

Les antagonistes de la vitamine K à l'officine : de l'évaluation des connaissances des pharmaciens à la mise en place des entretiens pharmaceutiques

Sophie Witt

▶ **To cite this version:**

Sophie Witt. Les antagonistes de la vitamine K à l'officine : de l'évaluation des connaissances des pharmaciens à la mise en place des entretiens pharmaceutiques. Sciences pharmaceutiques. 2014. hal-01732854

HAL Id: hal-01732854
https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01732854

Submitted on 14 Mar 2018

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

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

AVERTISSEMENT

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

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

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

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

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4
Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10
http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php
http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm

UNIVERSITE DE LORRAINE
2014

FACULTE DE PHARMACIE

THESE

Présentée et soutenue publiquement

Le 13 juin 2014, sur un sujet dédié à :

LES ANTAGONISTES DE LA VITAMINE K A L'OFFICINE : DE L'EVALUATION DES CONNAISSANCES DES PHARMACIENS A LA MISE EN PLACE DES ENTRETIENS PHARMACEUTIQUES.

pour obtenir

le Diplôme d'Etat de Docteur en Pharmacie

par **Sophie WITT**

née le 16 avril 1988 à Metz (57)

Membres du Jury

Président : Pharmacien	**Madame Béatrice FAIVRE,**	**Professeur des Universités,**
Juges :	Monsieur Julien PERRIN,	MCU-PH, Pharmacien,
	Madame Monique DURAND,	Docteur en Pharmacie
	Monsieur Julien GRAVOULET,	Docteur en Pharmacie

UNIVERSITÉ DE LORRAINE
FACULTÉ DE PHARMACIE
Année universitaire 2013-2014

DOYEN
Francine PAULUS

Vice-Doyen
Francine KEDZIEREWICZ

Directeur des Etudes
Virginie PICHON

Président du Conseil de la Pédagogie
Bertrand RIHN

Président de la Commission de la Recherche
Christophe GANTZER

Président de la Commission Prospective Facultaire
Jean-Yves JOUZEAU

Responsable de la Cellule de Formations Continue et Individuelle
Béatrice FAIVRE

Responsable ERASMUS :	Francine KEDZIEREWICZ
Responsable de la filière Officine :	Francine PAULUS
Responsables de la filière Industrie :	Isabelle LARTAUD, Jean-Bernard REGNOUF de VAINS
Responsable du Collège d'Enseignement Pharmaceutique Hospitalier :	Jean-Michel SIMON
Responsable Pharma Plus E.N.S.I.C. :	Jean-Bernard REGNOUF de VAINS
Responsable Pharma Plus E.N.S.A.I.A. :	Raphaël DUVAL

DOYENS HONORAIRES
Chantal FINANCE
Claude VIGNERON

PROFESSEURS EMERITES
Jeffrey ATKINSON
Max HENRY
Gérard SIEST
Claude VIGNERON

PROFESSEURS HONORAIRES

Roger BONALY
Pierre DIXNEUF
Marie-Madeleine GALTEAU
Thérèse GIRARD
Maurice HOFFMANN
Michel JACQUE
Lucien LALLOZ
Pierre LECTARD
Vincent LOPPINET
Marcel MIRJOLET
Maurice PIERFITTE
Janine SCHWARTZBROD
Louis SCHWARTZBROD

MAITRES DE CONFERENCES HONORAIRES

Monique ALBERT
Gérald CATAU
Jean-Claude CHEVIN
Jocelyne COLLOMB
Bernard DANGIEN
Marie-Claude FUZELLIER
Françoise HINZELIN
Marie-Hélène LIVERTOUX
Bernard MIGNOT
Jean-Louis MONAL
Blandine MOREAU
Dominique NOTTER
Christine PERDICAKIS
Marie-France POCHON
Anne ROVEL
Maria WELLMAN-ROUSSEAU

ASSISTANTS HONORAIRES

Marie-Catherine BERTHE
Annie PAVIS
Faculté de Pharmacie

Présentation

ENSEIGNANTS	*Section CNU**	*Discipline d'enseignement*
PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS		
Danièle BENSOUSSAN-LEJZEROWICZ	*82*	*Thérapie cellulaire*
Chantal FINANCE	*82*	*Virologie, Immunologie*
Jean-Yves JOUZEAU	*80*	*Bioanalyse du médicament*
Jean-Louis MERLIN	*82*	*Biologie cellulaire*
Alain NICOLAS	*80*	*Chimie analytique et Bromatologie*
Jean-Michel SIMON	*81*	*Economie de la santé, Législation pharmaceutique*
PROFESSEURS DES UNIVERSITES		
Jean-Claude BLOCK	*87*	*Santé publique*
Christine CAPDEVILLE-ATKINSON	*86*	*Pharmacologie*
Raphaël DUVAL	*87*	*Microbiologie clinique*
Béatrice FAIVRE	*87*	*Biologie cellulaire, Hématologie*
Luc FERRARI ¤	*86*	*Toxicologie*
Pascale FRIANT-MICHEL	*85*	*Mathématiques, Physique*
Christophe GANTZER	*87*	*Microbiologie*
Frédéric JORAND ¤	*87*	*Environnement et Santé*
Pierre LABRUDE (retraite 01-11-13)	*86*	*Physiologie, Orthopédie, Maintien à domicile*
Isabelle LARTAUD	*86*	*Pharmacologie*
Dominique LAURAIN-MATTAR	*86*	*Pharmacognosie*
Brigitte LEININGER-MULLER	*87*	*Biochimie*
Pierre LEROY	*85*	*Chimie physique*
Philippe MAINCENT	*85*	*Pharmacie galénique*
Alain MARSURA	*32*	*Chimie organique*
Patrick MENU	*86*	*Physiologie*
Jean-Bernard REGNOUF de VAINS	*86*	*Chimie thérapeutique*
Bertrand RIHN	*87*	*Biochimie, Biologie moléculaire*
MAITRES DE CONFÉRENCES - PRATICIENS HOSPITALIERS		
Béatrice DEMORE	*81*	*Pharmacie clinique*
Julien PERRIN	*82*	*Hématologie biologique*
Marie SOCHA	*81*	*Pharmacie clinique, thérapeutique et biotechnique*
Nathalie THILLY	*81*	*Santé publique*
MAITRES DE CONFÉRENCES		
Sandrine BANAS	*87*	*Parasitologie*
Mariette BEAUD	*87*	*Biologie cellulaire*
Emmanuelle BENOIT	*86*	*Communication et Santé*
Isabelle BERTRAND	*87*	*Microbiologie*
Michel BOISBRUN	*86*	*Chimie thérapeutique*
François BONNEAUX	*86*	*Chimie thérapeutique*
Ariane BOUDIER	*85*	*Chimie Physique*
Cédric BOURA	*86*	*Physiologie*
Igor CLAROT	*85*	*Chimie analytique*
Joël COULON	*87*	*Biochimie*
Sébastien DADE	*85*	*Bio-informatique*
Dominique DECOLIN	*85*	*Chimie analytique*
Roudayna DIAB	*85*	*Pharmacie galénique*

Natacha DREUMONT	*87*	*Biochimie générale, Biochimie clinique*
Joël DUCOURNEAU	*85*	*Biophysique, Acoustique*

ENSEIGNANTS (suite)	*Section CNU**	*Discipline d'enseignement*
Florence DUMARCAY	*86*	*Chimie thérapeutique*
François DUPUIS	*86*	*Pharmacologie*
Adil FAIZ	*85*	*Biophysique, Acoustique*
Caroline GAUCHER	*85/86*	*Chimie physique, Pharmacologie*
Stéphane GIBAUD	*86*	*Pharmacie clinique*
Thierry HUMBERT	*86*	*Chimie organique*
Olivier JOUBERT	*86*	*Toxicologie*
Francine KEDZIEREWICZ	*85*	*Pharmacie galénique*
Alexandrine LAMBERT	*85*	*Informatique, Biostatistiques*
Faten MERHI-SOUSSI	*87*	*Hématologie*
Christophe MERLIN	*87*	*Microbiologie*
Maxime MOURER	*86*	*Chimie organique*
Coumba NDIAYE	*86*	*Epidémiologie et Santé publique*
Francine PAULUS	*85*	*Informatique*
Christine PERDICAKIS	*86*	*Chimie organique*
Caroline PERRIN-SARRADO	*86*	*Pharmacologie*
Virginie PICHON	*85*	*Biophysique*
Anne SAPIN-MINET	*85*	*Pharmacie galénique*
Marie-Paule SAUDER	*87*	*Mycologie, Botanique*
Gabriel TROCKLE	*86*	*Pharmacologie*
Mihayl VARBANOV	*87*	*Immuno-Virologie*
Marie-Noëlle VAULTIER	*87*	*Mycologie, Botanique*
Emilie VELOT	*86*	*Physiologie-Physiopathologie humaines*
Mohamed ZAIOU	*87*	*Biochimie et Biologie moléculaire*
Colette ZINUTTI	*85*	*Pharmacie galénique*

PROFESSEUR ASSOCIE

Anne MAHEUT-BOSSER	*86*	*Sémiologie*

PROFESSEUR AGREGE

Christophe COCHAUD	*11*	*Anglais*

¤ *En attente de nomination*

**Disciplines du Conseil National des Universités :*

80 : Personnels enseignants et hospitaliers de pharmacie en sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé

81 : Personnels enseignants et hospitaliers de pharmacie en sciences du médicament et des autres produits de santé

82 : Personnels enseignants et hospitaliers de pharmacie en sciences biologiques, fondamentales et cliniques

85 ; Personnels enseignants-chercheurs de pharmacie en sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé

86 : Personnels enseignants-chercheurs de pharmacie en sciences du médicament et des autres produits de santé

87 : Personnels enseignants-chercheurs de pharmacie en sciences biologiques, fondamentales et cliniques

32 : Personnel enseignant-chercheur de sciences en chimie organique, minérale, industrielle

11 : Professeur agrégé de lettres et sciences humaines en langues et littératures anglaises et anglo-saxonnes

SERMENT DES APOTHICAIRES

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

Ð' honorer ceux qui m'ont instruit dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle à leur enseignement.

Ð'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.

Ðe 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 couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

« LA FACULTE N'ENTEND DONNER AUCUNE APPROBATION, NI IMPROBATION AUX OPINIONS EMISES DANS LES THESES, CES OPINIONS DOIVENT ETRE CONSIDEREES COMME PROPRES A LEUR AUTEUR ».

REMERCIEMENTS

A ma présidente de jury de thèse,
Madame Béatrice Faivre, Professeur des Universités - Docteur en pharmacie,

Pour m'avoir fait l'honneur d'accepter de présider cette thèse,
pour la qualité de vos enseignements,

Recevez ici, l'expression de ma profonde gratitude.

A mon directeur de thèse,
Monsieur Julien Perrin, Maître de Conférences des Universités - Praticien hospitalier en Hématologie biologique,

Pour vos disponibilités malgré votre emploi du temps chargé,
pour votre qualité d'écoute et votre soutien moral,
pour vos conseils avisés,
pour vos enseignements,

Veuillez trouver ici, le témoignage de ma plus grande reconnaissance.

A mes juges,

A Madame Monique Durand, présidente du Conseil Régional de l'Ordre des Pharmaciens de Lorraine - Pharmacien officinal,

Pour l'honneur que vous me faites de siéger parmi les membres du jury,

Veuillez trouver ici, l'expression de ma profonde gratitude.
Un grand merci pour votre aide précieuse dans la diffusion de notre questionnaire.

A Monsieur Julien Gravoulet, Pharmacien officinal,

Pour votre aide en informatique qui nous a été indispensable pour la mise en ligne du questionnaire,
pour tous les bons moments passés aux sorties champignons durant lesquelles vous avez su partager vos connaissances,
pour votre parfait rôle de « patient » lors du concours d'ordonnance,

Veuillez trouver ici, le témoignage de ma reconnaissance.
Merci de nous donner l'envie d'exercer notre métier comme vous le faites.

Aux pharmaciens de la région lorraine,

Pour avoir pris quelques minutes de votre temps afin de répondre à notre questionnaire.

A mes parents,

Une thèse complète ne permettrait pas d'exprimer toute l'admiration, le respect et l'amour que je vous porte. Merci pour l'éducation que vous m'avez inculquée, vos efforts, votre écoute, vos conseils qui m'ont permis de concrétiser tous mes projets.

A mes grands parents,

Qui avez toujours été présents pour m'encourager. Vous êtes et resterez à jamais mes modèles tant par votre parcours, votre force de caractère, votre vaillance et votre simplicité.

A mamie Yvonne,

Qui a toujours été à mes côtés. Pour ton amour, ta gentillesse. Tu m'as beaucoup appris par ton indépendance et ton courage.

A l'ensemble de ma famille,

Sur qui j'ai toujours pu compter. Pour vos intentions et votre dévouement qui m'ont permis d'avancer toujours un peu plus et d'en arriver jusque là.

A Jean-Edouard,

Pour ta patience, ta gentillesse et ton écoute.
Merci de me rendre heureuse.

A Aurélie,

Pour ta collaboration à la rédaction de ce questionnaire. Ce fut un vrai plaisir de passer du temps avec toi.

A mes amies, amis,

Pour votre écoute et vos encouragements tout au long de mon parcours. Merci d'être là et de me supporter.

A Alain Walter,

Qui nous a quittés bien trop tôt. Partager ces moments avec vous ainsi que l'ensemble des membres de COTRALOR fut un immense plaisir et un véritable enrichissement personnel. J'ai beaucoup appris de votre générosité et de votre courage.

A ma chienne Patty,

Pour ces longues heures passées ensemble, collées à mes pieds depuis plus de 15 ans.

SOMMAIRE

I. Introduction 19
A. Le bien-fondé de cette nouvelle mission 19
1. Objectifs : faire diminuer la iatrogénie liée aux antagonistes de la vitamine K 19
2. Les entretiens pharmaceutiques : une des méthodes pour parvenir à diminuer la iatrogénie 19
B. Définition des entretiens pharmaceutiques 21
1. Les supports de l'accompagnement 21
2. Critères d'éligibilité à un entretien pharmaceutique et intégration au dispositif 22
3. Mise en œuvre d'un entretien pharmaceutique 22
a) La préparation de l'entretien 22
b) L'entretien 23
c) L'après entretien 23
4. Engagement du pharmacien et organisation pratique à l'officine 23
5. Rémunération 24
6. Réglementation 24
7. Prérequis que nécessite l'accompagnement thérapeutique du patient sous AVK 24
C. Qu'est-ce qu'un AVK ? 24
1. Rappels sur l'hémostase et définitions 24
a) Les antiagrégants plaquettaires 25
b) Les anticoagulants 25
2. Mécanisme d'action des antagonistes de la vitamine K 26
II. Méthodologie et objectifs du travail 27
A. Méthodologie 27
B. Objectifs 28
III. Evaluation des connaissances des pharmaciens 29
A. Analyse des résultats 29
1. Répartition globale des patients sous AVK, hors typologie officinale 29
2. Répartition des patients sous AVK selon la localisation des structures. 30
3. Répartition des patients sous AVK selon l'importance des structures officinales 31

B. Explication du barème 32
C. Classement des points qui posent problèmes aux officinaux lors de l'évaluation de leurs connaissances 32
D. Support/Formation/Expérience 40
1. Taux d'utilisation d'un support d'information pour répondre au questionnaire 40
2. Taux de participation des pharmaciens aux différentes possibilités de formations 41
3. Etude comparative : qualité des réponses par rapport à l'utilisation de supports et au suivi de formations 41
4. Qualité des réponses en fonction de l'expérience des pharmaciens 43
E. Synthèse 46
IV. Mise en place des entretiens pharmaceutiques 47
A. Etat d'esprit des pharmaciens 47
1. « Envisagez-vous de réaliser dans votre officine des entretiens pharmaceutiques ? » 47
a) Tous pharmaciens confondus 47
b) Pharmaciens titulaires 48
c) Raisons invoquées par les pharmaciens titulaires ne souhaitant pas réaliser d'entretiens 49
2. Si vous envisagez de faire des entretiens, quelles sont vos motivations ? 50
3. Quels sont les bénéfices des entretiens pharmaceutiques pour le patient ? 51
4. Investissement au sein de l'officine pour la réalisation des entretiens 53
a) Organisation d'une réunion d'information de l'équipe officinale 53
b) Aménagement d'un local de confidentialité 53
5. Support utilisé par les pharmaciens lors des entretiens 54
6. Conflits interprofessionnels 56
a) Etude globale 56
b) En fonction du lieu d'exercice 57
c) En fonction des années d'expérience 57
7. Motivation des pharmaciens/ Commentaires généraux 58
B. Synthèse 60

V. L'accompagnement thérapeutique du patient sous AVK, en lien avec l'éducation thérapeutique. 61
A. Education thérapeutique du patient (ETP) : les grandes lignes 61
1. Définitions 61
2. Prérequis et techniques nécessaires en ETP 63
B. Points communs et différences entre éducation thérapeutique et accompagnement thérapeutique du patient 63
VI. L'entretien pharmaceutique en pratique 67
A. Etude de 14 accompagnements thérapeutiques 67
B. Mon expérience, ma pratique 75
1. Travail préparatoire : rédaction d'une procédure qualité sur l'organisation des entretiens pharmaceutiques à l'officine et formation personnelle 76
2. Mon entretien 76
C. Mes ressentis suite à l'entretien 78
VII. Ressenti des pharmaciens/Conclusion 80

TABLE DES ILLUSTRATIONS
Figures

Figure 1 - Taux de réponse au questionnaire. 29
Figure 2 - Répartition par tranches des patients sous AVK, hors typologie officinale. 30
Figure 3 - Répartition par tranches des patients sous AVK, selon la zone d'implantation des officines. 30
Figure 4 - Répartition par tranches des patients sous AVK, selon l'importance de la structure officinale. 31
Figure 5 - Répartition des réponses concernant les indications des AVK. 33
Figure 6 - Répartition des réponses concernant le moment idéal de prise de Préviscan®. 33
Figure 7 - Répartition des réponses concernant la connaissance de la valeur cible de l'INR pour les AVK. 33
Figure 8 - Répartition des réponses concernant la surveillance de l'INR suite à l'introduction d'un AVK. 34
Figure 9 - Répartition des réponses concernant de la disponibilité des dispositifs d'auto-mesure pour la surveillance de l'INR en France. 34
Figure 10 - Répartition des réponses concernant la connaissance du rythme de contrôle de l'INR après toute modification de traitement. 34
Figure 11 - Répartition des réponses concernant la prescription non systématique d'un AVK en relai d'une héparine. 35
Figure 12 - Répartition des réponses concernant le relai AVK/NACO. 35
Figure 13 - Répartition des réponses concernant le relai NACO/AVK. 35
Figure 14 - Répartition des réponses concernant la connaissance des interactions médicamenteuses liées aux AVK. 36
Figure 15 - Répartition des réponses concernant les précautions d'emploi ou les contre-indications existantes pour l'association d'un anticoagulant oral avec le millepertuis. 36
Figure 16 - Répartition des réponses concernant les précautions d'emploi lors de l'association d'un anticoagulant oral avec les topiques gastro-intestinaux. 36
Figure 17 - Répartition des réponses concernant l'alimentation sous traitement AVK. 37
Figure 18 - Répartition des réponses concernant la connaissance des signes évocateurs d'un surdosage en anticoagulant. 37
Figure 19 - Répartition des réponses concernant la connaissance d'antidote en cas de surdosage en anticoagulant. 37
Figure 20 - Répartition des réponses concernant l'utilisation des AVK pendant la grossesse et l'allaitement. 38
Figure 21 - Synthèse des difficultés rencontrées par les pharmaciens à propos de la connaissance générale des AVK. 38

Figure 22 - Taux de pharmaciens ayant eu recours ou non à un support d'information. 40
Figure 23 - Taux de participation à une formation. 41
Figure 24 - Evaluation du niveau de connaissance des pharmaciens formés ayant eu recours à une aide documentaire. 42
Figure 25 - Evaluation du niveau de connaissance des pharmaciens formés n'ayant pas eu recours à une aide documentaire. 43
Figure 26 - Niveau de connaissance des pharmaciens en fonction de leurs années d'expérience professionnelle. 44
Figure 27 - Répartition des pharmaciens non formés selon leurs années d'expérience professionnelle. 45
Figure 28 - Répartition globale de la réponse de tous les pharmaciens à la question « *Envisagez-vous de réaliser dans votre officine des entretiens pharmaceutique (AVK, asthme…)* ? ». 47
Figure 29 - Répartition des réponses des pharmaciens titulaires à la question « Envisagez-vous de réaliser *dans votre officine des entretiens pharmaceutiques (AVK, asthme...)? ».* 48
Figure 30 - Taux de pharmaciens titulaires se déclarant prêts à conduire des entretiens pharmaceutiques selon la taille de l'officine. 48
Figure 31 - Synthèse des raisons invoquées par les pharmaciens ne souhaitant pas entreprendre les entretiens pharmaceutiques. 49
Figure 32 - Synthèse des principales motivations des pharmaciens pour la mise en œuvre des entretiens pharmaceutiques. 50
Figure 33 - Synthèse des réponses des pharmaciens concernant les bénéfices apportés par ces entretiens au patient. 51
Figure 34 - Taux de réponse des pharmaciens titulaires concernant l'aménagement d'un local de confidentialité. 54
Figure 35 - Taux de consultation de la « Fiche de suivi patient » établie par l'ANSM. 55
Figure 36 - Taux de réponse des pharmaciens quant à l'utilisation de la « Fiche suivi patient » en l'état. 55
Figure 37 - Taux de réponses des pharmaciens (hors étudiants) à la question « *Pensez-vous que la mise en place des entretiens puisse engendrer des conflits relationnels avec l'équipe médicale qui vous entoure* ? ». 56
Figure 38 - Taux de réponses des pharmaciens (hors étudiants), en fonction de la zone d'implantation de leur officine, à la question « *Pensez-vous que la mise en place des entretiens puisse engendrer des conflits relationnels avec l'équipe médicale qui vous entoure ?* ». 57
Figure 39 - Taux de réponses des pharmaciens (hors étudiants) en fonction de leur expérience professionnelle, à la question « *Pensez-vous que la mise en place des entretiens puisse engendrer des conflits relationnels avec l'équipe médicale qui vous entoure ?* ». 57

Figure 40 - Taux de réponses à la question « *Votre motivation a t-elle diminué depuis l'annonce de cette nouvelle mission compte tenu de la difficulté pour sa mise en place ? ».* 58
Figure 41 - Les quatre étapes de la démarche éducative. 61
Figure 42 - Conditions de dialogue et techniques de communication. 63
Figure 43 - Durée de l'entretien. 67
Figure 44 - Répartition de l'échantillon par sexe. 68
Figure 45 - Répartition de l'échantillon par tranches d'âge. 68
Figure 46 - Taux de prescription des AVK. 68
Figure 47 - Indications de prescription des AVK. 68
Figure 48 - Utilisation du carnet de suivi AVK. 69
Figure 49 - Connaissance des risques encourus avec la prise d'un anticoagulant oral. 70
Figure 50 - Capacité à gérer les oublis de prise d'AVK. 70
Figure 51 - Fréquence du contrôle de l'INR. 71
Figure 52 - Connaissance des médicaments d'usage courant contre-indiqués avec leur traitement anticoagulant. 72
Figure 53 - Connaissance des précautions à prendre dans la vie quotidienne pour minimiser le risque hémorragique. 72
Figure 54 - Taux d'utilisation de la carte de suivi d'un traitement anticoagulant par AVK. 73
Figure 55 - Répartition des réponses à la question " Envisagez-vous de réaliser dans votre officine les entretiens pharmaceutiques (AVK, asthme...) ? ". 80

TABLE DES ILLUSTRATIONS

Tableaux

Tableau I - Représentation des notes obtenues par les pharmaciens ayant eu recours à un support d'information et ayant participé à une formation. 42
Tableau II - Représentation des notes obtenues par les pharmaciens n'ayant pas eu recours à un support d'information mais ayant participé à une formation. 43
Tableau III - Tableau comparatif ETP/ Accompagnement du patient sous AVK. .. 66

LISTE DES ABREVIATIONS

ACO = Anticoagulants oraux

ADP = Adénosine diphosphate

AFSSAPS = Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé

AINS = Anti-inflammatoires non stéroïdiens

ANSM = Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé

AVK = Antagoniste de la vitamine K

DPC = Développement professionnel continu

EMIR = Effets indésirables des médicaments : incidence et risque

ENEIS = Enquête nationale sur les évènements indésirables liés aux soins

EP = Embolie pulmonaire

ETP = Education thérapeutique du patient

FANV = Fibrillation atriale non valvulaire

FSPF = Fédération des syndicats pharmaceutiques de France

GI = Gastro-intestinaux

HAS = Haute autorité de santé

HPST = Hôpital patients santé et territoires

INR = International normalized ratio. C'est le test de surveillance biologique adapté du traitement par AVK.

$$INR = \left(\frac{temps\ de\ Quick\ \ malade}{temps\ de\ Quick\ témoin}\right)^{ISI}$$

ISI = international sensitivity index (indice de sensibilité international du réactif : thromboplastine)

NACO = Nouveaux anticoagulants oraux

OMS = Organisation mondiale de la santé

RPO = Recommandations pour la pratique officinale

UNCAM = Union nationale des caisses d'assurance maladie

UNPF = Union nationale des pharmacies de France

USPO = Union des syndicats de pharmaciens d'officine

I. Introduction

A. Le bien-fondé de cette nouvelle mission

1. Objectifs : faire diminuer la iatrogénie liée aux antagonistes de la vitamine K

Les antagonistes de la vitamine K sont utilisés depuis plus de 40 ans comme traitement anticoagulant de référence. Ils sont largement prescrits dans :

- la prévention des complications thrombo-emboliques artérielles et veineuses des cardiopathies emboligènes,
- la prévention des complications thrombo-emboliques des infarctus du myocarde compliqués,
- le traitement des thromboses veineuses profondes et de l'embolie pulmonaire ainsi que la prévention des récidives.

