

# Erremedio tailerra



Zure erremedioak  
egunerokoan egokitzeko  
zailtasunak dituzu ?

Laguntzen ahal zaitugu !

Zure farmazialariarekin hitz egin ezazu !

## **SERMENT DE GALIEN**

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

- D'honorer ceux qui m'ont instruite 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.

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 couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque.

## **Titre :**

Évaluation des besoins en éducation cardiovasculaire en milieu rural : à propos du Pays Basque intérieur

## **Résumé :**

D'après l'OMS, les maladies chroniques constituent la première cause de mortalité dans le monde. En France, depuis la loi HPST de 2009, l'éducation thérapeutique du patient occupe une place à part entière dans la prise en charge de ces patients atteints de maladie chronique. Cependant, tous les patients n'y ont pas forcément accès, en particulier en milieu rural isolé. Mais y a-t-il des besoins en éducation thérapeutique dans ces populations ?

Cette thèse a pour principal objectif d'étudier les besoins en éducation thérapeutique des patients atteints de pathologies cardiovasculaires dans un milieu rural spécifique, avec une identité forte : le Pays Basque intérieur. Cette étude s'appuie sur un questionnaire destiné aux patients concernés et mis à disposition dans les pharmacies du périmètre étudié. Ce questionnaire a permis d'évaluer entre autres la connaissance des médicaments par les patients, leur vécu par rapport à la prise de ces médicaments, leur niveau d'information, leur intérêt pour en savoir plus, ainsi que leur niveau d'observance.

A l'analyse des réponses au questionnaire, on peut conclure qu'il y a bel et bien un besoin en éducation thérapeutique dans cette population : en effet, on peut constater des difficultés d'observance, ainsi qu'un mauvais vécu, avec des effets indésirables présents chez une grande partie des patients. Cependant, les patients ne verbalisent pas clairement ce besoin, ils ne se rendent pas forcément compte qu'il y a un problème et qu'une solution peut être apportée. C'est pourquoi avant de mener une action d'éducation thérapeutique, il faudra soigner la communication auprès des patients pour qu'ils se sentent plus concernés et intéressés.

## **Discipline :**

Pharmacie.

## **Mots clés :**

Éducation thérapeutique, Pharmacie, Maladies cardiovasculaires, Pays Basque

## **Intitulé et adresse de l'U.F.R ou du laboratoire :**

Université de Bordeaux, U.F.R des sciences pharmaceutiques, 146 rue Léo Saignat, 33076 BORDEAUX.