Mais malgré des campagnes d'informations ciblées, ces antagonistes de la vitamine K, restent en France, au premier rang des médicaments responsables d'accidents iatrogènes graves (avec une forte prévalence des hémorragies graves), entraînant 17000 hospitalisations et entre 4000 à 5000 décès par an (1), soit une mortalité supérieure à celle des accidents de la route.

La consommation des anticoagulants n'a pas cessé d'augmenter depuis 10 ans, avec un nombre de boîtes vendues ayant presque doublé (7,6 millions en 2000 à 13,8 millions en 2010) (2). Une enquête épidémiologique de 2000 de l'Afssaps, montre que, lorsque l'INR cible doit être compris entre 2 et 3, seulement 42% des patients ont un INR correct (25% valeur insuffisante, 33% valeur trop élevée, dont 5% > 5) et lorsque l'INR cible doit être compris entre 3 et 4,5, seulement 36% des patients sont dans la zone thérapeutique (3).

Une proportion importante de patients ne bénéficie pas d'un suivi biologique suffisant (3). En effet, selon les enquêtes de la HAS d'octobre 2008, l'étude EMIR de 2008 et ENEIS de 2009, 25% des patients ne réalisent pas un INR au moins tous les mois, 40% des patients traités ne connaissent pas leur INR cible et enfin 50% des patients ne possèdent pas un carnet de suivi (4).

Or, dans la majorité des cas de iatrogénie liée à un AVK, une erreur d'utilisation est mise en évidence. Les causes des surdosages en AVK sont donc à rechercher au travers d'erreur de prescription, de transcription, de dispensation, d'administration, ou de surveillance (5).

2. Les entretiens pharmaceutiques : une des méthodes pour parvenir à diminuer la iatrogénie

La loi Hôpital, Patients, Santé et Territoire du 21 juillet 2009, précise 4 missions obligatoires, ainsi que 4 optionnelles confiées aux pharmaciens.

Parmi ces 4 dernières, je me suis intéressée plus particulièrement à l'une d'elles : « Le pharmacien d'officine peut contribuer aux actions d'accompagnement des patients ».
L'article 51 de la loi HPST renforce cette nouvelle mission en évoquant à son tour : « la coopération interprofessionnelle et l'accompagnement des patients » (6).

La nouvelle convention nationale des pharmaciens signée le 4 avril 2012 entre l'UNCAM et les trois syndicats représentatifs des pharmaciens***** a permis de concrétiser et de renforcer les nouvelles missions pharmaceutiques confiées aux officinaux dont « l'accompagnement spécifique des patients atteints de maladie chronique » (7).
L'avenant n°1 à la convention nationale organise les rapports entre les pharmaciens titulaires d'officine et l'assurance maladie relatifs à **l'accompagnement des patients chroniques sous anticoagulants oraux.**
L'accompagnement des patients asthmatiques est également prévu par cette loi. A terme, elle a pour objectif de s'étendre à d'autres maladies chroniques telles que le diabète, l'hypertension artérielle (8).
« *Cette nouvelle convention marque une véritable évolution du métier de pharmacien avec l'ambition de revaloriser son rôle en santé publique et de faire progresser la santé* » (9).

*****(la Fédération des syndicats pharmaceutiques de France, l'Union des syndicats de pharmaciens d'officine et l'Union nationale des pharmacies de France).

Enfin, l'élargissement des compétences des pharmaciens est renforcé par les dispositions de l'article 74 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012, permettant une tarification des honoraires de dispensation indépendante de la marge, et prévoyant une rémunération versée par l'assurance maladie.

Les AVK ont été choisis en première ligne car ils sont un bon exemple de la nécessité d'une parfaite coopération entre les acteurs de santé :

- du médecin qui explique la pathologie et prescrit,
- du pharmacien qui délivre et explique l'utilisation du médicament,
- de l'infirmière qui prélève et participe au suivi régulier du patient,
- du biologiste qui réalise l'INR,
- et même des kinésithérapeutes, dentistes ou autres spécialistes qui doivent connaître les modalités d'utilisation de ce médicament pour leur pratique quotidienne.

Selon la nouvelle convention pharmaceutique d'avril 2012, le pharmacien est un expert du bon usage des anticoagulants. Il n'est pas légitime à pratiquer une adaptation de la posologie mais a pour rôle de sécuriser la prise du traitement (2).

L'entretien pharmaceutique est donc destiné à permettre :

- de renforcer le rôle de conseil, d'éducation et de prévention du pharmacien auprès des patients,
- de valoriser l'expertise du pharmacien sur le médicament,
- d'évaluer la connaissance du patient de son traitement,
- de rechercher l'adhésion thérapeutique du patient en l'aidant à s'approprier son traitement,
- d'évaluer à terme l'appropriation par le patient de son traitement » (7)(10).

Pour répondre aux exigences que requièrent ces entretiens, les officinaux doivent avoir une connaissance parfaite :

- des principes du traitement (indication, posologie, attitude à adopter face à un oubli…),
- des principes de la surveillance biologique (INR cible, rythme des contrôles),
- des interactions médicamenteuses et alimentaires.

J'ai évalué ces prérequis au travers d'un questionnaire envoyé aux pharmaciens de la région lorraine. Celui-ci sera analysé dans la troisième partie de mon travail.

B. Définition des entretiens pharmaceutiques

1. Les supports de l'accompagnement

L'assurance maladie adresse aux officines un dossier comportant :

- un guide d'accompagnement des patients sous AVK, qui constitue un référentiel pour le pharmacien. Il lui permet de bien appréhender la conduite de l'entretien et récapitule les points clefs notamment :
    - ✓ les principes du traitement
    - ✓ les principes de la surveillance biologique
    - ✓ les signes évocateurs d'un surdosage
    - ✓ les interactions médicamenteuses
    - ✓ l'alimentation
    - ✓ la nécessité de signaler à tout professionnel de santé son traitement AVK
    - ✓ la contre-indication des injections intramusculaires.

- une fiche de suivi patient, sous la forme d'une grille d'évaluation qui constitue un support d'échange lors de l'entretien.

- le formulaire d'adhésion du patient.

Les pharmaciens s'engagent à promouvoir l'utilisation du carnet d'information et de suivi du traitement par AVK « Vous et votre traitement anticoagulant par AVK ». Tous ces documents ont été établis à partir des référentiels de l'ANSM et sont téléchargeables sur le site professionnel ameli.fr (10).

2. Critères d'éligibilité à un entretien pharmaceutique et intégration au dispositif

L'entretien s'adresse au patient sous anticoagulant oral ou à la personne responsable du traitement ou les deux lors du même entretien. Sont éligibles les patients sous traitement par AVK pour une durée prévisible, consécutive, supérieure ou égale à six mois.

L'assurance maladie adresse aux patients sous anticoagulants oraux une lettre les invitant à s'inscrire dans le programme d'accompagnement. Le patient et le pharmacien signent un formulaire par lequel le patient adhère au programme d'accompagnement et désigne le pharmacien qui le suivra. Un exemplaire signé est récupéré par le patient et le second est à conserver par le pharmacien désigné. Le pharmacien avec l'accord du patient, peut informer le médecin traitant ou autre praticien de l'adhésion de ce dernier au programme d'accompagnement.

Le pharmacien peut également proposer au patient de s'inscrire au programme d'accompagnement lors d'une dispensation d'anticoagulant si celle-ci rentre dans le cadre d'éligibilité (10).

3. Mise en œuvre d'un entretien pharmaceutique

Celle-ci compte trois étapes :

- la préparation de l'entretien
- l'entretien
- l'après entretien.

a) La préparation de l'entretien

Cette étape est commune qu'il s'agisse d'un entretien post-instauration de traitement ou lors du suivi du traitement anticoagulant.

Il est souhaitable 24 heures avant l'entretien, de faire confirmer le rendez-vous au patient et/ou à la personne responsable du traitement. Dans les heures précédant l'entretien, il est recommandé au pharmacien de s'assurer qu'il ait à disposition :

- deux exemplaires du bulletin d'adhésion au dispositif à faire signer par le patient,
- un carnet d'information et de suivi du traitement,
- la fiche de suivi patient qui constituera la grille d'entretien (11).

b) L'entretien

Il faut différencier le but d'un entretien post-instauration de celui d'un suivi de traitement.

L'entretien post instauration a pour but de faire le point avec le patient en répertoriant ce qu'il pense et sait afin de cibler ses capacités et ses attentes. Le pharmacien en charge de l'entretien, informe le patient des objectifs de l'entretien :

- améliorer la compréhension et le bon usage du traitement anticoagulant,
- faciliter et sécuriser la prise du médicament,
- favoriser l'autonomie du patient (11).

L'entretien de suivi a pour but de rechercher avec son interlocuteur des solutions pour l'amélioration du suivi du traitement (12).

Dans les deux cas, il faut porter un intérêt tout particulier concernant la tenue du carnet de suivi du traitement AVK et si besoin en redonner un au patient.

c) L'après entretien

Dans les deux cas :

- la grille d'entretien doit être complétée,
- une analyse des informations recueillies doit être faite par le pharmacien afin soit de créer un plan de suivi soit d'améliorer ce dernier s'il préexiste,
- les informations jugées utiles doivent être transmises au médecin par courrier (avec l'accord du patient préalablement donné lors de la signature du bulletin d'adhésion),
- un prochain rendez-vous doit être fixé, et son intérêt doit avoir été expliqué (11).

4. Engagement du pharmacien et organisation pratique à l'officine

Seuls les pharmaciens adjoints ou titulaires peuvent mener des entretiens, les autres catégories de personnels ne sont pas concernées mais doivent être sensibilisées afin d'orienter le patient éligible vers un suivi de son traitement par le pharmacien (13)(3).

Pour chaque patient ayant adhéré au programme, le pharmacien s'engage à :

- réaliser 2 voire 3 entretiens annuels au minimum à 3 mois d'intervalle, maximum 6 mois (2),
- disposer d'un espace confidentiel non visible de la partie publique de l'officine et isolé phoniquement.

Des tranches horaires pour les entretiens doivent être fixées, et toute l'équipe officinale doit être tenue au courant du planning des entretiens, des disponibilités ainsi que de la liste des patients concernés.

5. Rémunération

Le pharmacien procède à la déclaration de réalisation des entretiens par télétransmission depuis l'espace professionnel via le site ameli.fr.

La convention prévoit une rémunération de 40 euros par an et par patient, sous réserve que le professionnel réalise au moins deux entretiens pharmaceutiques au cours de l'année civile de référence ou au moins un entretien si l'adhésion intervient à compter du second semestre de l'année. Le versement de la rémunération se fait au cours du premier trimestre de l'année N+1 sur la base des entretiens ayant été déclarés au cours de l'année N (10).

Dans le cas d'un patient ayant réalisé ses entretiens dans deux officines différentes, la rémunération est reversée à la pharmacie ayant enregistré l'adhésion et déclaré le premier entretien du patient.

6. Réglementation

Les formulaires d'adhésion des patients au dispositif ainsi que le questionnaire de suivi sont à conserver par le pharmacien dans le respect des délais de conservation prévus par la règlementation (10).

« Les parties signataires évaluent la pertinence du maintien de l'accompagnement. Elles peuvent décider de modifier ou d'interrompre ce dispositif si les objectifs ne sont pas atteints » (7)(10).

7. Prérequis que nécessite l'accompagnement thérapeutique du patient sous AVK

Une actualisation des connaissances sur les ACO doit être faite pour le ou les pharmaciens qui réaliseront les entretiens ainsi que pour toute l'équipe officinale.

Les documentations sur les anticoagulants doivent être à la portée de tous (3).

C. Qu'est-ce qu'un AVK ?

1. Rappels sur l'hémostase et définitions

Les AVK sont des médicaments anti-thrombotiques agissant sur la coagulation.

Pour rappel, l'hémostase correspond à l'ensemble des processus qui maintiennent le sang circulant à l'état fluide à l'intérieur des vaisseaux (permettant donc d'arrêter les hémorragies en cas de rupture vasculaire et d'empêcher les thromboses) (14).

Elle se déroule en trois étapes :

- l'hémostase primaire qui permet l'adhésion, l'activation et l'agrégation des plaquettes afin de former le clou plaquettaire (thrombus blanc).
- la coagulation qui permet l'activation de facteurs dont certains sont dits vitamine K dépendants, via un ensemble de réactions enzymatiques en chaînes. Cette activation aboutit à la production d'un caillot de fibrine (thrombus rouge) qui viendra consolider le clou plaquettaire.
- la fibrinolyse qui permet la dissolution du caillot de fibrine (4)(15).

Les médicaments anti-thrombotiques se classent en deux groupes distincts, dont les indications diffèrent.

a) Les antiagrégants plaquettaires

Ces derniers seront employés dans le cadre des maladies artérielles.

Les antiagrégants sont utilisés dans la prévention des accidents vasculaires cérébraux, des syndromes coronariens aigus (angor instable, infarctus du myocarde) et dans le traitement de l'artériopathie oblitérante des membres inférieurs. Dans les maladies cardiovasculaires, les plaquettes jouent un rôle prédominant dans la survenue des thromboses d'où l'utilisation de traitements antiagrégants plaquettaires (16).

La cause principale de ces thromboses est l'athérosclérose.

On peut citer comme molécules antiagrégantes-plaquettaires :

- l'aspirine (Kardégic®, Aspégic® à faible dose)
- les inhibiteurs de la voie de l'ADP (anti-P2Y12) :
  - clopidogrel = Plavix®
  - prasugrel = Efient®
  - ticagrelor = Brilique®
  - ticlopidine = Ticlid®

b) Les anticoagulants

A l'inverse des antiagrégants plaquettaires, les anticoagulants seront préférentiellement utilisés dans les pathologies dont l'origine est une maladie thrombotique veineuse :

- dans le traitement et la prévention des récidives des thromboses veineuses profondes et de l'embolie pulmonaire.

Mais ils sont aussi indiqués dans les cardiopathies emboligènes :

- dans la prévention des complications thromboemboliques en rapport avec certaines fibrillations auriculaires ou en rapport avec certaines valvulopathies.

Enfin, ils sont retrouvés dans la prévention des complications de l'infarctus du myocarde et/ou de sa récidive si les antiagrégants plaquettaires ne peuvent être utilisés (16).

Parmi ces molécules, on peut citer :

- les anticoagulants injectables, majoritairement les héparines :
  Héparines non fractionnées : héparine Choay®, héparine calcique : (Calciparine®).

  Héparines de bas poids moléculaire : nadroparine (Fraxiparine® et Fraxodi®), dalteparine (Fragmine®), enoxaparine (Lovenox®) et tinzaparine (Innohep®).

  Fondaparinux (Arixtra®).

- les anticoagulants oraux :
  Appelés antagonistes de la vitamine K : warfarine (Coumadine®), acénocoumarol (Sintrom®, Mini-Sintrom®), fluindione (Préviscan®).

- les nouveaux anticoagulants oraux :
  dabigatran (Pradaxa®), rivaroxaban (Xarelto®), apixaban (Eliquis®)…(17).

2. Mécanisme d'action des antagonistes de la vitamine K

La vitamine K intervient au niveau hépatique dans la transformation des précurseurs de certains facteurs de la coagulation :

- facteur II (prothrombine),
- facteur VII (proconvertine),
- facteur IX (facteur antihémophilique B),
- facteur X (Stuart),
- protéines C et S (inhibiteurs naturels de la coagulation).

« *La vitamine K, au départ inactive, pour pouvoir déclencher la gamma carboxylation des facteurs de la coagulation et donc leur activation, nécessite d'être régénérée par l'action d'une époxyde réductase* » (18).

« *Lorsqu'un antagoniste de la vitamine K est absorbé au niveau de l'intestin, il est acheminé vers le foie dans un hépatocyte. AVK et vitamine K entrent en compétition, au niveau des sites d'activation enzymatique de l'époxyde réductase. Les AVK inhibent l'enzyme et bloquent ainsi la régénération de la vitamine K, donc l'activation des facteurs de la coagulation* » (18).

La coagulation est donc contrecarrée : la formation du caillot de fibrine est ralentie et limitée.

II. Méthodologie et objectifs du travail

A. Méthodologie

Deux thèses :

- *« Les nouveaux anticoagulants oraux : enquête sur leur délivrance à l'officine » (traitée par Aurélie Suzzi).*

- « *Les antagonistes de la vitamine K à l'officine : de l'évaluation des connaissances des pharmaciens, à la mise en place des entretiens pharmaceutiques* ».

Un thème commun : les anticoagulants au sens large. C'est pourquoi, nous avons décidé d'organiser autour de ce sujet un questionnaire unique afin de ne solliciter l'attention des pharmaciens qu'une seule fois.

Pour ce faire, nous avons travaillé avec l'application Google Drive. C'est un logiciel que nous avons utilisé toutes deux pour la première fois, qui s'est révélé fort intéressant pour ce genre de démarche. Il nous a permis de créer, modifier des documents Google, d'obtenir des commentaires et une mise en forme avancée ainsi que d'extraire nos résultats pour les transférer sur des sources d'exploitation comme Excel. Simple d'utilisation et bien fait, nous avons donc pu et ce grâce à l'aide précieuse de Julien Gravoulet, (pharmacien titulaire) nous initier à ce nouvel outil.

Population visée : les 763 pharmacies de la région Lorraine.
Le questionnaire était accessible aux pharmaciens titulaires, adjoints, remplaçants ainsi qu'aux étudiants de sixième année de pharmacie. Il était possible d'ouvrir le lien autant de fois que nécessaire, et tant que la page était ouverte de revenir à tout moment sur son contenu.

Madame Durand, présidente du Conseil Régional de l'Ordre des Pharmaciens de Lorraine (CROPL), s'est gentiment chargée de l'envoi du questionnaire, via les boites mail de chaque pharmacie de la région en joignant nos consignes sur l'utilisation de Google Drive et son lien.

Monsieur Wilcke, président de l'Union Régionale des Professionnels de Santé Pharmaciens de Lorraine (URPS), nous a soutenues dans notre démarche en postant sur le site officiel de l'URPS le lien permettant l'accès direct à notre questionnaire.

(Une copie du mail que les pharmaciens ont reçu est disponible en annexe ainsi que le questionnaire complet.)

Mise en ligne du questionnaire le 15 mai 2013. Trois relances faites par le CROPL : une première le 24 mai, une seconde le 19 juin et enfin une dernière le 25 juin 2013. L'accès au questionnaire a été stoppé le 24 juillet 2013.

Il comportait 49 questions organisées en trois grandes parties :

- une première « présentation et démographie »,
- une seconde sur l'évaluation des connaissances des pharmaciens avec des questions sur les NACO et les AVK,
- et enfin une dernière orientée plus spécifiquement sur les entretiens pharmaceutiques.

Nous avons proposé essentiellement des questions à choix multiples et des « vrai ou faux ». Nous avons limité les questions ouvertes mais celles-ci restaient indispensables pour permettre la libre expression des pharmaciens.

B. Objectifs

Via l'exploitation des réponses au questionnaire,

- j'ai évalué les connaissances des pharmaciens afin :
  - de lister les difficultés rencontrées par les officinaux au sujet des ACO,
  - d'estimer leur investissement personnel pour la mise à niveau de leurs connaissances.
- j'ai analysé l'état d'esprit des officinaux concernant cette nouvelle mission quelque temps avant le démarrage officiel.

Ensuite, j'ai comparé deux pratiques : l'accompagnement thérapeutique et l'éducation thérapeutique des patients, ce qui m'a permis de dresser un tableau des points communs et des différences entre ces deux domaines.

Enfin, je me suis concentrée sur la mise en pratique réelle des entretiens :

- en accédant aux dossiers de 14 patients ayant adhéré à cet accompagnement thérapeutique,
- en faisant part de mon expérience sur le terrain,
- en rapportant les sentiments de pharmaciens qui se sont lancés dans ce nouvel exercice professionnel.

III. Evaluation des connaissances des pharmaciens

A. Analyse des résultats

Sur 763 pharmacies sollicitées, nous avons obtenu 109 réponses.

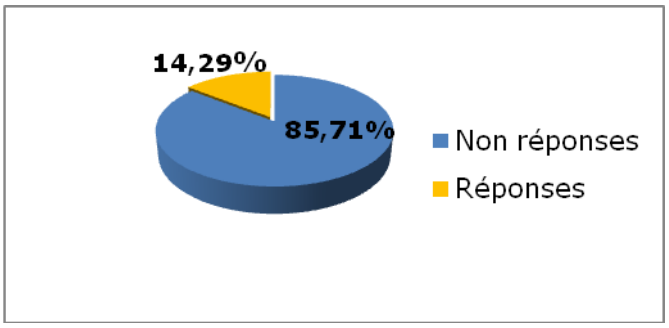


Figure 1 - Taux de réponse au questionnaire.

Sur l'ensemble des pharmaciens sondés, 109 ont répondu :

67 pharmaciens titulaires,
23 pharmaciens adjoints,
2 pharmaciens remplaçants,
17 étudiants.

Pour la question : « **A combien estimez-vous le nombre de patients sous AVK fréquentant votre officine ?** » j'ai sélectionné uniquement les réponses des pharmaciens titulaires afin d'éviter les redondances. En effet, si le titulaire et son ou ses adjoints avaient chacun répondu au questionnaire, je risquais de majorer l'estimation du nombre de patients sous AVK fréquentant les officines lorraines et donc de fausser l'exploitation de mes données.

67 pharmaciens titulaires ont répondu au questionnaire mais une donnée était inexploitable, j'ai donc travaillé sur les réponses de 66 titulaires.

A partir de la question « **A combien estimez-vous le nombre de patients sous AVK fréquentant votre officine ?** » j'ai distingué des tranches de répartition des patients sous AVK fréquentant les officines allant de [0 à 20],]20 à 40],]40 à 60],]60 à 80],]80 à 100], et plus de 100 patients.

1. Répartition globale des patients sous AVK, hors typologie officinale

Dans un premier temps, j'ai cherché à estimer la fréquentation moyenne des officines par les patients traités par AVK, indépendamment de la localisation et de l'importance de la structure.

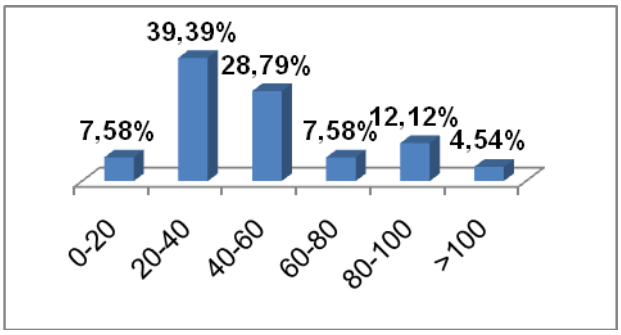


Figure 2 - Répartition par tranches des patients sous AVK, hors typologie officinale.

Sans tenir compte de la zone d'implantation et de l'importance de la structure officinale, nous observons que : **68,2%** des pharmacies sondées recensent entre 20 et 60 patients sous AVK.

2. Répartition des patients sous AVK selon la localisation des structures

Dans un second temps, j'ai comparé la répartition des patients traités selon la zone d'implantation des officines : milieu rural, centre ville, quartier ou centre commercial.

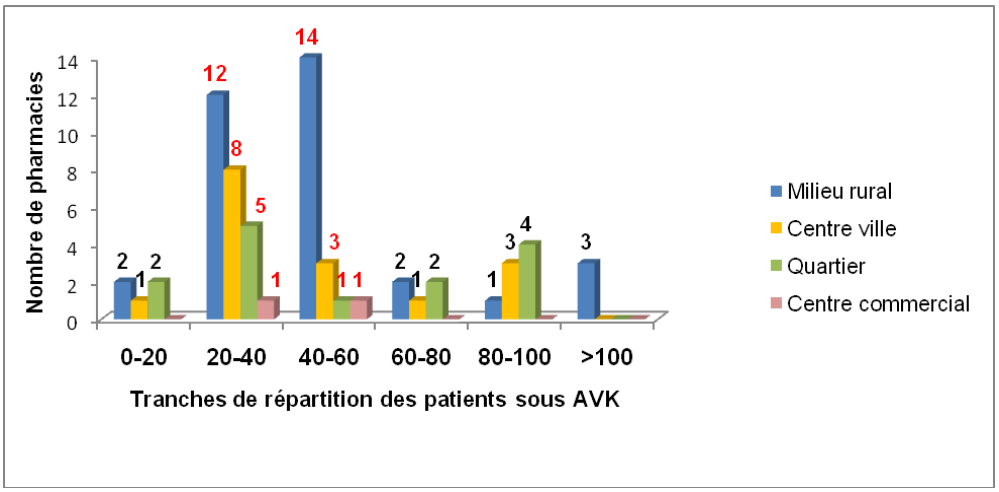


Figure 3 - Répartition par tranches des patients sous AVK, selon la zone d'implantation des officines.

Analyse des résultats

82,35% des pharmacies situées en milieu rural comptent entre 1 et 60 patients sous AVK dont 76,5% entre]20 et 60].

75% des pharmacies situées en centre ville comptent entre 1 et 60 patients sous AVK dont 68,75% entre]20 et 60].

57,14% des pharmacies situées en quartier comptent entre 1 et 60 patients sous AVK dont 42,86% entre]20 et 60]

100% des pharmacies situées en centre commercial comptent entre 1 et 60 patients sous AVK dont 100% entre]20 et 60]. Ce résultat est à nuancer étant donné que seulement deux pharmacies ont participé à cette étude.

Ces chiffres rejoignent l'analyse précédente, en confirmant que quelle que soit la zone d'implantation des officines, elles comptent moyennement entre 20 et 60 patients sous AVK. De plus, il n'existe pas de relation entre le nombre de patients sous AVK que recense l'officine et son lieu d'exploitation.

3. Répartition des patients sous AVK selon l'importance des structures officinales

J'ai croisé pour finir les données avec le nombre de personnels que compte l'officine afin d'avoir une idée de la répartition des patients sous AVK selon l'importance de la structure officinale.

Pour une structure de :

- 1 à 3 personnels j'ai considéré qu'il s'agissait « *d'une petite pharmacie* »,
- 4 à 6 personnels j'ai considéré qu'il s'agissait « *d'une pharmacie moyenne* »,
- plus de 6 personnels j'ai considéré qu'il s'agissait « *d'une grande pharmacie* ».

Cette classification n'est qu'une estimation. Pour considérer l'importance de ces structures, il aurait fallu connaître le chiffre d'affaire de chacune d'entres elles.

Analyse des résultats

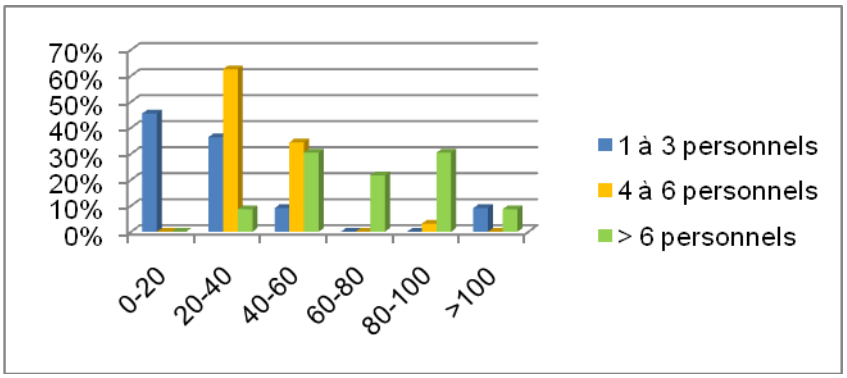


Figure 4 - Répartition par tranches des patients sous AVK, selon l'importance de la structure officinale.

Les petites structures se détachent majoritairement dans la tranche des officines comptant entre 0 et 40 patients traités par AVK. Les moyennes structures, se dénotent majoritairement dans la tranche des officines comptant entre 20 et 60 patients traités par AVK. Enfin, les grandes structures se classent parmi les officines qui rencontrent le plus de patients traités par AVK.

Ce graphique montre donc, de façon attendue, l'existence d'un lien proportionnel entre l'importance des structures officinales et le nombre de patients sous AVK qu'elles recensent.

B. Explication du barème

Pour cette partie ne sont traitées que les réponses concernant les antagonistes de la vitamine K et non pas les NACO. A chaque réponse exacte, un point est attribué. Le score maximal atteignable est donc de **22 points**.

La correction détaillée ainsi que le barème de chaque question sont consultables dans la partie annexe.

Pour apprécier le niveau de connaissances des pharmaciens, j'ai classé les notes obtenues par ces derniers, en 3 groupes selon la qualité de leurs réponses :

Si note obtenue comprise entre 5 et 11 inclus : le niveau de connaissance semble **INSUFFISANT**. Ces pharmaciens risquent d'éprouver des difficultés dans leur mission d'accompagnement thérapeutique. Une révision est conseillée pour pouvoir transmettre les informations nécessaires aux patients.

Si note obtenue comprise entre 12 et 17 inclus : **BON** niveau de connaissance. Les connaissances sont acquises mais elles ont besoin d'être affinées. Mener un entretien pharmaceutique exige une exactitude dans les informations et les conseils transmis au patient, les pharmaciens ne peuvent donc se contenter d'être approximatifs dans leurs dires, ils doivent pouvoir apporter des réponses exactes, complètes et précises.

Si note obtenue comprise entre 18 et 22 inclus : **TRES BON** niveau de connaissance. Seulement quelques notions nécessitent d'être reprécisées.

C. Classement des points qui posent problèmes aux officinaux lors de l'évaluation de leurs connaissances

Grâce au questionnaire, qui m'a permis d'évaluer les connaissances des pharmaciens, j'ai dressé un classement des difficultés rencontrées par ces derniers au sujet des anticoagulants oraux.

D'après le barème établi précédemment, j'ai exprimé pour chaque item :
- le pourcentage de réponses incorrectes,
- le pourcentage de réponses correctes,
- le taux d'abstention.

Sur la base d'un échantillon de population de N = 109 pharmaciens. Nous obtenons aux questions concernant :

1) Les indications des AVK :

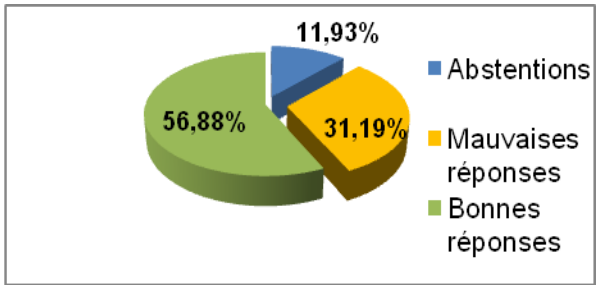


Figure 5 - Répartition des réponses concernant les indications des AVK.

Un pourcentage élevé de mauvaises réponses est relevé, il s'agissait là d'une question commune aux AVK et aux NACO. Il y a sans doute dans l'esprit des pharmaciens certaines confusions ; or la connaissance de l'indication est indispensable pour mener à bien un entretien afin de bien appréhender la notion d'INR cible.

2) Le moment idéal de prise de Préviscan® :

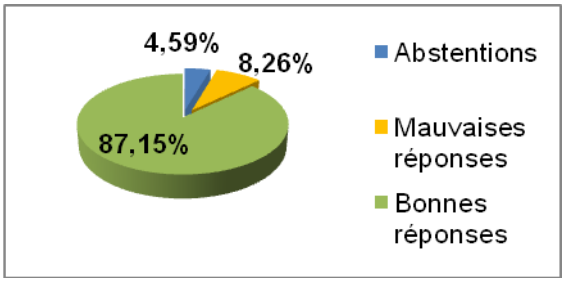


Figure 6 - Répartition des réponses concernant le moment idéal de prise de Préviscan®.

3) La valeur cible de l'INR pour les AVK :

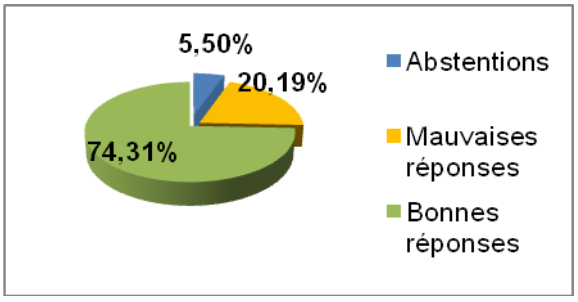


Figure 7 - Répartition des réponses concernant la connaissance de la valeur cible de l'INR pour les AVK.

Un pharmacien sur cinq n'a pas intégré la notion de variabilité de l'INR en fonction de l'indication retenue.

4) La surveillance de l'INR suite à l'introduction d'un AVK :

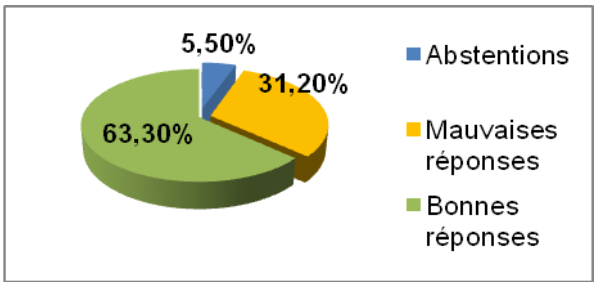


Figure 8 - Répartition des réponses concernant la surveillance de l'INR suite à l'introduction d'un AVK.

5) Les dispositifs d'auto-mesure de l'INR :

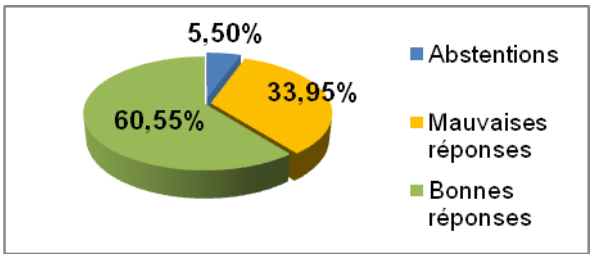


Figure 9 - Répartition des réponses concernant de la disponibilité des dispositifs d'auto-mesure pour la surveillance de l'INR en France.

6) Le contrôle de l'INR après toute modification de traitement :

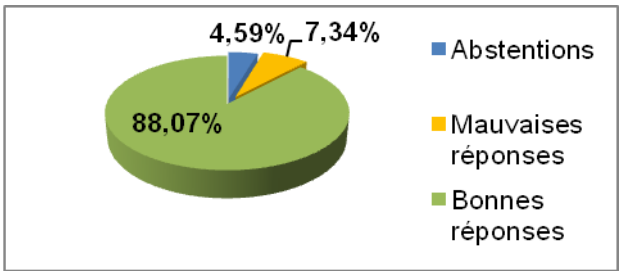


Figure 10 - Répartition des réponses concernant la connaissance du rythme de contrôle de l'INR après toute modification de traitement.

7) Le fait que la prescription d'un AVK en relai d'une héparine n'est pas systématique :

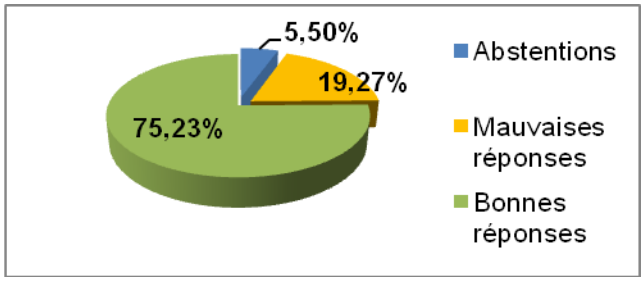


Figure 11 - Répartition des réponses concernant la prescription non systématique d'un AVK en relai d'une héparine.

8) Le relai possible d'un AVK par un NACO :

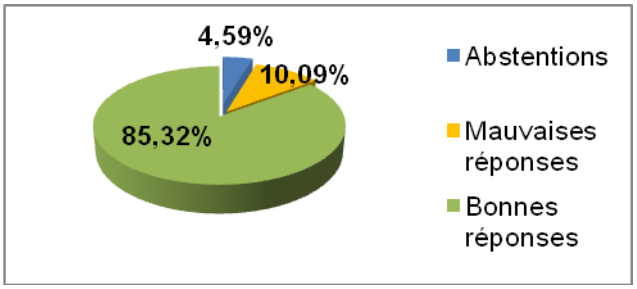


Figure 12 - Répartition des réponses concernant le relai AVK/NACO.

9) Le relai possible d'un NACO par AVK :

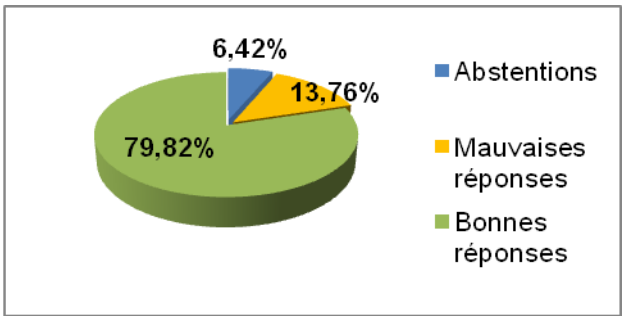


Figure 13 - Répartition des réponses concernant le relai NACO/AVK.

10) Les interactions médicamenteuses liées aux AVK :

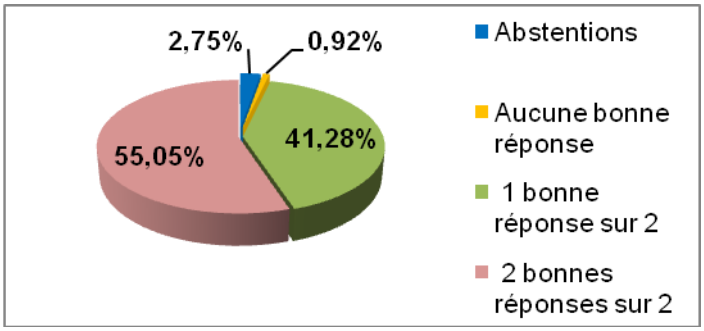


Figure 14 - Répartition des réponses concernant la connaissance des interactions médicamenteuses liées aux AVK.

Soit en considérant qu'une seule bonne réponse n'est pas suffisante, nous obtenons un pourcentage de « mauvaises réponses » de **42,20%**. Il est important de soulever le fait que nombreux sont les pharmaciens qui rencontrent des difficultés sur les interactions médicamenteuses concernant les AVK. Cependant comme nous le constatons à la question suivante, les recommandations concernant le millepertuis sont acquises contrairement aux autres interactions médicamenteuses.

11) L'association d'un anticoagulant oral avec le millepertuis :

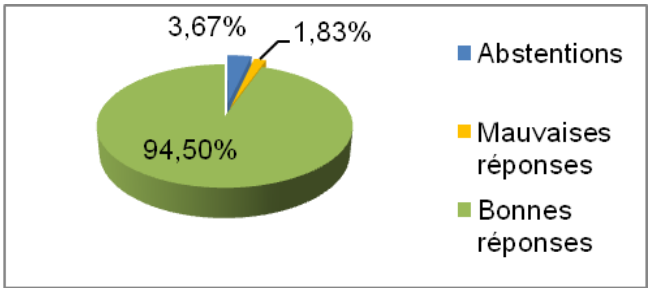


Figure 15 - Répartition des réponses concernant les précautions d'emploi ou les contre-indications existantes pour l'association d'un anticoagulant oral avec le millepertuis.

12) L'association d'un anticoagulant oral avec les topiques gastro-intestinaux :

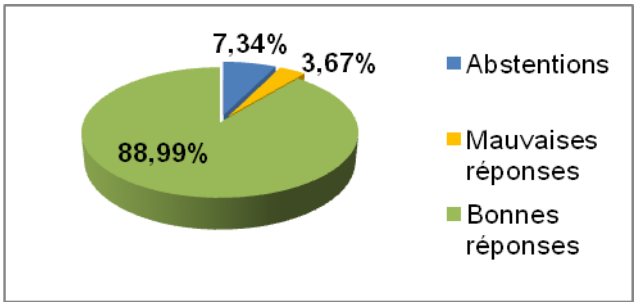


Figure 16 - Répartition des réponses concernant les précautions d'emploi lors de l'association d'un anticoagulant oral avec les topiques gastro-intestinaux.

13) L'alimentation sous traitement AVK :

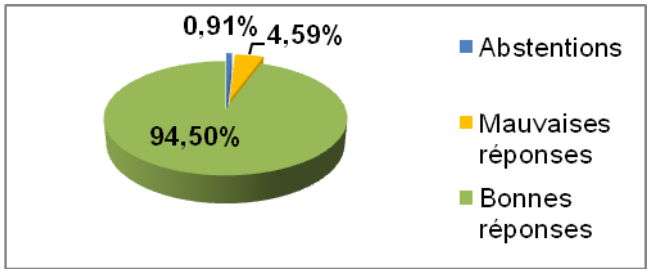


Figure 17 - Répartition des réponses concernant l'alimentation sous traitement AVK.

14) Les signes évocateurs d'un surdosage en anticoagulant :

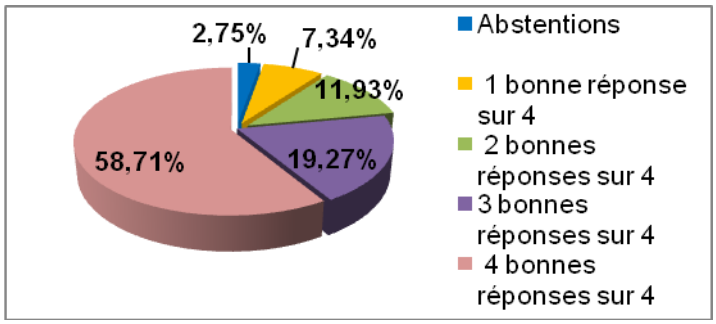


Figure 18 - Répartition des réponses concernant la connaissance des signes évocateurs d'un surdosage en anticoagulant.

Près de **80%** de pharmaciens maîtrisent entre 3 et 4 signes évocateurs d'un surdosage en AVK contre **19,27%** n'en connaissant qu'un ou deux.

15) En cas de surdosage, il existe un antidote pour :

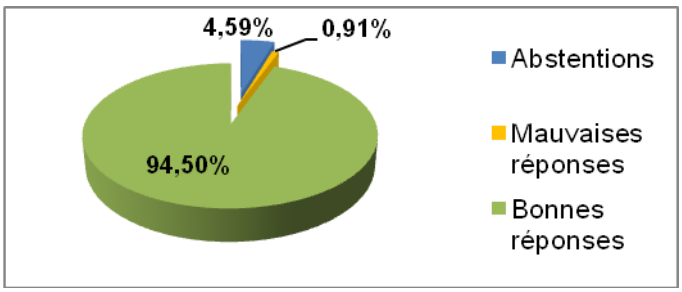


Figure 19 - Répartition des réponses concernant la connaissance d'antidote en cas de surdosage en anticoagulant.

16) AVK, grossesse, allaitement :

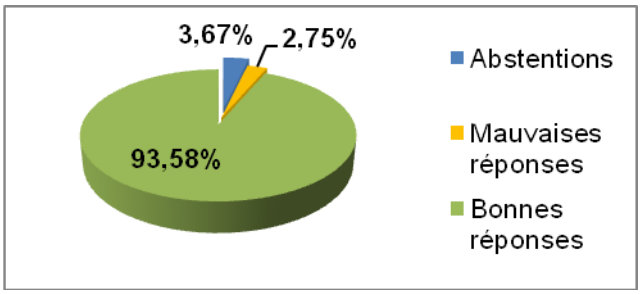


Figure 20 - Répartition des réponses concernant l'utilisation des AVK pendant la grossesse et l'allaitement.

Suite à l'analyse de ces données, j'ai relevé les points qui ont posé problème à certains pharmaciens.

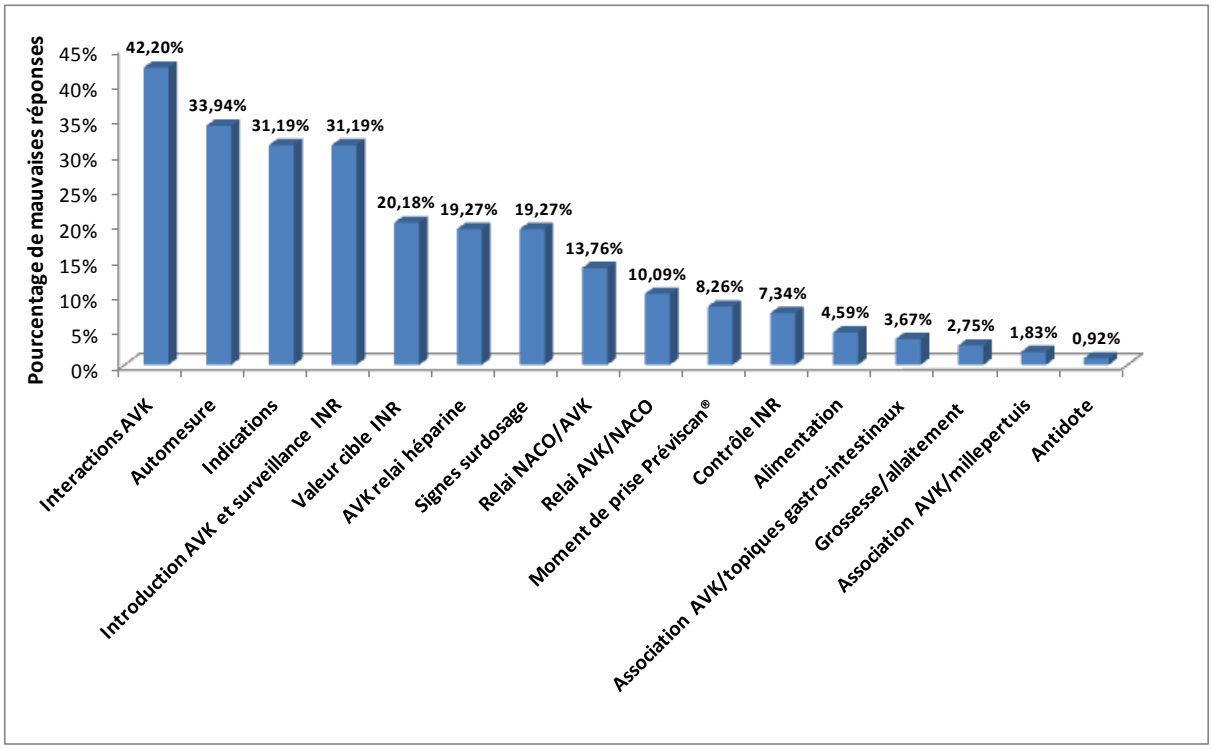


Figure 21 - Synthèse des difficultés rencontrées par les pharmaciens à propos de la connaissance générale des AVK.

Il ressort par ordre décroissant, des difficultés sur les notions suivantes :

1. **Les interactions médicamenteuses concernant les AVK**
2. **La connaissance de l'existence de dispositifs d'auto-mesure en France et leurs modalités de remboursement**
3. **Les indications des AVK**
4. **Le schéma de surveillance de l'INR lors de l'introduction d'un AVK**
5. **La notion de variabilité de la valeur cible de l'INR selon l'indication**
6. **La prescription non systématique d'un AVK en relai d'une héparine**
7. **La connaissance des signes évocateurs d'un surdosage en anticoagulant**
8. **La possibilité de mettre en place un relai NACO/AVK**

Discussion

Points 2, 4, 6, 8 : l'officinal n'est pas le premier professionnel de santé concerné par ces recommandations. L'instauration d'un traitement par AVK étant soit réalisé à l'hôpital, soit par un spécialiste, ces notions seront gérées par l'équipe médicale hospitalière ou par ces spécialistes.

Ces sujets ne font pas partie des prérequis essentiels pour mener à bien un entretien pharmaceutique, cependant il est souhaitable pour un officinal d'avoir un domaine de compétences étendu sur la gestion d'un traitement AVK. Le pharmacien est un relai dans le parcours de santé d'un patient et se doit de pouvoir lui transmettre les informations en rapport avec sa pathologie.

Points 1, 3, 5, 7 sont des sujets incontournables pour un pharmacien d'officine. En effet, ces thèmes se retrouvent dans le questionnaire fourni par la caisse d'assurance maladie pour la réalisation des entretiens. Il est donc impératif que le professionnel de santé soit incollable sur ces questions afin de pouvoir mener à bien cette nouvelle mission.

Des lacunes sont à noter dans notre population sondée concernant la capacité à reconnaître les signes évocateurs d'un surdosage en AVK. Le but ultime des entretiens pharmaceutiques étant de diminuer la iatrogénie médicamenteuse et donc de limiter les hospitalisations pour hémorragie et les décès liés au médicament chez les patients traités par AVK, il faudrait tendre à un taux de réponses positives de 100%.

Dans notre échantillon 1 pharmacien sur 5 ne maîtrise qu'un ou deux de ces signes. Ce dernier pourcentage reste trop élevé par rapport à l'enjeu que représentent les entretiens pharmaceutiques sur les AVK.

D. Support/Formation/Expérience

Cette partie m'a permis dans un premier temps d'estimer la part d'investissement personnel des pharmaciens pour la mise à niveau de leurs connaissances.

J'ai étudié :

- l'utilisation ou non d'un support d'information pour répondre au questionnaire (Vidal, Doroz, banque de données Claude Bernard, livres, cours…),
- le taux de participation des pharmaciens aux différentes possibilités de formation (formation, presse pharmaceutique ou e-learning).

Puis j'ai confronté les notes obtenues par les officinaux à mon questionnaire aux résultats des deux critères cités précédemment.

Dans un second temps, j'ai observé la qualité des réponses des pharmaciens en fonction de leurs années d'expérience.

1. Taux d'utilisation d'un support d'information pour répondre au questionnaire

Lecture et analyse des résultats

Population ciblée : 109 pharmaciens, N = 109.

Seul un pharmacien n'a pas répondu à la question « *Avez-vous eu besoin de support(s) d'information(s) pour répondre à ce questionnaire ?* » mais déclare s'être formé.

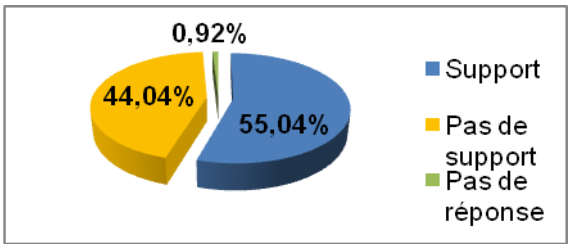


Figure 22 - Taux de pharmaciens ayant eu recours ou non à un support d'information.

Nous remarquons que plus de **50%** des pharmaciens ont eu recours à une aide documentaire.

Cependant, il faut souligner qu'aucun élément de mon questionnaire ne me permet de savoir si le support d'information a été utilisé pour les questions concernant les AVK ou les NACO.

2. Taux de participation des pharmaciens aux différentes possibilités de formations

Pour cette partie, l'échantillon de population sondée est N = 109.
En répondant au questionnaire, les pharmaciens ont indiqué les noms des organismes de formations auxquelles ils ont participé ; les plus cités étant : l'UTIP (soirées et stages), Caminade conseil, Préventime, Giropharm, Objectif pharma, OCP, etc... Pour l'e-learning, « Maformationofficinale.com » et pour la presse, la revue spécialisée « Prescrire », sont les plus cités.

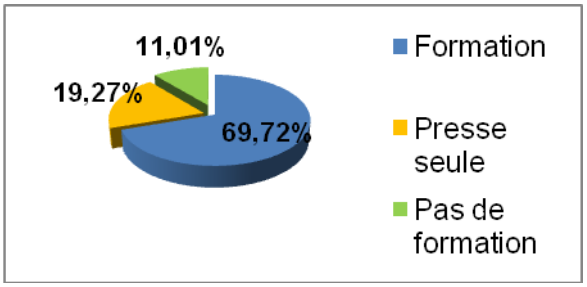


Figure 23 - Taux de participation à une formation.

Analyse des résultats

Pour cet item, il ressort que près de **90%** des pharmaciens se sont formés (formation + presse) sur les anticoagulants anciennes et nouvelles molécules. Ce constat traduit leur réelle volonté de s'investir dans cette nouvelle mission.

3. Etude comparative : qualité des réponses par rapport à l'utilisation de supports et au suivi de formations

Comme défini précédemment, je considère que pour les pharmaciens ayant obtenu au questionnaire des notes comprises :

- entre [5-11], leur niveau de connaissance est « **insuffisant** »,
- entre [12-17], leur niveau de connaissance est « **bon** »,
- entre [18-22], leur niveau de connaissance est « **très bon** ».

Pour cette partie, l'échantillon de population sondée est N = 108, il se répartit comme suit :

- 96 pharmaciens formés contre 12 non formés,
- un pharmacien n'a pas répondu à la question « *Avez-vous eu recours à un support d'information ?* ». Je l'ai donc exclu de l'analyse.

Tableau I - Représentation des notes obtenues par les pharmaciens ayant eu recours à un support d'information et ayant participé à une formation.

Support	Nombre de pharmaciens ayant obtenu des notes comprises entre		
	[5-11]	[12-17]	[18-22]
Formation	2	6	19
Formation + presse	0	3	8
Presse seule		7	5
Total = 50	2	16	32

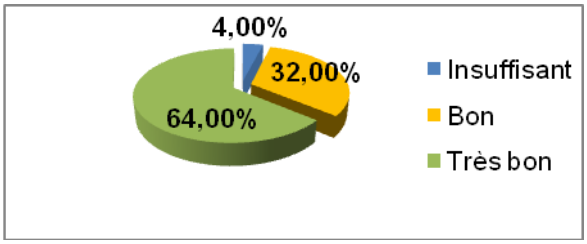


Figure 24 - Evaluation du niveau de connaissance des pharmaciens formés ayant eu recours à une aide documentaire.

Analyse des résultats

A la vue des données ci-dessus, nous constatons que **64%** des pharmaciens se situent dans le groupe « **très bon niveau de connaissance** » avec des notes comprises entre 18 et 22. Ce résultat était prévisible étant donné l'utilisation d'un support et les acquis des formations suivies. Cependant, du fait du recours à ces deux critères, nous aurions pu nous attendre à ce que le pourcentage « **très bon niveau de connaissance** » tende vers 100%.

Plusieurs hypothèses peuvent être envisagées concernant les formations suivies par les pharmaciens, expliquant le fait que ce pourcentage ne soit pas atteint.

Est-ce lié ? :

- à la qualité de la formation dispensée (contenu insuffisant ou non adapté, formation trop complexe ne ciblant pas le coté pratique nécessaire à l'exercice officinal, qualité pédagogique du formateur),
- au manque de motivation du pharmacien, à une attention inadaptée de sa part lors de la formation,
- au manque d'approfondissement personnel des notions dispensées considérées comme acquises et/ou à la non application de ces dernières en post-formation.

Tableau II - Représentation des notes obtenues par les pharmaciens n'ayant pas eu recours à un support d'information mais ayant participé à une formation.

Pas de support	Nombre de pharmaciens ayant obtenu des notes comprises entre		
	[5-11]	[12-17]	[18-22]
Formation	1	9	9
Formation + presse	3	6	9
Presse seule	0	8	1
Total = 46	4	23	19

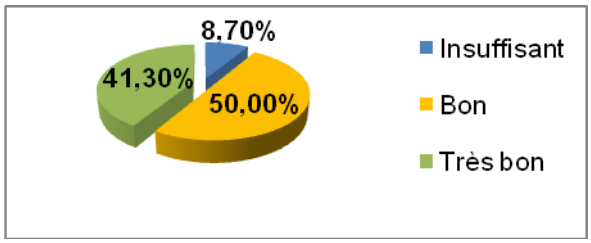


Figure 25 - Evaluation du niveau de connaissance des pharmaciens formés n'ayant pas eu recours à une aide documentaire.

A la différence du tableau I, ce tableau fait référence à la population de pharmaciens n'ayant pas eu recours à un support d'information mais simplement à une formation.
Nous observons que **50%** des pharmaciens ont un « **bon** » niveau de connaissance et **41,30%** un « **très bon** » niveau de connaissance.

Analyse des résultats

Notons que le taux de pharmaciens dont je juge le niveau de connaissance comme « **très bon** » est plus élevé dans le groupe de ceux ayant eu recours à un support d'information par rapport à ceux qui n'en ont pas utilisé (64% contre 41,30%).

4. Qualité des réponses en fonction de l'expérience des pharmaciens

J'ai souhaité comparer le niveau de connaissances des pharmaciens en fonction de leurs années d'expérience. Pour cela, j'ai considéré qu'un pharmacien au parcours « classique » d'une durée de six ans d'études, était diplômé approximativement autour de 25 ans.

Ainsi, grâce à la question : « Année du diplôme » j'ai formé 5 catégories :

- étudiants de sixième année,
- pharmaciens ayant de 1 à 10 ans d'expérience,
- pharmaciens ayant de 11 à 20 ans d'expérience,
- pharmaciens ayant de 21 à 30 ans d'expérience,
- pharmaciens ayant de 31 à 40 ans d'expérience.

Une date étant inexploitable, je ne l'ai pas prise en compte. Notre échantillon de population est N = 108.

Analyse des résultats

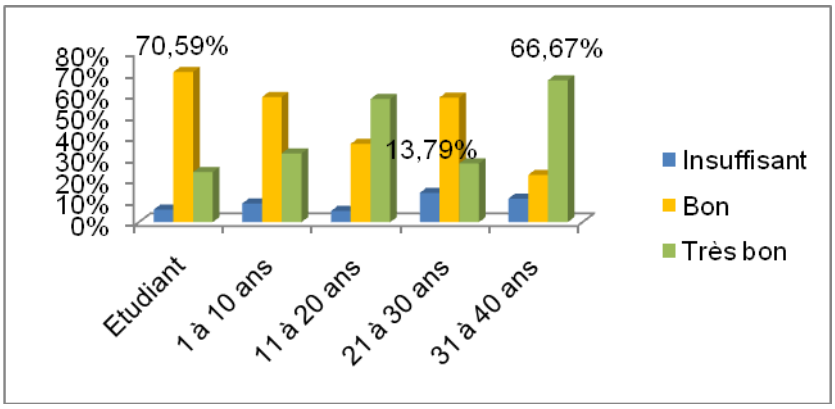


Figure 26 - Niveau de connaissance des pharmaciens en fonction de leurs années d'expérience professionnelle.

Indépendamment de la participation des pharmaciens à une formation ou non, je constate que :

- les étudiants s'illustrent dans le groupe « **bon niveau de connaissance** » avec 70,59% de sujets ayant une note comprise entre 12 et 17. Ces derniers étant encore en cours de formation, nous aurions pu penser qu'ils s'affirmeraient dans le groupe « **très bon niveau de connaissance** ».
- les pharmaciens ayant de 21 à 30 années d'expérience obtiennent le pourcentage le plus élevé de résultats « **insuffisants** » avec 13,79% de notes inférieures à 12.
- les pharmaciens ayant de 31 à 40 années d'exercice se classent en majorité dans le groupe « **très bon niveau de connaissance** ». En effet, 66,67% soit 6 pharmaciens sur 9 ont obtenu une note comprise entre 18 et 22.

Pour finir, j'ai jugé intéressant d'observer la répartition des pharmaciens non formés selon leur expérience professionnelle (pas de lecture de la presse pharmaceutique ni de participation à des formations).

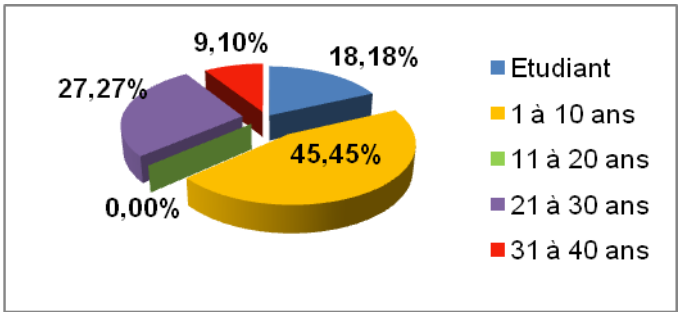


Figure 27 - Répartition des pharmaciens non formés selon leurs années d'expérience professionnelle.

Je constate que les pharmaciens les moins expérimentés sont ceux qui se sont le moins formés au sujet des anticoagulants. Ils représentent une population de jeunes pharmaciens, assez fraîchement diplômés.

E. Synthèse

Le taux de participation des pharmaciens à notre étude est faible par rapport à la population totale de pharmaciens en Lorraine. Mais les résultats demeurent exploitables.

D'après mon échantillon de population :

Retenons que :

Près de **70%** des pharmacies lorraines sondées recensent entre 20 et 60 patients sous traitement anticoagulant oral de type AVK.

Il n'existe pas de relation entre le nombre de patients sous AVK que recensent les officines lorraines et leur lieu d'exploitation.

Enfin, comme la logique le voudrait, plus l'officine est grande, plus elle compte de patients sous AVK.

Des lacunes de la part des officinaux au niveau de la maîtrise des anticoagulants oraux sont à noter concernant notamment :

- les interactions médicamenteuses avec les AVK,
- la connaissance des indications de prescription des AVK,
- la notion de variabilité de la valeur cible de l'INR selon les indications,
- la capacité à reconnaître les signes évocateurs d'un surdosage en AVK.

Le pourcentage de pharmaciens ayant eu recours à un support d'information pour répondre au questionnaire est élevé. L'utilisation de celui-ci en corrélation avec le suivi de formations, permet d'augmenter le niveau des connaissances acquises des officinaux.

La formation continue joue un rôle important dans l'exercice quotidien du pharmacien. Savoir mettre à jour ses connaissances est essentiel et cela passe par un investissement complet autour de la formation, avec un travail personnel assidu, une appropriation de son contenu ainsi qu'une remise en question professionnelle permanente. « Le nouveau dispositif de développement professionnel continu (DPC) a été instauré dans le but de garantir aux patients d'avoir affaire à des pharmaciens formés et compétents ». Le DPC est une obligation pour tous les pharmaciens inscrits à l'Ordre (19).

IV. Mise en place des entretiens pharmaceutiques

A. Etat d'esprit des pharmaciens

De la même façon que pour la partie « Evaluation des connaissances des pharmaciens », j'ai cherché à savoir dans quel état d'esprit les officinaux se trouvaient quelque temps avant le démarrage officiel des entretiens pharmaceutiques. Pour ce faire, ils devaient répondre à douze questions (majoritairement à choix multiple) ciblant leur motivation, et leurs sentiments quant à cette nouvelle mission.

1. « Envisagez-vous de réaliser dans votre officine des entretiens pharmaceutiques ? »

Oui, non, pourquoi ?

A travers cette question, j'ai souhaité dans un premier temps, estimer globalement le nombre de pharmaciens désirant répondre positivement à cette nouvelle mission pharmaceutique.

Dans un second temps, j'ai voulu affiner cette estimation en ne m'intéressant qu'aux réponses des pharmaciens titulaires. En effet, c'est au titulaire que revient la décision d'entreprendre des entretiens d'accompagnement dans son officine.

Enfin, j'ai voulu comparer la motivation des titulaires à entreprendre cette mission, selon la taille de leur structure.

a) Tous pharmaciens confondus

Pour cette étude l'échantillon de population est N = 109.

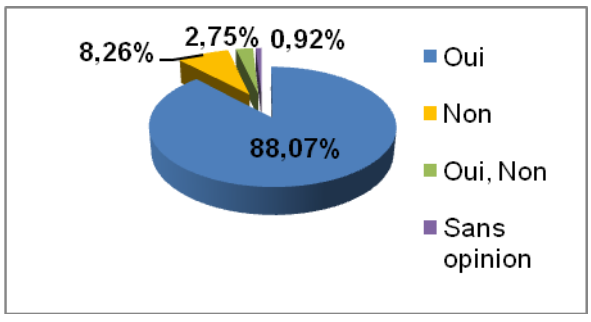


Figure 28 - Répartition globale de la réponse de tous les pharmaciens à la question "*Envisagez-vous de réaliser dans votre officine des entretiens pharmaceutique (AVK, asthme…)* ? ».

Analyse des résultats, tous pharmaciens confondus

Globalement, **88,07%** soit 96 pharmaciens sur 109 souhaitent réaliser des entretiens pharmaceutiques dans leur officine.

b) Pharmaciens titulaires

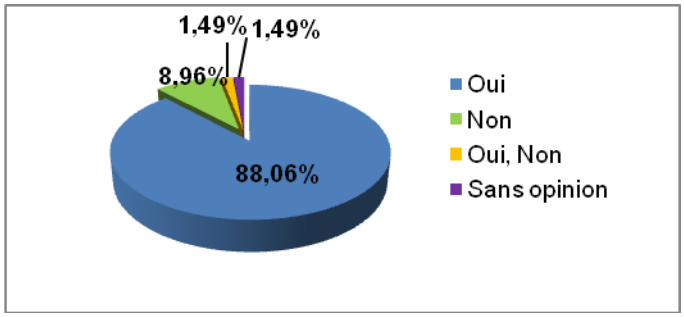


Figure 29 - Répartition des réponses des pharmaciens titulaires à la question « Envisagez-vous de réaliser *dans votre officine des entretiens pharmaceutiques (AVK, asthme…)*? ».

Analyse des résultats des titulaires

Globalement **88,06%** soit 59 sur 67 titulaires souhaitent réaliser des entretiens pharmaceutiques dans leur officine.

Nous constatons qu'il n'y a pas de différence dans les résultats des titulaires ou de l'ensemble des pharmaciens. Ces pourcentages élevés traduisent la motivation générale des pharmaciens face à cette nouvelle mission.

Etudions maintenant l'intérêt porté à cette mission, en fonction de la taille des officines.

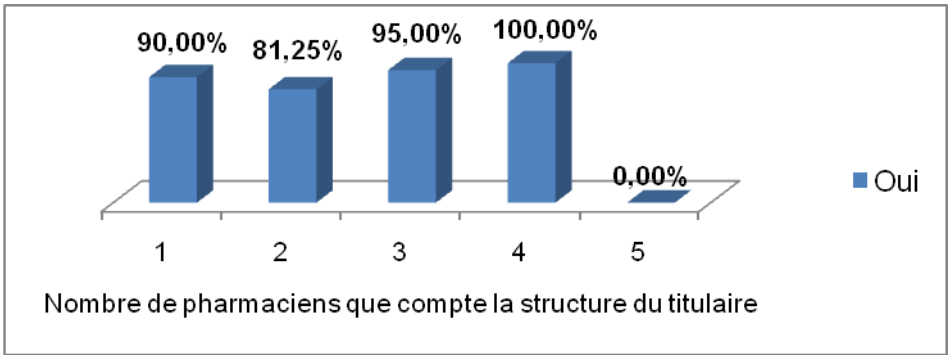


Figure 30 - Taux de pharmaciens titulaires se déclarant prêts à conduire des entretiens pharmaceutiques selon la taille de l'officine.

Nous ne tiendrons pas compte des officines comptant 5 pharmaciens car il n'y en a qu'une qui a participé au questionnaire ce qui ne me permet pas d'en exploiter les résultats.

Analyse, discussion

L'investissement dans cette mission des petites structures ne comptant qu'un pharmacien est satisfaisant. On aurait pu s'attendre à ce que le pourcentage de réponses positives soit moindre, compte tenu de leur effectif restreint et des difficultés d'organisation qui en découlent, or ce n'est pas le cas.
Il n'y a donc pas de lien de proportionnalité entre la taille de l'officine et la motivation des pharmaciens à la mise en place de l'accompagnement thérapeutique du patient sous AVK.

c) Raisons invoquées par les pharmaciens titulaires ne souhaitant pas réaliser d'entretiens

Six titulaires sur 67 soit **8,96%** d'entre eux sont réticents à l'idée d'entreprendre cette mission pharmaceutique.

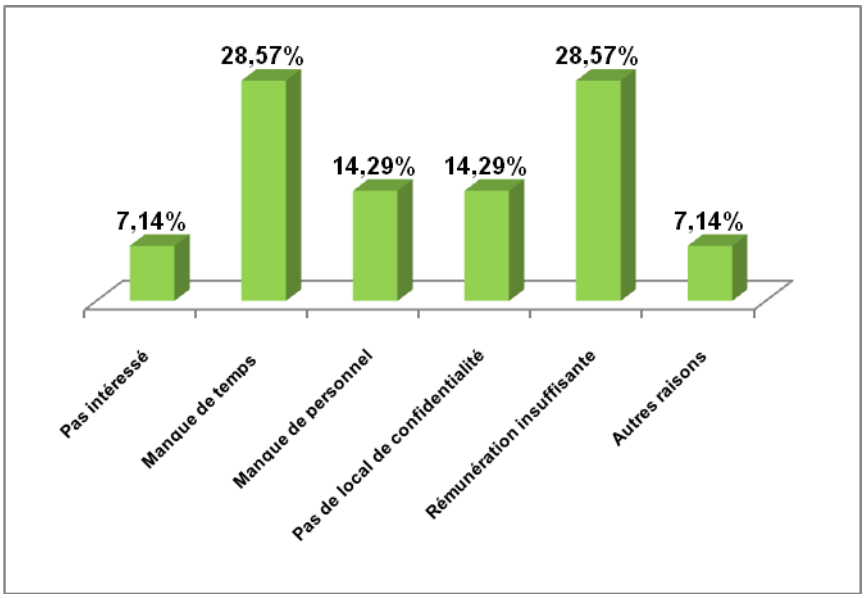


Figure 31 - Synthèse des raisons invoquées par les pharmaciens ne souhaitant pas entreprendre les entretiens pharmaceutiques.

Parmi les officines ne comptant comme pharmacien que le titulaire, une seule a répondu NON à la mise en place des entretiens pharmaceutiques avec pour motif le fait de ne pas disposer de local de confidentialité.

Les autres réponses négatives, proviennent essentiellement de pharmacies comptant 4 personnels minimum dont 2 pharmaciens au moins. Deux motifs principaux ressortent : le manque de temps et la rémunération insuffisante. Les deux autres raisons sont le manque de personnel ainsi que l'absence d'un local de confidentialité.

Analyse des résultats

Le pourcentage de pharmaciens ne souhaitant pas spontanément s'investir dans l'accompagnement thérapeutique des patients sous AVK est faible.

On aurait pu s'attendre à ce que le manque de temps et de personnel soient invoqués en première intention par le pharmacien titulaire exerçant seul mais ces motifs ne sont pas la raison principale de son refus à participer à cette nouvelle mission.

Pour les autres pharmaciens, leur refus n'est pas motivé par un manque d'intérêt mais par une inquiétude quant à l'organisation interne (temps imparti, mobilisation du temps, du personnel et de l'espace) qu'implique ce nouvel exercice officinal et quant à sa rémunération.
Cependant, il est intéressant de noter que face à une demande d'un de leurs patients, ils se disent prêts à s'organiser pour répondre favorablement à cette requête ; n'ayant pas attendu l'arrivée de cette nouvelle mission pour prodiguer un maximum de conseils à chaque dispensation.

Je cite :
« C'est notre métier »
« De toute façon, nous n'avons pas attendu l'arrivée des entretiens pour donner des conseils à nos patients lors des délivrances d'ordonnances. »
« Comme d'habitude, on fait ! C'est finalement ce qu'on fait tout le temps ! ».

2. Si vous envisagez de faire des entretiens, quelles sont vos motivations ?

J'ai cherché à savoir quelles étaient les motivations des pharmaciens concernant cette nouvelle mission en proposant une question à choix multiple.

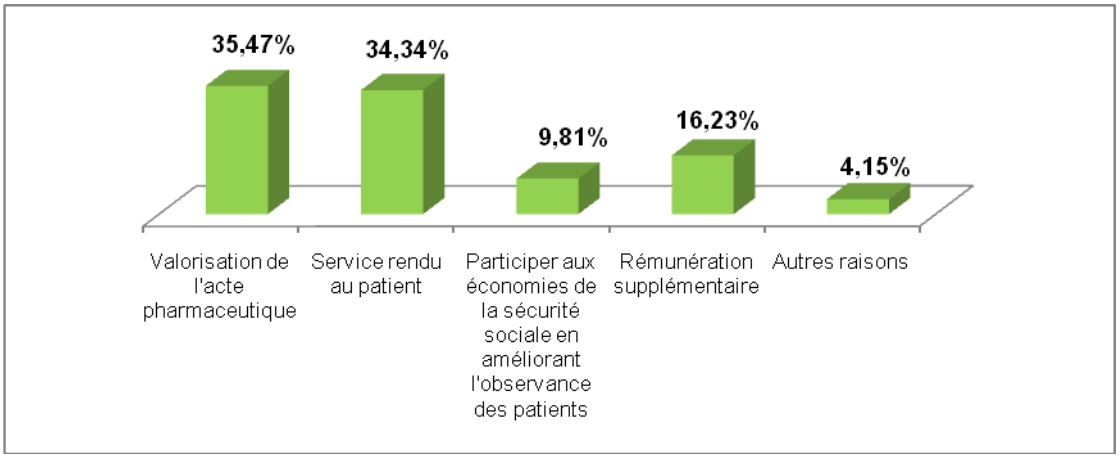


Figure 32 - Synthèse des principales motivations des pharmaciens pour la mise en œuvre des entretiens pharmaceutiques.

Analyse des résultats

Je constate que :

La valorisation de l'acte pharmaceutique ainsi que le service rendu au patient représentent les motivations principales des pharmaciens sondés en recueillant **35,47%** et **34,34%** des réponses chacune. Ces chiffres traduisent le fait qu'une partie des pharmaciens interrogés pensent qu'une amélioration peut encore être apportée dans le rôle de conseil, d'éducation et de prévention auprès des patients grâce à cette nouvelle mission.

La rémunération supplémentaire ressort pour **16,23%** des réponses.

9,81% des réponses concernent la participation aux économies de la sécurité sociale en améliorant l'observance des patients.

Enfin, même si le pourcentage des réponses « autres » n'est pas significatif, il faut noter qu'un pharmacien a cité comme motivation « *l'obligation d'effectuer ces entretiens* ». Rappelons que les entretiens pharmaceutiques sont considérés par la loi HPST comme une mission optionnelle.

Discussion

Les principales motivations abordées ci-dessus, viennent confirmer l'idée que l'accompagnement thérapeutique a pour but de renforcer la place de l'officinal dans le parcours de soin des patients. (Valorisation de l'acte pharmaceutique et service rendu au patient).

3. Quels sont les bénéfices des entretiens pharmaceutiques pour le patient ?

Par une question à choix multiple, j'ai cherché à savoir auprès des pharmaciens ce qu'apporterait au patient un entretien pharmaceutique.

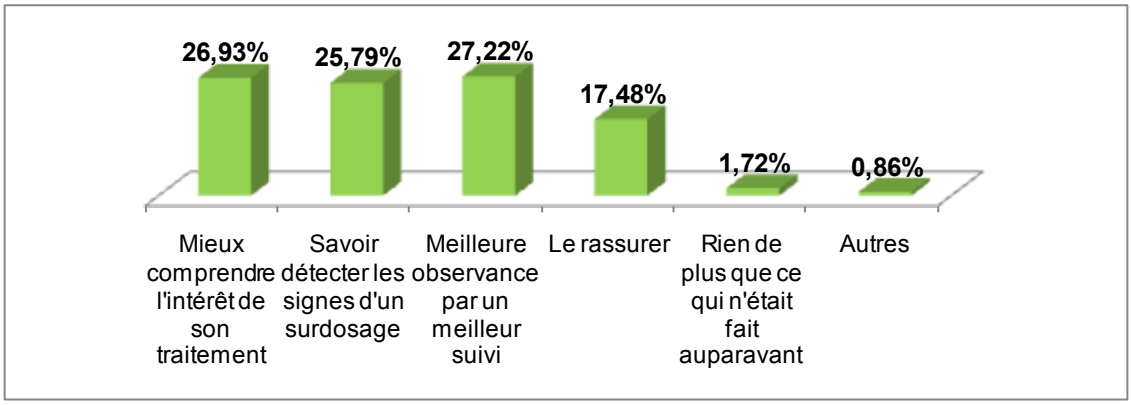


Figure 33 - Synthèse des réponses des pharmaciens concernant les bénéfices apportés par ces entretiens au patient.

Lecture et analyse des résultats

Selon les pharmaciens, les bénéfices pour le patient de cet entretien, s'organisent autour de trois grands thèmes :

- améliorer l'observance grâce au suivi du traitement (27,22%),
- mieux comprendre l'intérêt de son traitement anticoagulant (26,93%),
- être capable de connaître et de détecter les signes d'un surdosage en AVK (25,79%).

Ces trois propositions représentent **79,94%** des réponses.

Le besoin de rassurer le patient représente **17,48 %** des réponses apportées. L'entretien individuel mené par un professionnel de santé à l'écoute du patient et le suivi personnalisé du traitement qui en découle contribuent à rassurer le malade.

Il est intéressant de citer trois autres bénéfices évoqués par quelques pharmaciens :

- autonomie du patient développée grâce aux entretiens,
- confiance accordée par le patient à son pharmacien renforcée par le dialogue,
- écoute plus active donc bénéfique pour le patient en entretien individuel plutôt qu'au comptoir.

Six pharmaciens estiment que cette nouvelle mission n'a pas de bénéfice pour le patient considérant qu'elle n'apportera rien de plus que ce qui était déjà fait auparavant.

Discussion

Les pourcentages élevés relatifs aux trois grands thèmes, m'ont incitée à établir un lien avec la première partie de mon travail concernant l'évaluation des connaissances des pharmaciens dans ces domaines.

Pour aider le patient à mieux comprendre l'intérêt de son traitement anticoagulant, il est nécessaire que le pharmacien en connaisse les indications.
Eduquer le patient sur la reconnaissance des signes d'un surdosage requiert de la part du professionnel de santé une parfaite maîtrise de ces derniers.
Enfin, les officinaux pensent que les entretiens pourraient être bénéfiques pour les patients en leur permettant une meilleure observance par un meilleur suivi.
Pour ce faire, les pharmaciens doivent connaître les valeurs cibles de l'INR selon les indications.

Or, pour ces trois items, les notes obtenues par les sondés aux questions concernant les indications des AVK, les signes d'un surdosage en anticoagulant ainsi que les valeurs cibles de l'INR selon les indications ne sont pas totalement satisfaisantes (entre 20 et 30% de mauvaises réponses).

4. Investissement au sein de l'officine pour la réalisation des entretiens

J'ai souhaité analyser l'organisation interne que requiert cette nouvelle mission, en me concentrant sur deux points incontournables :

- l'organisation d'une réunion d'information de l'équipe officinale,
- l'aménagement du local

Pour ces deux aspects, j'ai sélectionné uniquement les réponses des titulaires afin de pouvoir exprimer un pourcentage, le plus proche de la réalité.

a) Organisation d'une réunion d'information de l'équipe officinale

« Pour la réalisation des entretiens, vous vous êtes déjà investis » :

- en participant à des formations,
- en organisant une réunion d'information de l'équipe officinale,
- en suivant de près la presse pharmaceutique.

La question concernant la formation et la presse pharmaceutique a été traitée dans la première partie « Evaluation des connaissances des pharmaciens », j'analyse ici la proposition concernant la réunion d'équipe.

67 titulaires ont répondu à cette question, soit un échantillon de population N = 67. Un pharmacien titulaire ne s'est pas exprimé.
15 pharmaciens titulaires ont répondu avoir déjà organisé une réunion d'équipe.

Analyse des résultats

22,39% des titulaires ont tenu au sein de leur officine une réunion d'équipe afin de s'organiser quant à la mise en place de ces entretiens.

D'après les textes officiels, l'entretien doit être mené uniquement par un pharmacien, mais il est nécessaire pour que le suivi du patient s'opère dans les meilleures conditions, que toute l'équipe soit informée afin d'optimiser cette nouvelle démarche. En effet, le patient est susceptible d'être accueilli par un membre du personnel non habilité à l'entretien, et de bénéficier d'une première dispensation par celui-ci, d'où l'importance d'une formation initiale commune de l'équipe et de la tenue du même discours par tous ses membres.

b) Aménagement d'un local de confidentialité

Pour cette question à choix multiple, je n'ai pris en compte que les réponses des titulaires. Le nombre de réponses obtenues est N = 74.

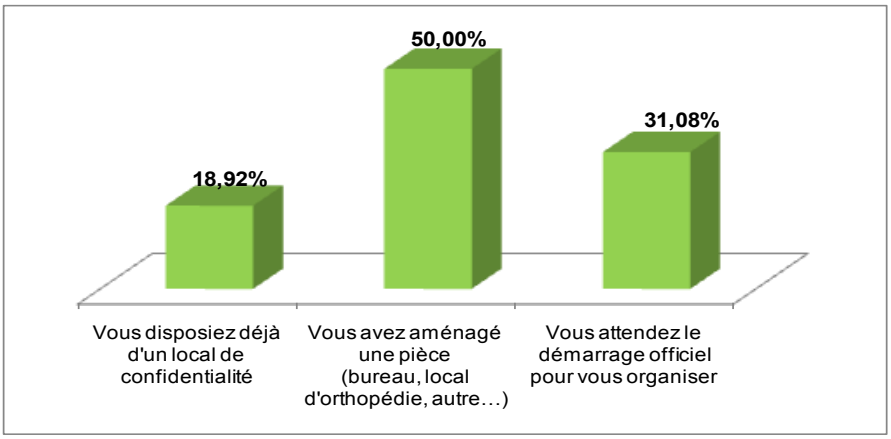


Figure 34 - Taux de réponse des pharmaciens titulaires concernant l'aménagement d'un local de confidentialité.

Analyse des résultats

Je constate que seulement **18,92%** des pharmacies disposaient déjà d'un local de confidentialité avant l'arrivée de cette nouvelle mission.

50% des titulaires ont pris l'initiative d'aménager une pièce avant le lancement de ces nouvelles prérogatives, ce pourcentage traduit un investissement important de la part des pharmaciens.

31,08% des pharmacies quant à elles souhaitent attendre le début des entretiens pour voir comment procéder.

Ces pourcentages mettent en exergue une contrainte de cette convention qui prévoit de disposer d'un local de confidentialité. Selon la taille des officines, et leur aménagement propre, elles ne sont pas toutes capables de proposer un local adapté à cette mission. Beaucoup d'entres elles n'auront d'autre choix que d'utiliser une pièce existante dédiée à un autre service : bureau du titulaire, salle d'orthopédie, autre pièce.

Article 8 de la convention pharmaceutique : la confidentialité de l'entretien

« Le pharmacien prévoit dans son officine un espace de confidentialité où il peut recevoir isolément les patients. Cet espace est réputé adapté dès lors qu'il permet un dialogue entre le pharmacien et le patient en toute confidentialité » (10).

5. Support utilisé par les pharmaciens lors des entretiens

Je me suis intéressée au support de travail utilisé par les pharmaciens, pour mener les entretiens. En effet, j'ai cherché à savoir s'ils avaient connaissance de la fiche de suivi patient proposée par l'ANSM, s'ils comptaient l'utiliser en l'état, s'ils l'avaient déjà personnalisée ou s'ils avaient recours à un autre type de questionnaire.

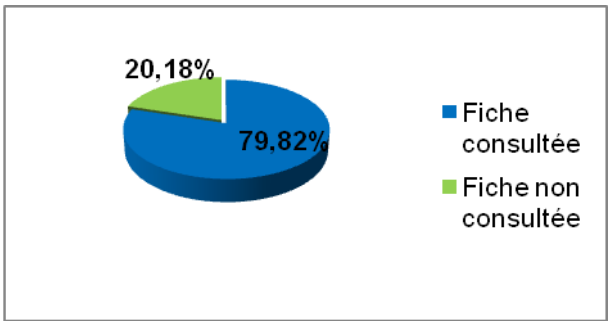


Figure 35 - Taux de consultation de la « Fiche de suivi patient » établie par l'ANSM.

Soit un échantillon de pharmaciens N = 109.

- 22 pharmaciens soit **20,18%** n'ont pas consulté cette fiche,
- 87 pharmaciens y ont eu accès, soit **79,82%**.

  Parmi eux :

  12 pharmaciens l'ont personnalisée soit **13,79%**. L'un d'entre eux cite : *« Il faut l'adapter à la personne et simplifier plus ou moins, trop de détails stressent ».*

  27 se disent prêts à l'utiliser en l'état soit **31,04%**.

  Qu'en est-il donc des 48 autres ? Sont-ils prêts à l'utiliser telle quelle ou à la personnaliser après le démarrage officiel des entretiens ? Un seul pharmacien a affirmé qu'il y avait rencontré des zones d'ombre mais il ne les a pas précisées.

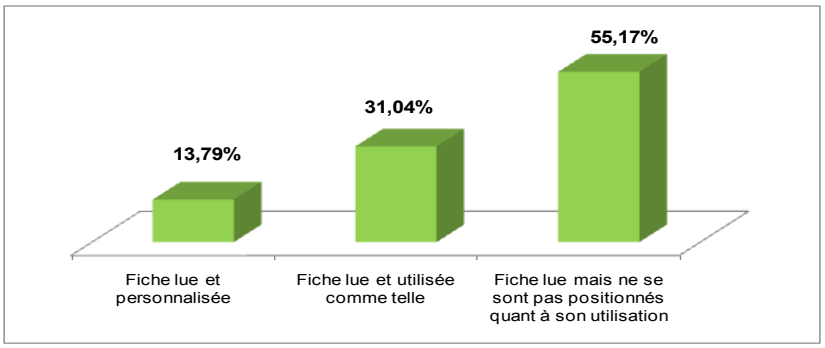


Figure 36 - Taux de réponse des pharmaciens quant à l'utilisation de la « Fiche suivi patient » en l'état.

Analyse des résultats

Le taux de pharmaciens ayant consulté cette fiche est important, ce qui renforce à nouveau l'implication des officinaux vis-à-vis de cette nouvelle démarche.

Peu nombreux sont ceux qui l'ont déjà personnalisée. En effet, cette dernière peut paraître à première vue, assez longue et complexe, elle est probablement à adapter face à chacun de ses patients. Les officinaux attendent peut être le démarrage des entretiens, pour avoir du recul sur la question et analyser les points à améliorer dans leurs méthodes de travail.

6. Conflits interprofessionnels

« **Pensez-vous que la mise en place des entretiens puisse engendrer des conflits relationnels avec l'équipe médicale qui vous entoure ? »**

J'ai cherché à savoir quel était le ressenti des pharmaciens face aux éventuels conflits qui pourraient naître, avec l'équipe médicale les entourant, suite à ces nouvelles prérogatives. Notamment au vu de la réticence et de certains commentaires de syndicats de médecins à l'annonce de cette mission.

J'exclus pour cette question, les 17 étudiants en pharmacie, considérant qu'ils n'ont pas assez d'expérience, ni de recul pour que je puisse prendre en compte leur avis.

Dans un premier temps, j'ai réalisé une étude globale, puis dans un second temps je me suis penchée sur la question en fonction du lieu d'exercice des pharmaciens et enfin je me suis intéressée à leur avis selon leur expérience professionnelle.

Les statistiques sont établies sur un échantillon de N = 92 pharmaciens.

a) Etude globale

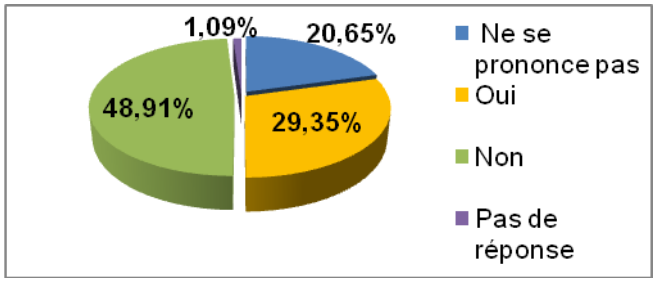


Figure 37 - Taux de réponses des pharmaciens (hors étudiants) à la question « *Pensez-vous que la mise en place des entretiens puisse engendrer des conflits relationnels avec l'équipe médicale qui vous entoure ?* ».

Analyse des résultats

Quasiment un officinal sur deux pense que les accompagnements thérapeutiques n'entraveront pas les relations entre professionnels de santé. Cependant, nous pouvons nous interroger sur le fait qu'un pharmacien sur cinq ne s'est pas exprimé sur le sujet. La mise en place des entretiens pharmaceutiques représente une nouvelle tâche dans la vie officinale, pour laquelle les pharmaciens n'ont encore aucun recul, ceci explique peut être ce pourcentage élevé.

b) *En fonction du lieu d'exercice*

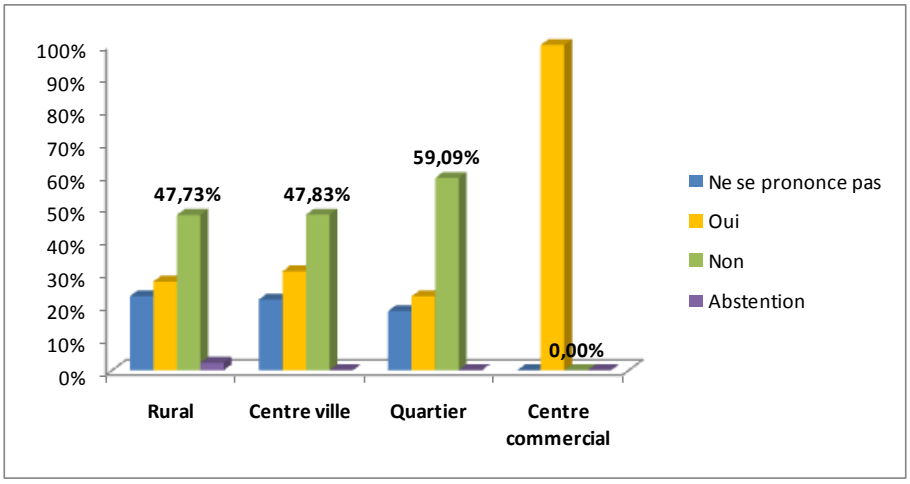


Figure 38 - Taux de réponses des pharmaciens (hors étudiants), en fonction de la zone d'implantation de leur officine, à la question « *Pensez-vous que la mise en place des entretiens puisse engendrer des conflits relationnels avec l'équipe médicale qui vous entoure ?* ».

Discussion

Les pharmaciens exerçant en centre commercial se démarquent des autres. 100% d'entre eux considèrent que cette mission risque d'entraver les relations interprofessionnelles. Mais ces pourcentages sont difficilement interprétables car seules 3 pharmacies sont concernées.

Concernant les 3 autres zones géographiques, j'observe que les pourcentages sont similaires dans la répartition des réponses. Même avec des lieux d'exercice différents, la majorité des pharmaciens pensent que la mise en place des entretiens pharmaceutiques n'engendrera pas de conflits interprofessionnels. C'est une constatation encourageante traduisant un état d'esprit assez positif pour l'ensemble des officinaux sondés.

c) *En fonction des années d'expérience*

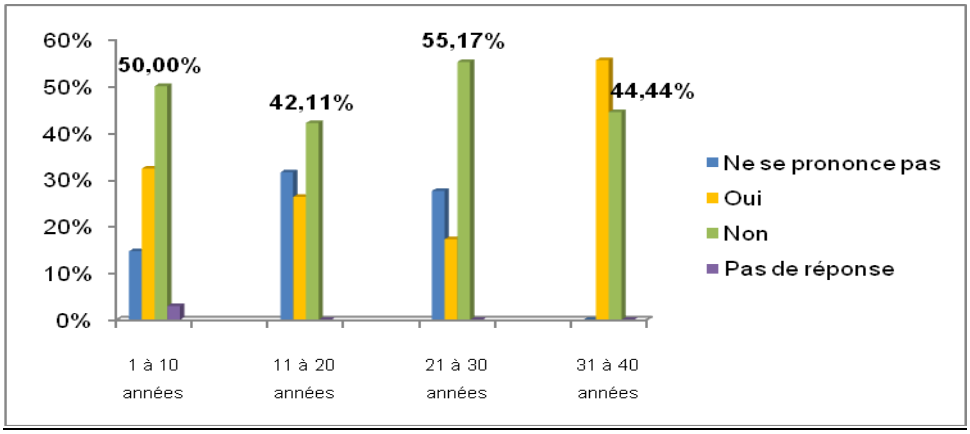


Figure 39 - Taux de réponses des pharmaciens (hors étudiants) en fonction de leur expérience professionnelle, à la question « *Pensez-vous que la mise en place des entretiens puisse engendrer des conflits relationnels avec l'équipe médicale qui vous entoure ?* ».

Discussion

Un pharmacien ayant répondu oui à cette question n'a pas indiqué son année de diplôme, je ne peux donc exploiter ses données. Le nombre de pharmaciens ayant entre 31 et 40 années d'expérience est faible par rapport aux autres, il est donc beaucoup moins aisé d'en tirer une conclusion.

Exception faite des pharmaciens précédents, ce graphique vient renforcer les résultats de celui analysant la réponse des officinaux en fonction de leur lieu d'exercice. En effet, je peux conclure que quel que soit le niveau d'expérience des pharmaciens, la majorité d'entre eux pensent que cette mission ne sera pas source de conflits interprofessionnels.

7. Motivation des pharmaciens/ Commentaires généraux

Le démarrage officiel des entretiens ayant été reporté un certain nombre de fois, j'ai cherché à savoir si, de ce fait, la motivation des pharmaciens à ce sujet avait évolué. Pour cela, j'ai analysé les réponses à la question suivante sur un échantillon de population de N = 109 :

« Votre motivation a t-elle diminué depuis l'annonce de cette nouvelle mission compte tenu de la difficulté pour sa mise en place ? »

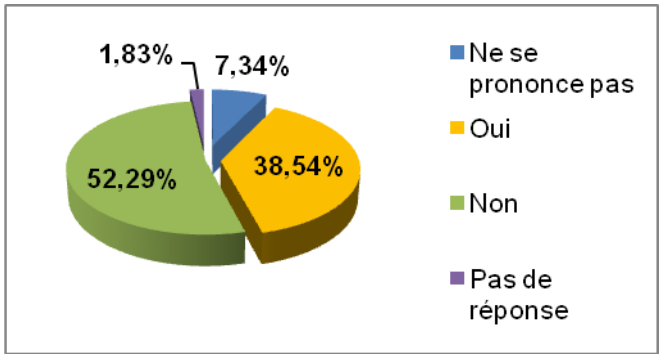


Figure 40 - Taux de réponses à la question « *Votre motivation a t-elle diminué depuis l'annonce de cette nouvelle mission compte tenu de la difficulté pour sa mise en place ? ».*

52,29% des pharmaciens n'ont pas vu leur motivation diminuer, en revanche cette baisse de motivation est ressentie par **38,54%** de la population interrogée.

Analyse des résultats, discussion

Ce dernier pourcentage traduirait-il un certain découragement ?
En effet, l'avenant à la convention de 2012, n'ayant été signé qu'en janvier 2013, le début des entretiens initialement fixé pour cette même date, n'a finalement démarré qu'en juillet, laissant les pharmaciens dans l'attente durant six mois. Un grand flou a régné durant cette période, remettant en doute l'intérêt

du projet pour certains et, laissant en suspens les acquis de formations, pour d'autres (perte du bénéfice des récentes formations).

Notre questionnaire ayant été envoyé avant juillet 2013, j'ai pu apprécier les sentiments de certains face à ce retard d'application de loi.

« Rien n'est clair, les dates reculent, et toutes les obligations qui portent autour du local. Mais il faut savoir avancer... »,

« Les délais considérablement retardés de publication officielle font que le dynamisme post-formation s'essouffle complètement, les acquis de formation s'estompent, la motivation s'évapore... »,

« Désabusée »,

« Date repoussée plusieurs fois démotive un peu ».

Malgré tout, un pharmacien sur deux n'a pas vu sa motivation changer.

Commentaires généraux

Grâce à l'espace « *Commentaires* » de la fin de mon questionnaire, j'ai relevé les remarques qui me semblaient pertinentes, à la veille du lancement de cette nouvelle mission. En plus d'un certain découragement décelé chez presque **40%** des officinaux, je note une forte interrogation quant à l'organisation qu'implique ces entretiens : notamment autour des notions de gestion du personnel et du temps. Quelques doutes également sur les bénéfices réels de ces entretiens et l'aspect financier se font ressentir.

Titulaire formé *« mon équipe est partante pour ces entretiens bien que cela va nous prendre beaucoup de temps. Nous allons devoir les organiser et programmer sérieusement en fonction du planning de chacun. Cela ne va pas être très facile, au moins au début. Les premiers entretiens ne seront sans doute pas évidents à mener !!! Mais nous verrons à l'usage s'ils sont pertinents pour les clients ou si cela va les embrouiller. »*

Titulaire formé *« Il va être difficile de gérer le temps imparti pour les entretiens pharmaceutiques. Risque de débordement de temps. Je ne pense pas que l'image du pharmacien perçue par les anciennes générations (cible des entretiens) corresponde aux entretiens thérapeutiques. A mon avis il faudrait un virage franc et motivant pour les pharmaciens et les patients. »*

Titulaire formé *« le suivi des AVK ou la nouvelle Arlésienne, beaucoup de vent pour rien, 6 mois après le démarrage prévu on attend toujours ...Heureusement que ce n'est pas la rémunération de la sécu qui motive à accompagner le patient correctement. On fait du mieux que l'on peut malgré tous les obstacles. Bienvenue dans la vraie vie et bon courage pour l'officine ... »*

Titulaire formé *« C'est encore un miroir aux alouettes beaucoup d'énergie requise et des rémunérations qui n'arriveront peut être pas compte tenu des reports permanents de mise en route et pourtant il y a un réel bénéfice de santé publique. On nous demande beaucoup mais on nous aide peu. La réalisation d'un*

local spécifique n'est pas réalisable pour beaucoup d'entre nous, souvent c'est le bureau qui sera utilisé au détriment de notre gestion. Cela bloque une personne qui ne sera pas au comptoir. C'est le flux patients au comptoir qui va en pâtir car nous n'avons pas les moyens d'avoir du personnel en plus. »

B. Synthèse

La majorité des pharmaciens titulaires sondés sont favorables à la réalisation des entretiens pharmaceutiques dans leurs officines.

Il n'existe pas de lien de proportionnalité entre la taille de l'officine et la motivation des pharmaciens à la mise en place des accompagnements thérapeutiques des patients sous AVK.

Quant aux titulaires réticents à l'idée d'entreprendre des entretiens, le manque de temps et la rémunération insuffisante justifient leur refus. Mais en cas de demande spontanée d'un patient, ils se disent prêts à s'organiser pour répondre favorablement à cette requête.

La valorisation de l'acte pharmaceutique ainsi que le service rendu au patient représentent les motivations principales des pharmaciens sondés.

Selon les pharmaciens, les bénéfices pour le patient de cet entretien, s'organisent autour de trois grands thèmes :

- améliorer l'observance grâce au suivi du traitement,
- mieux comprendre l'intérêt de son traitement anticoagulant,
- être capable de connaître et de détecter les signes d'un surdosage en AVK.

Cependant il est à noter que les pharmaciens sondés sont largement perfectibles dans ces trois domaines. Ils ont en effet obtenu 20 à 30% de mauvaises réponses aux questions concernant :

- les valeurs cibles de l'INR,
- les indications du traitement,
- les signes annonciateurs d'un surdosage en AVK.

Approximativement 1 pharmacie sur 5 disposait déjà d'un local de confidentialité avant l'arrivée de cette nouvelle mission et avait déjà préalablement organisé une réunion d'équipe. Nombreux sont les pharmaciens ayant déjà consulté la fiche de suivi patient fournie par la sécurité sociale mais peu se sont positionnés quant à son utilisation.

Globalement les pharmaciens pensent que cette nouvelle mission pharmaceutique n'entravera pas les relations interprofessionnelles. Mais, le pourcentage d'officinaux qui ne se prononcent pas à ce sujet est élevé traduisant le doute existant dans l'esprit de certains pharmaciens.

Les avis sont partagés sur la question concernant la baisse de motivation potentielle liée au retard de démarrage des entretiens.

V. L'accompagnement thérapeutique du patient sous AVK, en lien avec l'éducation thérapeutique.

A. Education thérapeutique du patient (ETP) : les grandes lignes

1. Définitions

Selon l'OMS « *l'éducation thérapeutique vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique* ».

L'ETP a pour but, en liaison avec les professionnels de santé, d'aider les patients à comprendre leur maladie, à assumer leur propre prise en charge, afin de les aider à maintenir et à améliorer leur qualité de vie.

L'ETP donne lieu à l'élaboration d'un parcours de soin personnalisé appelé « programme d'éducation thérapeutique du patient ».

C'est « *un ensemble coordonné d'activités d'éducation animées par des professionnels de santé ou une équipe avec le concours d'autres professionnels et de patients. Il est destiné à des patients et à leur entourage. Il est mis en œuvre dans un contexte donné et pour une période donnée* » (20).

Les étapes d'un programme ETP

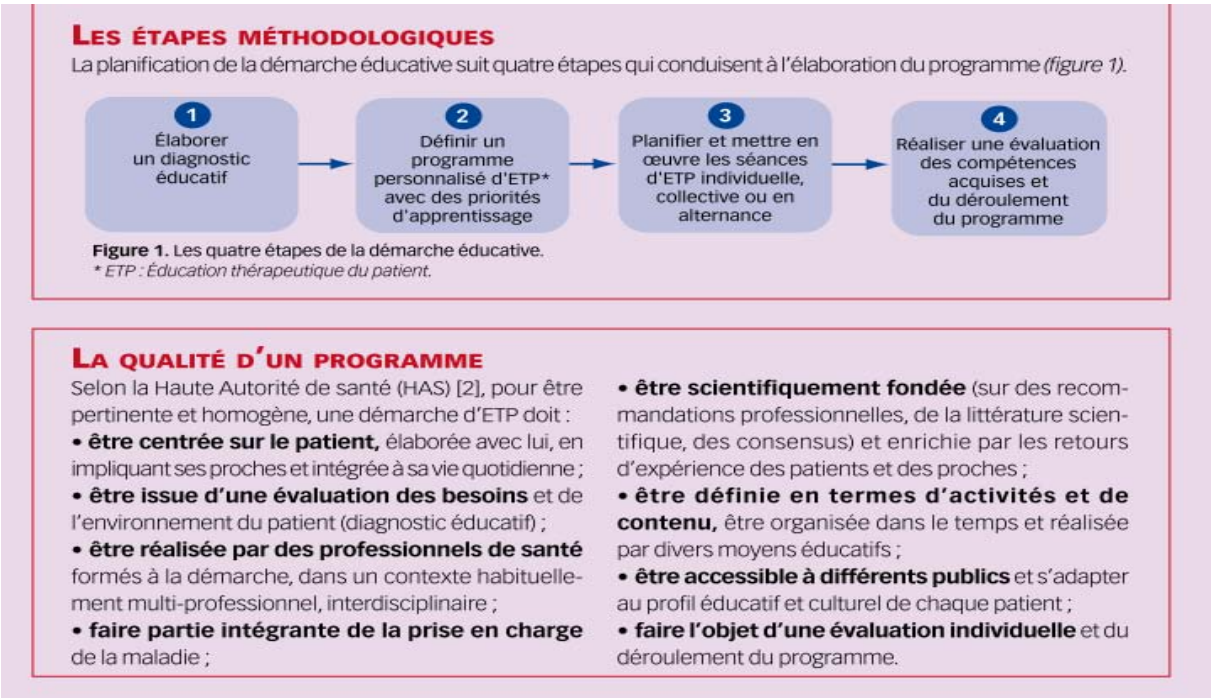


Figure 41 - Les quatre étapes de la démarche éducative.

1. élaborer le diagnostic éducatif

Il s'agit d'un recueil détaillé d'informations qui permet de définir les compétences que le patient devra acquérir en adéquation avec ses projets, ses possibilités et sa volonté. Il faut placer un objectif derrière chaque compétence.

2. définir un programme personnalisé d'ETP avec des priorités d'apprentissage

Cette étape sert à cibler les ateliers correspondants au patient selon ses objectifs et ses besoins.

3. planifier et mettre en œuvre les séances d'ETP

C'est la réalisation des séances qu'elles soient individuelles ou collectives.

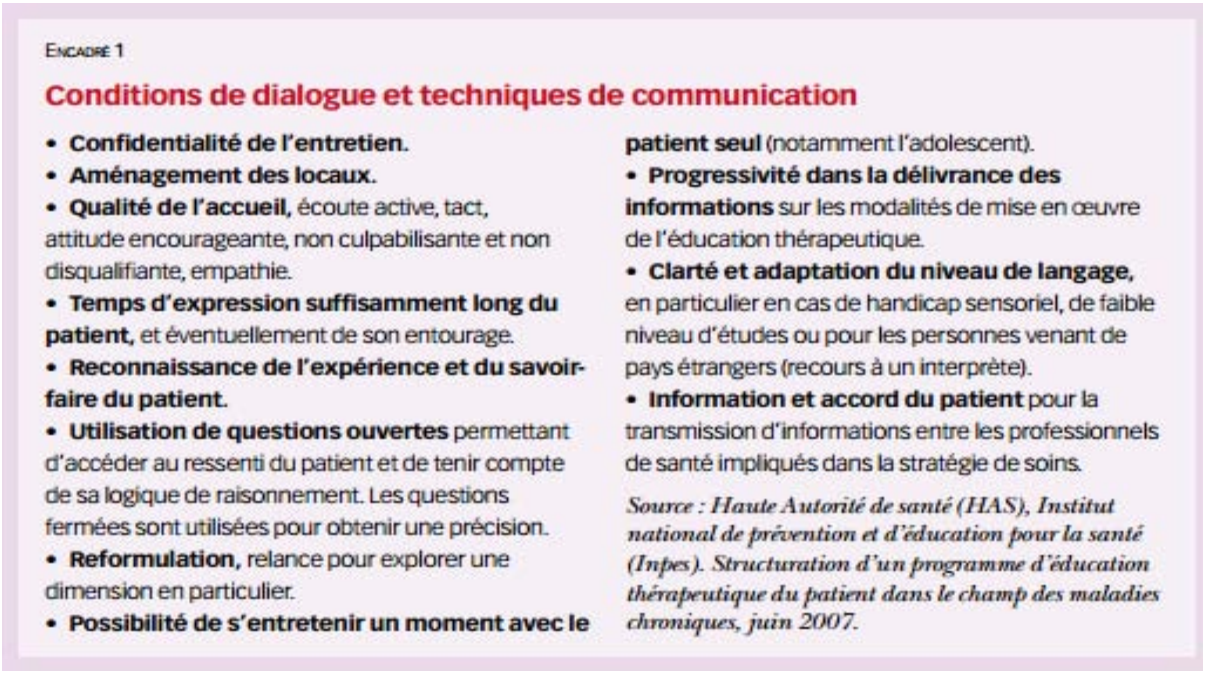
4. réaliser une évaluation des compétences acquises, du déroulement du programme

C'est une observation afin de comprendre ce qui va et ne va pas dans le but de réajuster les objectifs. Elle permet de faire le point sur le vécu et l'adaptation à la maladie. Elle se décline en trois phases : l'évaluation initiale, formative (en cours de parcours) et finale, les compétences du patient comme celles du soignant sont évaluées.

Pour ce faire, des outils d'évaluation sont utilisés :

- ✓ test vrai faux,
- ✓ QCM,
- ✓ check-list (grille de compétences pour lesquelles le soignant peut cocher trois choix "acquis, non acquis, en cours d'acquisition"),
- ✓ questionnaire de satisfaction,
- ✓ tour de table...

2. Prérequis et techniques nécessaires en ETP



ENCADRÉ 1

Conditions de dialogue et techniques de communication

- **Confidentialité de l'entretien.**
- **Aménagement des locaux.**
- **Qualité de l'accueil,** écoute active, tact, attitude encourageante, non culpabilisante et non disqualifiante, empathie.
- **Temps d'expression suffisamment long du patient,** et éventuellement de son entourage.
- **Reconnaissance de l'expérience et du savoir-faire du patient.**
- **Utilisation de questions ouvertes** permettant d'accéder au ressenti du patient et de tenir compte de sa logique de raisonnement. Les questions fermées sont utilisées pour obtenir une précision.
- **Reformulation,** relance pour explorer une dimension en particulier.
- **Possibilité de s'entretenir un moment avec le patient seul** (notamment l'adolescent).
- **Progressivité dans la délivrance des informations** sur les modalités de mise en œuvre de l'éducation thérapeutique.
- **Clarté et adaptation du niveau de langage,** en particulier en cas de handicap sensoriel, de faible niveau d'études ou pour les personnes venant de pays étrangers (recours à un interprète).
- **Information et accord du patient** pour la transmission d'informations entre les professionnels de santé impliqués dans la stratégie de soins.

Source : Haute Autorité de santé (HAS), Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes). Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques, juin 2007.

(20)

Figure 42 - Conditions de dialogue et techniques de communication.

B. Points communs et différences entre éducation thérapeutique et accompagnement thérapeutique du patient

L'avenant n°1 à la convention de 2012, fixe les modalités de mise en œuvre du dispositif d'accompagnement par le pharmacien des patients sous traitement chronique par antagoniste de la vitamine K conformément aux dispositions de l'article 28.1 de la convention nationale. La convention définit la finalité de l'accompagnement du patient par le pharmacien comme étant « de garantir les meilleures conditions d'initiation, de suivi, d'observance et d'évaluation du traitement ».

L'entretien pharmaceutique constitue l'un des principaux moyens permettant aux pharmaciens d'assurer la prise en charge personnalisée et optimale du patient (article 10-2 de la convention nationale). Il doit notamment permettre :

- de renforcer les rôles de conseil, d'éducation et de prévention du pharmacien auprès des patients,
- de valoriser l'expertise du pharmacien sur le médicament,
- d'évaluer la connaissance par le patient de son traitement,
- de rechercher l'adhésion thérapeutique du patient et l'aider à s'approprier son traitement,
- d'évaluer, à terme, l'appropriation par le patient de son traitement (21).

Ces objectifs ont pour but commun de parvenir à autonomiser le patient face à sa maladie et son traitement, ils rejoignent ainsi la notion d'ETP.

Le premier entretien de l'accompagnement thérapeutique, permet de faire connaissance avec le patient en collectant un ensemble d'informations générales à son sujet :

- nom du médecin traitant, du spécialiste,
- historique médicamenteux, historique concernant l'AVK (date de la première prescription, posologie des derniers mois),
- habitudes de vie : pratique d'un sport, activités physiques type bricolage, jardinage, ménage…

Plusieurs notions sont à aborder lors de l'entretien, il est possible que le patient ne puisse pas toutes les assimiler dès le premier entretien, le pharmacien est donc amené à prioriser les informations à délivrer. La première rencontre est donc souvent plus longue que les 20 minutes fixées par la convention.

En fin d'entretien une synthèse est établie afin de cibler les compétences et de fixer un objectif au patient qui sera réévalué lors de l'entretien suivant (22).

Les autres entretiens permettent :

- de s'assurer que les messages sont bien passés et mis en œuvre,
- de combler les lacunes du patient,
- de vérifier la bonne tenue du carnet de suivi.

La finalité des entretiens pharmaceutiques pour le patient est :

<u>D'avoir acquis des connaissances :</u>

- indication et durée du traitement
- nom et posologie du traitement
- modalités de prise du traitement
- surveillance biologique (INR)

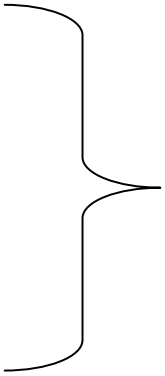
Capacités d'**autosoins**: comprendre sa maladie, son traitement, pour savoir faire face et décider.

<u>De pouvoir maitriser un savoir-être :</u>

- en cas d'oubli ou de retard de prise
- signaler le traitement à tout professionnel de santé

Capacités d'**adaptation**: savoir s'adapter à toute situation, utiliser les ressources du système de soins.

- éviter toute automédication
- équilibrer son alimentation
- suivre les contrôles biologiques
- tenir à jour son carnet d'anticoagulant
- repérer les signes annonciateurs d'un surdosage



Capacités d'**autosoins**

L'accompagnement thérapeutique demande donc comme dans l'ETP, de définir les compétences que le patient devra acquérir :

- compétence d'**autosoins,**
- compétence d'**adaptation** à la maladie.

Le document de référence utilisé dans l'entretien d'accompagnement correspond à une fiche de suivi patient, sous la forme d'une grille d'évaluation (23).
Cette fiche constitue un outil d'évaluation au fil des différents entretiens. Face à chacune des questions, le professionnel apprécie l'acquisition des informations par le patient selon trois niveaux :

- "***A***" pour acquis
- "***PA***" pour partiellement acquis, qui renvoie au "EA" = en cours d'acquisition retrouvé dans les outils d'évaluation d'ETP
- "***NA***" pour Non acquis.

Nous retrouvons donc ici comme dans l'ETP, la notion « d'évaluation des compétences du patient » réalisée via des outils de référence telle la check–list.

Il est important de retenir que le professionnel de santé concerné ne doit dans aucun cas établir un diagnostic médical que se soit dans le cadre de l'éducation ou de l'accompagnement thérapeutique.

Tableau III - Tableau comparatif ETP/ Accompagnement du patient sous AVK.

<table>
<tr><th></th><th></th><th>ETP</th><th>Accompagnement thérapeutique</th></tr>
<tr><td rowspan="7">Points communs</td><td>But</td><td colspan="2">Autonomiser le patient dans la gestion de sa maladie chronique</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Organisation</td><td colspan="2">Confidentialité de l'entretien</td></tr>
<tr><td colspan="2">Aménagement des locaux</td></tr>
<tr><td>Adhésion</td><td colspan="2">Accord du patient par signature d'un formulaire d'adhésion</td></tr>
<tr><td>Technique de communication</td><td colspan="2">Ecoute active, empathie, pas de jugement, reformulation, temps de parole adapté au patient, questions ouvertes, clarté et adaptation du niveau de langage</td></tr>
<tr><td>Diagnostic éducatif</td><td colspan="2">Est établi lors du premier entretien</td></tr>
<tr><td>Objectifs pour le patient</td><td colspan="2">Fixés en fin d'entretien, avec le patient, lors de la synthèse</td></tr>
<tr><td>Evaluation</td><td colspan="2">Evaluation des compétences acquises via des outils communs : check-list: grille de compétences</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Différences</td><td>Professionnels de santé</td><td>Pluridisciplinarité</td><td>Pas de pluridisciplinarité directe*</td></tr>
<tr><td>Organisation des séances</td><td>Individuelles ou collectives</td><td>Toujours individuelles</td></tr>
</table>

Différences

*Il n'y a pas de pluridisciplinarité au sens strict du terme dans l'accompagnement du patient. Mais celle-ci est suggérée par le fait que l'adhésion d'un patient à ce dispositif implique l'autorisation pour le pharmacien à prendre contact avec le médecin traitant dès qu'il le juge nécessaire.

Discussion

Comme nous venons de le voir dans cette étude comparative, les différences entre ces deux disciplines sont moindres, la frontière entre éducation thérapeutique et accompagnement thérapeutique du patient est mince.

VI. L'entretien pharmaceutique en pratique

J'ai souhaité observer la mise en pratique de cette nouvelle mission pharmaceutique. Pour ce faire, j'ai sollicité deux pharmaciens adjoints ayant entrepris cet accompagnement. Elles m'ont permis d'assister à des entretiens avec elles et j'ai également eu la chance de pouvoir en mener un (sous la responsabilité du pharmacien adjoint) afin de me rendre pleinement compte de l'investissement que demande cette mission.

Pour avoir plus de recul, j'ai accédé aux dossiers des patients ayant participé à cet accompagnement ; ce qui m'a permis de réaliser une étude.

A. Etude de 14 accompagnements thérapeutiques

J'ai travaillé sur un échantillon de N = 14 dossiers patients.

Ces deux pharmacies ont réalisé depuis début juillet 2013, une douzaine d'entretiens pour l'une, et quasiment une vingtaine pour l'autre. Toutes deux ont utilisé pour support de travail, la grille d'entretien fournie par la caisse primaire d'assurance maladie.

Ainsi, afin d'avoir une vision d'ensemble sur le déroulement des entretiens, j'ai étudié pour chacun des 14 patients leurs réponses aux questions de la grille d'évaluation. Six entretiens ont été entrepris à l'initiative du pharmacien et 8 la demande du patient sur présentation du courrier envoyé par la sécurité sociale.

Durée de l'entretien

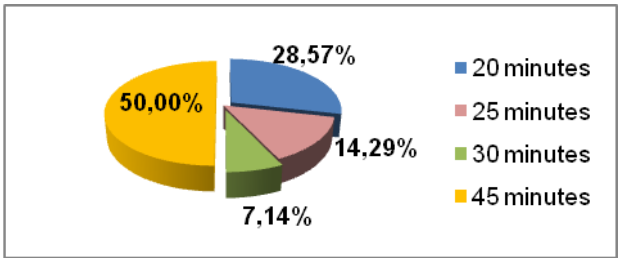


Figure 43 - Durée de l'entretien.

La durée moyenne des entretiens est de **27,5 minutes** mais pour la moitié d'entre eux, elle s'élève à **45 minutes**.

Sexe

Répartition : 6 femmes pour 8 hommes.

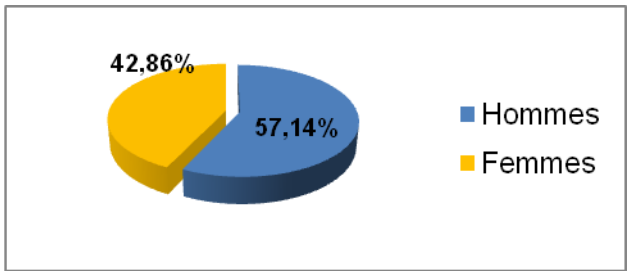


Figure 44 - Répartition de l'échantillon par sexe.

Tranche d'âge

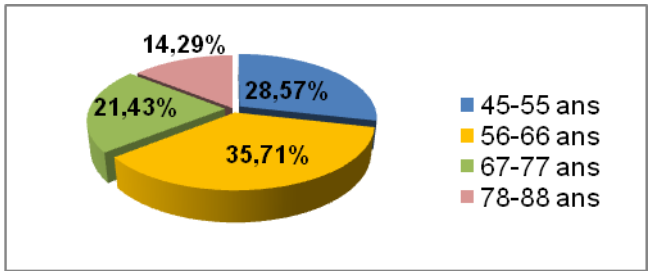


Figure 45 - Répartition de l'échantillon par tranches d'âge.

L'âge moyen est de 64,5ans. Le plus jeune patient est âgé de 45 ans, et le plus âgé de 85 ans.

Choix de l'AVK, indications

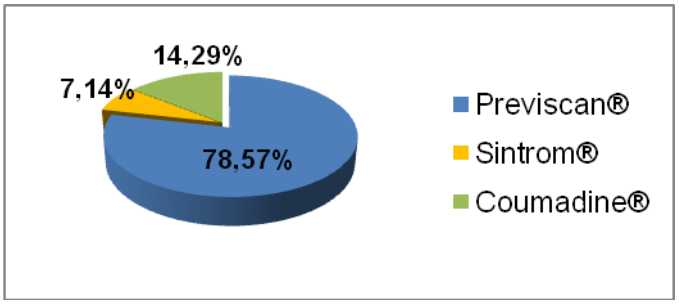


Figure 46 - Taux de prescription des AVK.

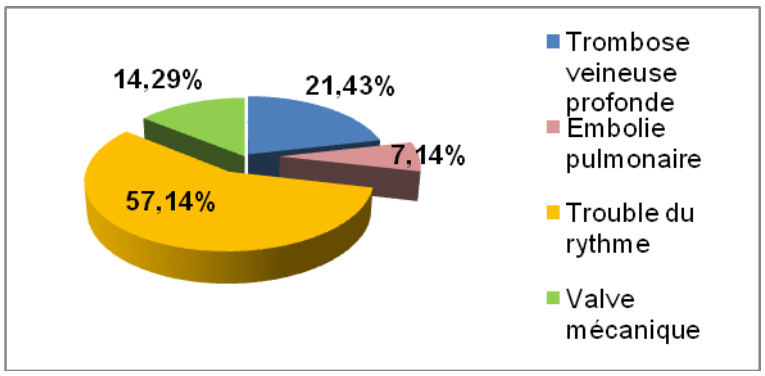


Figure 47 - Indications de prescription des AVK.

On retrouve les principales indications de prescription des AVK, à savoir :

- traitement des thromboses veineuses profondes et de l'embolie pulmonaire ainsi que la prévention des récidives.
- prévention des complications thrombo-emboliques artérielles et veineuses des cardiopathies emboligènes.

Carnet de suivi

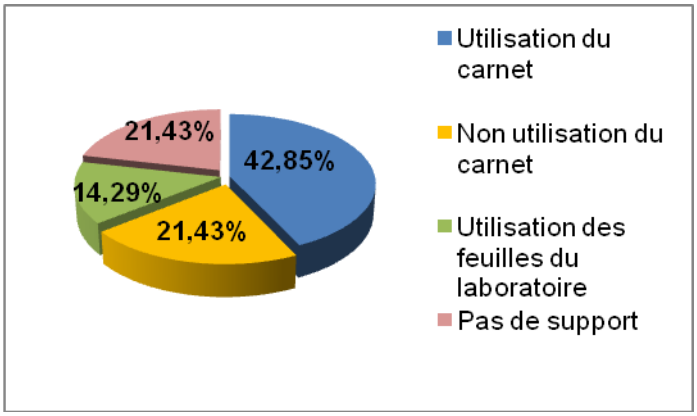


Figure 48 - Utilisation du carnet de suivi AVK.

Concernant la possession et la tenue du carnet de suivi AVK, les résultats sont mitigés. Approximativement un patient sur deux s'en sert. Certains l'ont mais ne l'utilisent pas et d'autres n'en disposent pas. Ces derniers utilisent exclusivement les feuilles de suivi établies par leur laboratoire d'analyse médicale. Ils ont très souvent la possibilité d'accéder à leur dossier par internet, d'imprimer leurs résultats quand ils le souhaitent. Des courbes de suivi sont réalisées par le laboratoire dont se sert leur médecin traitant. De ce fait, ils ne notent nulle part les oublis potentiels.

Rôle de l'AVK

100% des patients savent à quoi sert leur médicament et pourquoi ils sont sous traitement anticoagulant.

Risques hémorragiques et thrombotiques encourus

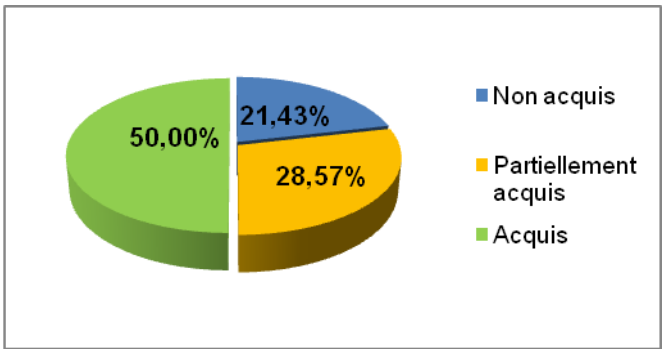


Figure 49 - Connaissance des risques encourus avec la prise d'un anticoagulant oral.

Concernant les risques encourus avec ce type de traitement :

- **50 %** de notre échantillon de patients les maîtrisent,
- **21,43 %** n'ont connaissance que du risque hémorragique et **28,57 %** ne peuvent citer ni le risque hémorragique, ni thrombotique.

Posologie

Tous les patients sont capables de citer la posologie d'AVK qu'ils prennent. Il faut noter quand même que 2 patients soit 14,28% disent modifier eux-mêmes leur dose. Si la valeur attendue de l'INR sort de la zone thérapeutique, ils adaptent la quantité du médicament à prendre pour la suite du traitement.

Horaire d'administration

Les patients de notre échantillon ont conscience qu'il faut prendre l'AVK tous les jours à la même heure, de préférence le soir.

Oublis

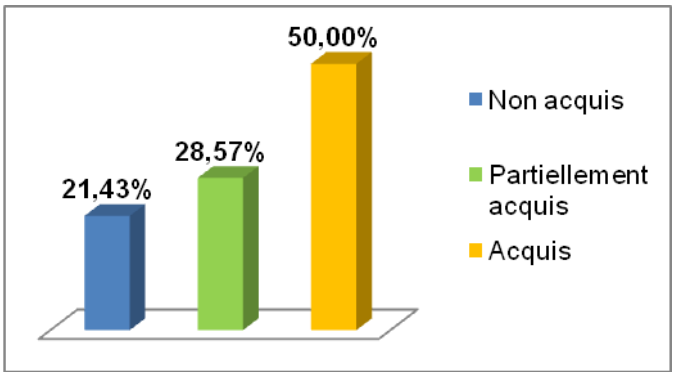


Figure 50 - Capacité à gérer les oublis de prise d'AVK.

Seuls trois patients de notre échantillon savent parfaitement quelle conduite adopter face à cette situation. Pour les autres, ils ont tous en tête le fait qu'il ne faut surtout jamais doubler la dose pour compenser, mais n'ont pas, pour la plupart d'entre eux, notion du délai des 8 heures pour rattraper la prise.

INR cible

Tous ont été capables de le citer.

Un laboratoire plutôt que plusieurs

Les patients sont fidèles à leur laboratoire d'analyse médicale pour effectuer la mesure de leur INR. Il leur arrive rarement d'en changer juste parfois lors des périodes de vacances. Par contre, ils ne connaissent pas la raison pour laquelle il est conseillé de ne pas en changer.

Raison de la prise de sang le matin

Aucun n'a su en expliquer la raison, mais ils ont l'habitude de réaliser leur prise de sang le matin.

S'organiser lorsqu'on reçoit le résultat

Pour certains, c'est le médecin ou l'infirmière qui leur téléphonent dès que les résultats de la prise de sang arrivent afin de leur donner les consignes à suivre. D'autres se rendent dès l'après-midi au laboratoire pour récupérer les résultats et joignent leur médecin si ceux-ci sortent de la fourchette thérapeutique. Un autre contacte le laboratoire puis appelle systématiquement son médecin quels que soient les résultats.

Fréquence de vérification de l'INR

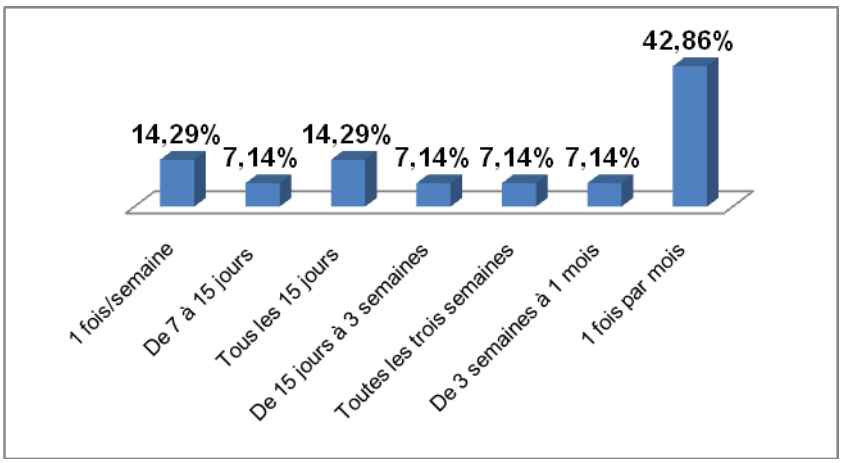


Figure 51 - Fréquence du contrôle de l'INR.

Signes de surdosage

Lorsqu'on leur demande s'ils sont capables de repérer physiquement des signes traduisant que leur médicament est trop fortement dosé la plupart ne savent y répondre. Cinq confient avoir eu des épistaxis ainsi que des hématomes et ont donc fait contrôler leur INR suite à l'apparition de ces signes.

Les autres médicaments

Les patients ne prennent pas d'autres médicaments que ceux qui sont prescrits par leur médecin ou spécialiste et n'utilisent pas sans avis médical ou pharmaceutique les médicaments que renferment leurs armoires à pharmacie. Ils ont recours au paracétamol lorsque cela est nécessaire.

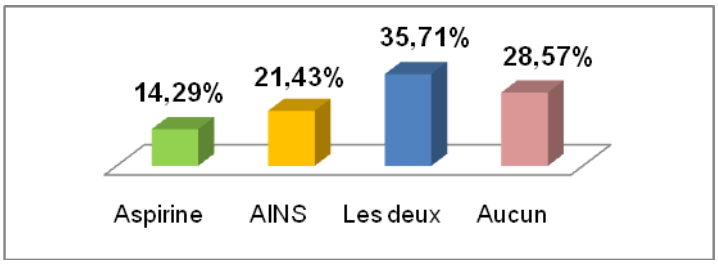


Figure 52 - Connaissance des médicaments d'usage courant contre-indiqués avec leur traitement anticoagulant.

21,43% des patients peuvent citer les anti-inflammatoires comme médicaments contre-indiqués avec leur traitement, **14,29%** l'aspirine et **35,71%** les deux. Pratiquement un patient sur trois n'a pu en citer aucun.

Vie quotidienne et alimentation

Vie quotidienne

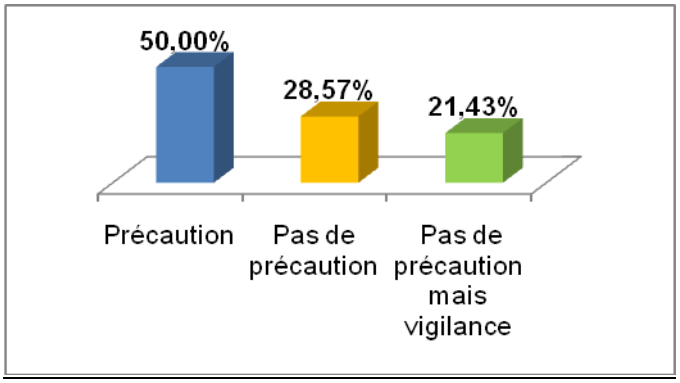


Figure 53 - Connaissance des précautions à prendre dans la vie quotidienne pour minimiser le risque hémorragique.

71,43% des patients ont connaissance des précautions à prendre pour minimiser le risque hémorragique dans leur vie quotidienne. **50%** portent des gants lors de séances de bricolage ou jardinage et évitent les outils tranchants. De même, ils savent que les sports violents sont à éviter. Les hommes sont vigilants quand ils se rasent.

Alimentation

Les intéressés ont tous connaissance qu'il existe des aliments riches en vitamine K et que leur apport doit en être plus ou moins maitrisé. Une patiente a

définitivement exclu de son alimentation certains aliments, les autres continuent à en manger en petite quantité, régulièrement.

La consommation de tisanes ou compléments alimentaires concerne un nombre non négligeable de patients. Dans la majorité des cas, il s'agit de produits achetés en dehors du circuit pharmaceutique dont ils ne connaissent pas la composition exacte. Il s'agit de produits minceur, de complexes contre les douleurs articulaires ou encore des vitamines.

Les professionnels de santé

L'ensemble de notre échantillon rencontre au moins un autre professionnel de santé que leur médecin ou pharmacien : dentiste, rhumatologue, dermatologue, infirmière, cardiologue…

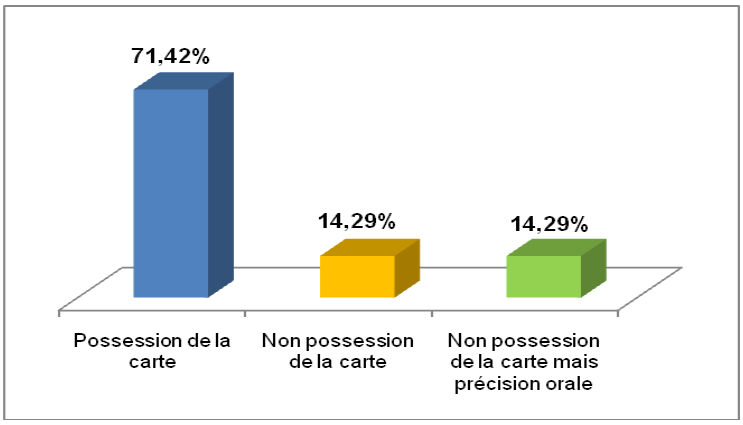


Figure 54 - Taux d'utilisation de la carte de suivi d'un traitement anticoagulant par AVK.

71,42% des patients possèdent la carte « *je prends un traitement anticoagulant par AVK* ».

28,57% ne la détiennent pas mais **14,29%** d'entre eux ont le réflexe de signaler oralement qu'ils sont sous traitement AVK.

Enfin, l'ensemble de notre échantillon de patients, tient informé le médecin traitant si une intervention médicale doit avoir lieu.

Synthèse de l'étude et discussion

L'accompagnement thérapeutique du patient sous AVK est mis en place soit sur proposition du pharmacien soit sur demande spontanée du patient ayant reçu le courrier de la sécurité sociale. C'est encourageant pour les officinaux, signifiant que les patients sont curieux de découvrir ce nouvel accompagnement qui leur est offert.

Il faut noter qu'il est difficile pour les professionnels de santé de respecter la durée fixée à vingt minutes, particulièrement lors d'un premier entretien.

Nombreux sont les patients n'utilisant pas le carnet d'information et de suivi du traitement par AVK.

Même en leur proposant nous ressentons bien qu'ils ne s'en serviront pas étant donné que très souvent ni l'infirmière ni le médecin ne demande à le consulter. Une question concernant l'organisation multidisciplinaire est donc à soulever ici à savoir la divergence des opinions quant à l'utilité du carnet de suivi. Pour ces patients, il est souhaitable de leur préciser de noter les éventuels oublis dans un calendrier.

Concernant les **principes du traitement**, les bases sont acquises sauf dans une moindre mesure pour les risques encourus avec un traitement anticoagulant.
Une attention particulière doit être portée sur le fait que des patients adaptent eux mêmes leur traitement. L'entretien pharmaceutique a donc tout lieu d'être face à ce type de situation à risque, en rappelant qu'à aucun moment le patient ne doit décider seul de la conduite à tenir, mais qu'il est impératif que ce soit le médecin qui prenne la décision thérapeutique.

Les patients sont très observants de leur traitement anticoagulant et rares sont les oublis de prise. Ceci explique peut être le fait qu'ils sont dans l'ensemble assez ignorants de la conduite exacte à tenir dans cette situation. Un rappel est donc incontournable.

Concernant la **surveillance biologique** (INR, valeur de l'INR cible, rythme des contrôles, horaires des contrôles) les résultats sont assez satisfaisants. Il y a un véritable intérêt à rappeler pourquoi le contrôle de la mesure de l'INR est à faire dans la mesure du possible le matin car c'est une notion complètement ignorée des patients mais tout de même respectée pour la majorité d'entre eux.
Nous observons avec satisfaction que la fréquence du contrôle de l'INR ne dépasse le mois pour aucun patient. Ce contrôle est régulier.

Concernant l'importance de la **surveillance de l'apparition des signes évocateurs d'un surdosage** en AVK, il s'avère nécessaire de rappeler ces points à l'ensemble de nos patients. Les AVK étant les premiers médicaments responsables d'accident iatrogénique, cette constatation renforce l'intérêt de cette nouvelle mission confiée aux pharmaciens dans le but de limiter les accidents de ce genre.

Au sujet des interactions médicamenteuses,

Dans l'ensemble, les malades ont conscience que de nombreux produits sont déconseillés avec leur traitement et qu'ils ne doivent pas faire d'automédication. Nous constatons également que pour des petits maux (rhume, mal de gorge) nombreux sont les patients qui ne pensent pas systématiquement à préciser au professionnel de santé qu'ils prennent un traitement anticoagulant.

Seuls **35,71%** des patients sont capables de citer l'aspirine et les AINS comme médicaments contre indiqués avec leur traitement anticoagulant oral. C'est un pourcentage relativement faible étant donné que l'aspirine et l'ibuprofène sont des molécules pouvant être vendues sans ordonnance.

Encore une fois, il faut rappeler aux malades que l'automédication est à bannir de leurs habitudes de vie.

Dans leur vie quotidienne,

Les patients sous traitement anticoagulant sont sensibilisés au fait qu'ils doivent être vigilants dans leur activités quotidiennes afin de minimiser les chocs et blessures pour éviter le risque hémorragique.
La partie concernant l'alimentation suscite beaucoup de questions et d'intérêt de la part des malades. Ils apprécient qu'on refasse le point avec eux ainsi qu'on leur remette des brochures résumant les teneurs en vitamine K des aliments.

Nous pouvons nous inquiéter du recours assez régulier de certains patients à des compléments alimentaires ou tisanes achetés dans un circuit autre que pharmaceutique. Ils n'en connaissent ni l'origine ni la composition ce qui les expose à des risques potentiels. Ce problème risque encore de s'accentuer avec la vente des médicaments par internet hors circuit pharmaceutique.

Au regard de ces constatations, la nouvelle mission confiée au pharmacien se justifie pleinement. Il a un véritable rôle à jouer dans l'éducation du patient notamment en matière de consommation de compléments alimentaires ou de tisanes qui ne devrait se faire que sous le contrôle d'un professionnel de santé.

B. Mon expérience, ma pratique

Dates clefs de la mise en place des entretiens pharmaceutiques pour les AVK :

10 janvier 2013 : signature de l'avenant n°1 à la convention nationale pharmaceutique entre l'assurance maladie et les trois syndicats de pharmaciens USPO, FSPF et UNPF.

27 juin 2013 : publication de l'avenant n°1 au Journal Officiel.

28 juin 2013 : entrée en vigueur du texte.

4 juillet 2013 : ouverture sur l'espace professionnel d'ameli.fr, site de la caisse primaire d'assurance maladie, des services suivants : téléservice d'adhésion et de déclaration en ligne.

Le démarrage de l'accompagnement thérapeutique des patients sous AVK, étant initialement fixé pour début janvier 2013, j'avais comme objectif d'observer un maximum d'entretiens pharmaceutiques durant mon stage officinal se déroulant de janvier à juin 2013. La publication au Journal Officiel du décret

n'étant intervenue que début juillet, je n'ai pu à mon grand regret procéder comme je le souhaitais.

J'ai cependant rédigé une procédure qualité sur ce sujet durant mon stage. Aujourd'hui, jugeant comme indispensable le fait de participer à des entretiens, pour mener à bien ma thèse, j'ai sollicité l'aide de pharmaciens précédemment cités, afin de pouvoir en mener un personnellement.

1. Travail préparatoire : rédaction d'une procédure qualité sur l'organisation des entretiens pharmaceutiques à l'officine et formation personnelle

J'ai travaillé, durant mon stage, sur la rédaction d'une procédure qualité sur l'organisation des entretiens pharmaceutiques à l'officine (consultable en annexe).

« C'est dire ce qu'on fait, écrire comment on le fait et faire ce qu'on a écrit » [A.W].
C'est une écriture des règles de fonctionnement à appliquer au sein de chaque structure sur un thème donné. Celle-ci n'est pas obligatoire pour la mise en pratique des entretiens pharmaceutiques, mais j'ai pensé qu'en rédiger une s'avèrerait utile à l'ensemble de l'équipe.

Elle répond aux cinq questions suivantes : ***Qui, Où, Quand, Pourquoi, Comment ?*** Et a pour but de permettre à tout personnel extérieur à l'officine de s'adapter immédiatement aux méthodes internes de travail. La procédure qualité est un outil efficace pour structurer l'organisation de cette nouvelle mission pharmaceutique.

Afin de mettre à jour mes connaissances pour mener un entretien pharmaceutique, j'ai participé à une journée de formation sur « le suivi en officine des patients sous anticoagulants (ACO) » dispensée par l'école de formation QUALIPHARM – IFMO le 12 février 2013.

2. Mon entretien

Pour la préparation de mon premier entretien pharmaceutique, j'ai commencé par retravailler la fiche de suivi patient fournie par la caisse primaire d'assurance maladie. J'ai préféré la personnaliser, plutôt que de l'utiliser telle quelle car je n'étais pas à l'aise avec certains points.
En effet, la partie « *informations générales* » me semble quelque peu désordonnée. Des notions sans lien commun y sont directement abordées telles que la surveillance biologique, l'alimentation. Je pense que cela fait trop de thèmes survolés pour une introduction qui selon moi, a pour but de faire plus ample connaissance avec le patient, ses habitudes de vie.

Pour exemple, il est demandé d'emblée : « *laboratoire qui dose habituellement l'INR* » ; cette question laisse donc supposer que le patient sait ce qu'est un INR.

De même, le sujet de l'alimentation y est abordé : « *autres médicaments/compléments alimentaires consommés par le patient* », il s'agit d'un thème important, qui pour moi, nécessite d'être traité ultérieurement. J'ai donc supprimé certaines questions et en ai introduit d'autres. Enfin, j'ai apporté quelques modifications pour les autres thèmes de la grille d'évaluation.

Voici donc des extraits de ma version : (la version complète est en annexe)

Informations générales

Poids, métier, sport, activité(s) physique(s) telles que bricolage, ménage, jardinage…

Historique du traitement

Nom du médecin traitant, nom de l'AVK prescrit, autres médicaments.

Concernant votre traitement anticoagulant : historique de la prescription du traitement :

- pouvez-vous me dire depuis quand vous le prenez ?
- pouvez-vous me raconter pourquoi vous le prenez, le contexte de sa prescription ?
- nom du médecin prescripteur ?
- possédez-vous un carnet de suivi ? savez-vous l'utiliser ?
- d'une manière globale, comment vivez-vous votre traitement dans la vie de tous les jours ? (vous le trouvez contraignant, vous y êtes habitué, vous rencontrez des difficultés, autre)

Principes du traitement (item n°1)

J'ai gardé globalement la même trame. Pour la question des oublis, je demande au patient, quelle en est la fréquence : jamais, une fois par semaine, une fois par mois, une fois dans l'année et également quelle attitude il adopte dans cette situation.

Surveillance biologique du traitement (item n°2)

La grille débute immédiatement avec la question : « *le patient connaît-il la valeur de son INR cible ? Si oui, quelle est-elle* ? ». Avant toute chose, je veux m'assurer que tous les patients ont compris ce qu'est la notion d'INR. C'est pourquoi j'ai ajouté certaines questions avant la celle concernant la notion d'INR cible.

« Régulièrement vous faites des prises de sang au laboratoire d'analyse médicale »

- savez-vous me dire comment s'appelle cet examen qu'on réalise sur votre sang ?
- pouvez-vous m'expliquer à quoi cela sert ?
- quel est le nom du laboratoire qui gère la mesure de votre INR ?

Surveillance de l'apparition des signes évocateurs d'une dose trop élevée (item n°3)
J'ai étayé le sujet en abordant le sous et le surdosage :

- que risquez-vous si votre INR est trop haut ?
- que risquez-vous si votre INR est trop bas ?
- pensez-vous que vous pouvez modifier le dosage de votre médicament vous même ?
- existe t-il des signes qui vous indiquent que le dosage de votre médicament est trop fort ?
- savez-vous d'où vous pouvez saigner, comment cela se manifeste ?
- les signes suivants peuvent-ils vous indiquer que vous saignez ?
  Pâleur, essoufflement, hématomes, céphalées ne cédant pas sous antalgiques
- que faites-vous si vous saignez ?

C'est dans cette partie, que j'ai abordé les précautions à prendre dans la vie quotidienne, qui dans la grille d'évaluation de la sécurité sociale sont mentionnées dans le thème n°5 « *vie quotidienne et alimentation* » :

- savez-vous quelles précautions sont à prendre dans votre vie quotidienne pour éviter de saigner ? (prévention des chocs et blessures lors d'activités sportives ou de loisirs ?)

Suite à cela, j'enchaîne donc avec la partie **alimentation (item n°5)**

- concernant votre alimentation, y a t-il des aliments que vous devez consommer avec modération ? Lesquels ?
- savez-vous que vous ne devez pas prendre certaines tisanes, ni compléments alimentaires sans en parler à votre médecin ou pharmacien ?

Je trouve utile de remettre aux patients un document récapitulant les teneurs en vitamine K des principaux aliments et listant les compléments alimentaires dont il faut se méfier.

Autres médicaments (item n°4) et professionnels de santé (item° 6)
Pas de modifications sur ce thème. J'ai simplement trouvé judicieux de demander aux concernés s'ils se faisaient vacciner contre la grippe saisonnière.

C. Mes ressentis suite à l'entretien

J'ai rencontré une femme de 45 ans traitée par Préviscan® depuis approximativement deux ans. L'entretien a duré une trentaine de minutes. La patiente en est ressortie très satisfaite. Elle a dit avoir aimé la confidentialité, le fait de pouvoir se livrer, poser des questions qu'elle n'aurait pas forcément abordées au comptoir.

J'ai estimé qu'elle avait un bon niveau d'information, des connaissances satisfaisantes et qu'elle adoptait de bonnes attitudes face à son traitement

anticoagulant. Lors de la synthèse de fin d'entretien, j'ai fixé avec elle deux objectifs à réévaluer au prochain entretien prévu dans approximativement six mois. Le premier étant de revoir la conduite à adopter en cas d'oubli d'un comprimé et le second, de revenir sur les signes annonciateurs d'un surdosage en anticoagulant.

J'ai apprécié cet exercice qui m'a été bénéfique. Je trouve que cette mission permet de renforcer les échanges entre les patients et leur pharmacien et de garantir le professionnalisme de l'officinal notamment dans les rôles de conseils, d'éducation et de prévention.

VII. Ressenti des pharmaciens/Conclusion

Afin d'avoir un retour sur les ressentis des officinaux face à ce nouvel exercice professionnel, j'ai exploité les commentaires généraux laissés par les pharmaciens sur notre questionnaire ainsi que les quelques interviews que j'ai menées auprès de pharmaciens ayant réalisé ou fait réaliser des entretiens dans leur structure.

Pour permettre d'être le plus objectif possible, j'ai axé mon analyse aussi bien sur l'avis d'adjoints que de titulaires exerçant dans des structures de taille différente (*petite*, *moyenne* et *grande* pharmacie comme définies en début de thèse).

D'après une enquête flash du 14/12/13, réalisée par le Moniteur des pharmacies (24) sur une base de 150 votants nous observons 5 mois après le démarrage officiel de l'accompagnement thérapeutique du patient sous AVK que :
Seulement 56% des pharmaciens ont mené des entretiens de suivi. Cette première rétrospective montre que le pourcentage d'officinaux engagés dans cette nouvelle mission est pour le moment plus faible que celui annoncé par les officinaux ayant répondu à ma question : « **Envisagez-vous de réaliser dans votre officine des entretiens pharmaceutiques (AVK, asthme…)?»**

N = 109 votants.

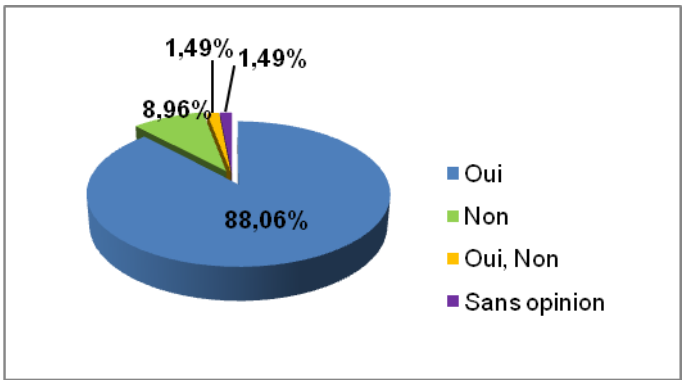


Figure 55 - Répartition des réponses à la question " Envisagez-vous de réaliser dans votre officine les entretiens pharmaceutiques (AVK, asthme…) ? ".

Il faut prendre en considération le fait que mon sondage a été fait au niveau régional alors que celui du Moniteur des pharmacies a été réalisé à l'échelle nationale.

D'après les différentes informations en ma possession, j'ai recueilli les ressentis des pharmaciens. Globalement les pharmaciens pensent que cette nouvelle tâche présente un intérêt de santé publique.

« C'est enrichissant : c'est une mission qui tend vers de l'éducation thérapeutique qui a pour but de limiter les accidents iatrogéniques ».

« Oui c'est un beau projet qui a pour intérêt de minimiser les risques iatrogéniques encourus par un mésusage des AVK ».

Les pharmaciens ayant mené des entretiens constatent que les patients connaissent bien leur traitement mais que les difficultés rencontrées par ceux-ci se recoupent :

- conduite à tenir lors d'un oubli de comprimé,
- méconnaissance des signes évocateurs d'un surdosage en anticoagulant,
- potentielles interactions médicamenteuses liées au mésusage de compléments alimentaires ou tisanes,
- non utilisation du carnet de suivi patient,
- méconnaissance des règles alimentaires à suivre avec ce type de traitement.

Face à ces constatations, les officinaux pensent donc que l'accompagnement thérapeutique du patient sous AVK a toute sa raison d'être.

Même si certains pharmaciens regrettent le manque de formation en communication que requiert ce nouvel exercice ainsi que l'absence de supports d'informations illustrés pour solliciter l'attention du patient et faciliter sa compréhension, ils se sentent personnellement à l'aise avec ce projet.

Malgré tout, ils reconnaissent devoir faire face à de nombreuses contraintes :

- la seule possibilité pour des pharmaciens titulaires exerçant sans l'aide d'un adjoint : honorer les rendez-vous en dehors des heures d'ouverture de la pharmacie.
  Se pose la question de l'assurance en responsabilité civile de l'officine si l'entretien à lieu en dehors des heures d'ouverture,

- difficultés à trouver de l'espace dans leur officine afin d'y aménager une pièce de confidentialité,

- impossibilité de respecter les vingt minutes fixées par la convention notamment lors d'un premier entretien,

- difficultés à faire accepter au patient un rendez-vous si la demande d'entretien ne provient pas de lui même,

- problème des rendez-vous pris et non honorés par les patients,

- problème de gestion des emplois du temps du personnel :
  La réalisation d'un entretien pharmaceutique mobilise un pharmacien, l'équipe se retrouve donc à exercer à flux tendu, ce qui peut se répercuter négativement sur la patientèle en allongeant le temps d'attente pour être servi.

  Si le titulaire décide d'augmenter les amplitudes horaires du pharmacien en charge des entretiens, cela engendre un coût supplémentaire pour la

structure qui ne sera pas compensé par la rémunération prévue pour cette nouvelle mission.

- gestion du temps *: « Nous n'avons ni le temps, ni les moyens ».*

Quelques pharmaciens ont fait part de leur inquiétude quant à l'aspect financier et la gestion du temps. La situation économique actuelle de l'officine accentue le besoin de renforcer la rentabilité des pharmacies ce qui a pour conséquence de limiter l'embauche de personnel.
Un décalage est donc décelable entre cette constatation et la notion d'accompagnement thérapeutique du patient qui demande du temps, du personnel et dont la rémunération est jugée insuffisante par certains pharmaciens.

Au contraire, quelques officinaux m'ont fait part de leur perception négative de cette nouvelle mission. Ils considèrent que les entretiens pharmaceutiques n'apportent rien de plus que ce qui était déjà fait auparavant. Ils se disent gênés du fait qu'une rémunération soit mise en place pour des conseils qui jusqu'à présent étaient déjà dispensés gratuitement.

Des questionnements, non développés dans mon étude car abordés par une minorité de pharmaciens conduisent à nous ouvrir à la réflexion sur les axes suivants :

- **la restriction des critères d'éligibilité**

Seuls les patients sous traitement anticoagulant pour une durée prévisible, consécutive, supérieure ou égale à six mois peuvent bénéficier des entretiens pharmaceutiques.
Il ne faut pas négliger la population de patients pour lesquels un traitement ACO est instauré pour une durée de moins de 6 mois :

- ❖ prévention des complications thrombo-emboliques des infarctus du myocarde compliqués : au minimum 3 mois de traitement, sa poursuite est à discuter au cas par cas,
- ❖ traitement des thromboses veineuses profondes et de l'embolie pulmonaire ainsi que la prévention des récidives : 3 à 6 mois de traitement, (parfois à vie en cas de récidives idiopathique) (25).

Il serait donc intéressant de pouvoir les inclure dans le dispositif au même titre que les patients sous traitement au long cours.

D'autre part, la convention implique l'arrêt de l'accompagnement thérapeutique AVK lors d'un switch d'un AVK vers un NACO.

Que faut- il penser de cette décision?
Les NACO sont des médicaments anticoagulants qui de la même façon que les AVK augmentent le risque hémorragique du patient. Bien que le suivi d'un patient sous NACO soit un peu moins contraignant que celui d'un patient sous AVK, ces anti-thrombotiques restent cependant une classe médicamenteuse à risques iatrogéniques élevés. Ils demandent aux officinaux une vigilance accrue lors de leur délivrance, tant au niveau de la connaissance de l'indication de prescription, des interactions médicamenteuses qu'ils sont susceptibles d'entraîner, et de la variabilité des schémas posologiques.

- **le manque de communication et d'information autour de cette nouvelle mission**

Nombreux professionnels de santé (médecins généralistes, infirmières, cardiologues) se sont dits réfractaires à cet accompagnement thérapeutique car mal informés, ignorants des véritables objectifs fixés par cette nouvelle prérogative.
Il aurait sans doute été judicieux et bénéfique pour une introduction des entretiens en bonne et due forme, que les organismes de santé publique prévoient des campagnes officielles d'informations afin d'expliquer d'une part à tous les professionnels de santé et d'autre part à la population générale, les nouvelles missions confiées aujourd'hui aux officinaux.
Dans le but de limiter notamment un certain nombre de débats houleux qui ont vu le jour suite à l'annonce de ce projet.

- **l'élargissement des missions des pharmaciens**

En prévoyant d'étendre l'accompagnement thérapeutique à d'autres pathologies chroniques comme l'asthme, le diabète, la convention de 2012 renforce la place de l'officinal auprès des patients en valorisant son rôle de conseiller et d'éducateur. Mais certains pharmaciens se demandent de quelle façon ils s'organiseront demain face à ces nouvelles missions ?

Enfin, nous pouvons nous demander si la tendance future ira vers une délégation de la part des généralistes et cardiologues visant à impliquer des pharmaciens officinaux et biologistes dans la problématique d'adaptation posologique des anticoagulants? Comme cela se pratique déjà dans d'autres pays par le biais de structures de gestion d'anticoagulothérapie et d'adaptation thérapeutique des traitements AVK (Canada).

ANNEXE

Copie du mail envoyé aux pharmaciens de la région lorraine p. 85

Correction détaillée du questionnaire :

- Indications p. 87
- Schéma posologique, surveillance et relais p. 87
- Interactions médicamenteuses et alimentaires p. 91
- Surdosage p. 93
- En cas d'oubli p. 95
- Grossesse p. 97
- Autres p. 97

Tableau des interactions médicamenteuses entre les AVK et d'autres molécules p. 98

Ma procédure qualité p.105

Ma grille d'évaluation personnalisée p.108

COPIE MAIL

Copie du mail envoyé aux 763 pharmacies de la région Lorraine

« A l'ensemble des officines de Lorraine,

Chères Consœurs, chers Confrères,

Nouvelles missions, entretiens pharmaceutiques, ACO … la profession voit de nouvelles perspectives pour son avenir. C'est dans ce contexte que deux étudiantes, Aurélie Suzzi et Sophie Witt, ont choisi comme sujet de thèse, d'une part, les NACO et, d'autre part, les entretiens pharmaceutiques sur les AVK.

Pour mieux évaluer les attentes de notre profession, elles vous proposent un questionnaire en ligne.

Soyez nombreux à leur accorder un peu de votre temps pour que leur travail soit le plus fidèle à la réalité de notre exercice quotidien.

D'avance, je vous en remercie pour elles.

Bien confraternellement,

Monique Durand
Présidente du Crop Lorraine
tél.crop: 03 83 40 30 22
e-mail crop: cr_nancy@ordre.pharmacien.fr

Chères Consœurs, chers Confrères,

Les entretiens pharmaceutiques pour les patients sous AVK seront une réalité dans quelques jours. Ils précèderont ceux pour les patients asthmatiques et d'autres encore si la profession s'empare de cette nouvelle mission, qui nous replace encore plus au cœur de la chaîne de soins comme un acteur incontournable.

Les étudiants, que nous avons rencontrés récemment, sont prêts pour ces actions, et certains en font leur sujet de thèse. Je vous remercie de bien vouloir prendre quelques minutes pour répondre au questionnaire en ligne que vous proposent Sophie WITT et Aurélie SUZZI.

Bien confraternellement,

Christophe WILCKE
Pharmacien d'officine
Président FSPF Meuse et Lorraine, Président URPS Pharmacie Lorraine
9 Chemin du mont 55230 SPINCOURT

Afin de remplir facilement le questionnaire, voici quelques astuces :

- Cliquer directement sur le lien :

  https://docs.google.com/forms/d/1wNZFk9mJGTW-XOEOUeeD7-yNcUDCOQvjdOQexDucTbo/viewform

- Une page Internet va s'ouvrir et afficher le questionnaire
- Le symbole * signifie que les réponses sont obligatoires, vous ne pourrez accéder à la suite que si vous y avez répondu
- Cliquer sur CONTINUER pour accéder à la page suivante

Si vous êtes interrompus lors de la lecture du questionnaire, vous pouvez la reprendre à tout moment tant que la page reste ouverte

- Pour valider votre enregistrement cliquer sur ENVOYER

CORRECTION DETAILLEE DU QUESTIONNAIRE

INDICATIONS

1. Concernant les AVK et les NACO note maximale = 1

- ils ont tous une indication dans la prévention des complications thrombo-emboliques en rapport ave certaines FA : VRAI : 1 point.
- ils ont tous une indication dans la prévention des complications thrombo-emboliques post chirurgie de la hanche et/ou genou : FAUX
  Cette dernière indication est valable pour les NACO mais pas pour les AVK.
- seuls les AVK ont l'indication dans la prévention des récidives des thromboses veineuses profondes et de l'embolie pulmonaire : FAUX
  Xarelto® a aussi cette indication.
- rivaroxaban peut être utilisé à la phase aigue d'une TVP : VRAI (mais non compté ici)

SCHEMA POSOLOGIQUE, SURVEILLANCE ET RELAIS

2. Idéalement la prise de Préviscan® se fait de préférence : note maximale = 1

- le matin
- le soir : VRAI : 1 point.
- le matin et soir

Dans le but de pouvoir, dès le résultat de l'INR réalisé le matin, adapter si besoin, la posologie de la prise du soir. Cependant l'heure théorique de prise est celle où le patient est le moins sûr de l'oublier :

- alarme ou message sur le téléphone portable, la tablette, le réveil
- prise du médicament à des moments précis : début du repas, journaux télévisés…
- rangement du médicament près de la brosse à dents, du réveil…

3. Pour les NACO, le schéma posologique dépend de :

- l'indication : VRAI
- est toujours le même : FAUX
- de l'âge VRAI Un âge avancé nécessite une réduction de posologie.
- du sexe FAUX
- de la fonction rénale VRAI Notamment pour Pradaxa® qui a une importante élimination rénale.

4. La valeur cible de l'INR pour les AVK : note maximale = 1

- est toujours comprise entre 2 et 3 FAUX
- dépend de l'indication VRAI. 1 point.

Même si pour la majorité des patients celle-ci est comprise entre 2 et 3 la valeur cible de l'INR dépend de l'indication (25).

Indications	**Recommandation INR cible** **Durée de traitement**
Prévention des complications thrombo-emboliques artérielles et veineuses des cardiopathies emboligènes	
Fibrillations auriculaires et flutters auriculaires	INR cible : 2,5 (INR 2 à 3) A vie
Valvulopathies mitrales	INR cible : 3,7 (INR 3 à 4,5) A vie
Prothèses valvulaires mécaniques	INR cible fonction du type de prothèse et des caractéristiques du patient A vie
Prévention des complications thrombo-emboliques des infarctus du myocarde compliqués	INR cible : 2,5 (INR 2à 3) Au moins 3 mois (la poursuite du traitement est à discuter au cas par cas)
Traitement des thromboses veineuses profondes et de l'embolie pulmonaire ainsi que la prévention des récidives	INR cible : 2,5 (INR 2 à 3) 3 à 6 mois Parfois à vie en cas de récidives idiopathiques

5. Lors de l'introduction d'un AVK, la surveillance de l'INR est quotidienne pendant la première semaine de traitement note maximale = 1

FAUX : 1 point.
L'ajustement de la posologie des AVK s'effectue par paliers. Il ne faut jamais utiliser de dose de charge. Le premier contrôle de l'INR s'effectue après la troisième prise d'AVK, c'est-à-dire le matin du 4ème jour. Le deuxième contrôle s'effectue en fonction des résultats du précédent entre 3 et 6 jours après le 1er contrôle (25). Les contrôles ultérieurs doivent être pratiqués tous les 2 à 4 jours jusqu'à stabilisation de l'INR, puis avec un espacement progressif (2 par semaine, puis 1 par semaine pendant 3 semaines), jusqu'à un intervalle maximal de 1mois entre deux contrôles (26).

6. Les dispositifs d'auto-mesure pour la surveillance de l'INR sont disponibles en France note maximale = 2
VRAI : 1 point.

- si vrai, sont-ils remboursés dans toutes les indications ? 1 point pour ceux ayant répondu NON ou ayant indiqué que le remboursement s'effectue pour les enfants de moins de 18 ans.

Il existe en France deux dispositifs d'auto-mesure d'INR. La mesure s'effectue sur une goutte de sang prélevée sur le coté du bout d'un doigt. Les deux lecteurs actuellement commercialisés sont inscrits sur la LPPR aux tarifs respectifs de 790 euros et 1136 euros. La HAS n'a recommandé leur prise en charge intégrale que pour les enfants de moins de 18 ans sous traitement AVK au long cours.

Bien qu'utilisés rarement, warfarine, acénocoumarol et fluindione peuvent utilisés chez les enfants, dans les mêmes indications que l'adulte.

Ces dispositifs sont garantis deux ans et disponibles en pharmacie :
Le Coaguchek XS (Roche Diagnostics) et sa version **Coaguchek XS plus System** réservée aux hôpitaux (27).
Le lecteur **INRatio2** (AAZ-LMB) est conçu pour un usage professionnel ou pour un autocontrôle par le patient (28).

<u>En pratique :</u>
En ce qui concerne l'obtention de la goutte de sang, les conseils sont les mêmes que pour l'auto-piqueur glycémique. Prescription de l'appareil, formation et suivi des patients doivent être assurés par un service de cardiologie ou de pédiatrie. Parents et enfants reçoivent une éducation au traitement par AVK et une formation à l'auto-mesure (26).

D'autres pays tels que les Etats-Unis, le Canada, l'Allemagne le Royaume Uni, la Belgique ont recours à ces dispositifs d'auto-mesure pour le contrôle de l'INR chez les patients adultes traités par AVK.

7. Un contrôle de l'INR doit être fait 3 à 4 jours après tout modification de traitement (mise en route ou arrêt d'un ou plusieurs médicaments associés) note maximale = 1

VRAI : 1 point.
Les médicaments susceptibles d'interagir avec les AVK sont nombreux. Lors d'un changement de dose, il faut attendre 3 jours c'est-à-dire la période d'équilibre pour contrôler l'INR. Les contrôles suivants sont réalisés tous les 2 à 4 jours, jusqu'à obtention de l'INR cible.

8. La prise de NACO ne nécessite pas de surveillance biologique de l'équilibre du traitement

VRAI
Ceci rend beaucoup moins contraignant un traitement par NACO. En contre partie, le professionnel de santé doit être d'autant plus vigilant quant à la bonne observance de ce traitement et à l'apparition des signes d'alerte d'un surdosage en anticoagulant.

9. Concernant les NACO, quels sont les paramètres biologiques auxquels il faut prêter attention :

- la fonction hépatique VRAI notamment pour rivaroxaban et apixaban
- la fonction rénale VRAI notamment pour dabigatran
- la fonction cardiaque FAUX.

10. Un traitement par AVK est toujours prescrit en relai d'un traitement par héparine note maximale = 1

FAUX : 1 point.
Dans les situations de FA, en prévention des complications thromboemboliques, la prescription de l'AVK est initiale sans passer par de l'héparine.

Rappels dans le cadre de la mise en place d'un relai héparine par AVK :
Dans ce type de relai, la prescription d'AVK se fait précocement, dès les deux premiers jours d'héparinothérapie. Cela s'explique par le fait qu'il existe un temps de latence d'environ 48h, avant de voir l'action anticoagulante des AVK.

L'héparine est maintenue pendant toute la durée de recherche de l'INR cible, et est arrêtée lorsque 2 INR consécutifs à 24h d'intervalle sont dans la zone thérapeutique recherchée (25).

11. Un relai AVK/NACO est possible : note maximale = 1

VRAI : 1 point.

12. Un relai NACO/AVK est possible note maximale = 1

VRAI : 1 point.

INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES ET ALIMENTAIRES

13. Concernant les AVK : note maximale = 2

- ces molécules nécessitent une précaution d'emploi ave les **ISRS** (inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine) : VRAI. 1 point.
  « Antidépresseurs sérotoninergiques purs (citalopram, fluoxétine, fluvoxamine, paroxétine, sertraline) augmentation de l'effet anticoagulant oral et du risque hémorragique.
  Contrôle plus fréquent de l'INR. Adaptation éventuelle de la posologie de l'anticoagulant oral pendant le traitement par l'antidépresseur et après son arrêt » (29).
- ces molécules sont contre-indiquées avec le **miconazole** : VRAI : 1 point.
  Association formellement contre-indiquée que ce soit par voie générale ou locale. Risque hémorragique accru via deux mécanismes :
  - Compétition des deux médicaments au niveau des protéines de transport avec augmentation de la forme libre de l'AVK (donc active).
  - Inhibition du métabolisme hépatique de l'AVK.
- ces molécules nécessitent des précautions d'emploi particulières avec les **molécules inductrices ou inhibitrices de la P-glycoprotéine** : FAUX
  Les AVK ne sont pas des substrats de la P-glycoprotéine.

Cf. TABLEAU DES INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES ENTRE LES AVK ET D'AUTRES MOLECULES

14. Concernant les NACO, certains anti-arythmiques (amiodarone, vérapamil…) nécessitent une précaution d'emploi voire une adaptation posologique avec :

- dabigatran VRAI

Certains anti-arythmiques sont des inhibiteurs puissants du transporteur glycoprotéine P au niveau intestinal, dont dabigatran est un substrat. En cas d'utilisation concomitante, dabigatran voit sa concentration plasmatique augmentée, tout comme le risque de saignement, c'est pour cela qu'il est parfois nécessaire d'en réduire sa posologie de moitié.

- rivaroxaban FAUX
- apixaban FAUX
- aucun des 3 FAUX

15. L'association d'un anticoagulant oral avec le millepertuis est à prendre en compte pour : note maximale = 1

- AVK : 1 point
  Le millepertuis est un inducteur enzymatique du cytochrome 3A4 du cytochrome P450. Une association millepertuis + AVK a pour conséquence une diminution de l'activité anticoagulante de l'AVK avec un risque accru de thrombose. En cas d'association fortuite, ne pas interrompre

brutalement la prise de millepertuis mais contrôler l'INR avant puis après l'arrêt du millepertuis.

- dabigatran VRAI

Le millepertuis est également un inducteur du transporteur glycoprotéine P, diminuant les concentrations plasmatiques du dabigatran qui est un substrat, modifiant l'activité anticoagulante de cette molécule.

- rivaroxaban VRAI Comme pour les AVK, l'effet inducteur enzymatique du millepertuis peut diminuer l'effet anticoagulant du rivaroxaban.
- apixaban VRAI. Comme pour les AVK, l'effet inducteur enzymatique du millepertuis peut diminuer l'effet anticoagulant de l'apixaban

16. L'association d'un anticoagulant oral avec les topiques gastro-intestinaux est à prendre en compte avec : note maximale = 1

Les AVK (1 point) et les **NACO.**

Les topiques gastro-intestinaux sont à prendre à distance des AVK ou des NACO :

- au moins deux heures après ou au minimum trente minutes avant l'anticoagulant oral, afin de ne pas diminuer l'absorption de ce dernier.

La recommandation est la même pour l'association AVK/laxatifs stimulants tels que l'huile de paraffine ainsi que AVK/Colestyramine.

17. Sous AVK il faut surveiller son alimentation : note maximale = 1

VRAI : 1 point.

Bien qu'aucun aliment ne soit interdit, certains peuvent interagir avec les AVK et faire varier les résultats de l'INR. Il s'agit des aliments renfermant de la vitamine K, celle-ci participe à la formation des facteurs de la coagulation ; donc en augmentant son apport on risque d'abaisser la valeur de l'INR et potentiellement d'augmenter les risques de thrombose. Ce n'est qu'en cas d'anticoagulation chroniquement mal équilibrée qu'il convient de faire une enquête alimentaire détaillée (30).

Les apports journaliers recommandés en vitamine K varient selon les saisons et se situent généralement entre 1 et 2.5 µ/kg /jour. Ils doivent être fournis par un régime alimentaire adapté (31). La vitamine k est liposoluble. La chaleur de la cuisson n'a pas d'incidence notable sur la quantité de phylloquinone (vitamine K1) contenue dans les aliments. Il est possible de consommer les aliments listés ci-après mais leur consommation doit être régulière, répartie dans l'alimentation et sans excès.

Classification des aliments par teneur décroissante en vitamine K :

De 100 à 1000µ/100g : Huile de colza et de soja, brocoli, chou vert, chou de Bruxelles laitue, cresson, persil, épinard, asperge, fenouil.

Attention, les aliments fermentés tels que la choucroute (chou fermenté), le nato (soja fermenté) ou le fromage frais fermenté (selon la souche de bactéries) sont très riches en vitamine K.

De 10 à 100µ/100g : Haricot vert, fève, pois, chou rouge, chou-fleur, concombre avec peau, reine-claude, poireau, huile d'olive, margarine, poireau.

De 1 à 10µ/100g :
Laits et produits laitiers : crème, beurre, fromage,
Céréales et dérivés : orge, avoine, pain complet, son de blé,
Produits carnés : bœuf haché, foie de génisse et d'agneau,
Fruits, légumes, autres végétaux : pomme, aubergine, myrtille, carotte, céleri, courgette, datte, prune, pêche, rhubarbe, fraise, tomate, huile de tournesol, huile de maïs.
Sources : AFSSA « aliments riches en vitamine K » tableau des aliments pouvant perturber l'action des anticoagulants s'ils sont consommés occasionnellement.

L'alimentation ne perturbe pas l'absorption du médicament AVK, de ce fait la prise est donc possible pendant ou en dehors des repas.

Cas particulier de l'alcool

La consommation aigue d'alcool peut inhiber le métabolisme des AVK et retarder leur élimination. Cela a pour conséquence d'augmenter le risque hémorragique. La consommation chronique d'alcool quand à elle, augmente le métabolisme des AVK entrainant donc un risque thrombotique.

Cas particulier du jeûne

Le jeûne augmente l'effet anticoagulant de l'AVK (26).

18. Sous NACO, il faut surveiller son alimentation :

FAUX. La prise alimentaire ne modifie pas l'activité des NACO.

SURDOSAGE

19. Parmi les signes suivants, lesquels peuvent être évocateurs d'un surdosage en anticoagulant ? note maximale = 4

Fatigue inhabituelle (1 point), essoufflement anormal (1 point), pâleur inhabituelle (1 point), malaise inexpliqué (1 point) et mal de tête ne cédant pas au traitement sont des signes pouvant évoquer un saignement interne, non visible. Une hémorragie peut être suspectée si l'INR se situe en dehors de la fourchette thérapeutique et/ou si l'on note chez le patient un ou plusieurs des signes suivants :

- saignement gingival, nasal, oculaire, ou urinaire,
- apparition d'hématomes,
- règles anormalement abondantes,

- vomissements ou crachats sanglants,
- rectorragie ou méléna traduisant respectivement une hémorragie basse ou haute.

20. En cas de surdosage, il existe un antidote pour : note maximale = 1

- AVK VRAI : 1 point.

Il s'agit de la vitamine K. L'administration de celle-ci n'a lieu qu'à partir d'un INR supérieur ou égal à 6.

- dabigatran FAUX
- rivaroxaban FAUX
- apixaban FAUX

En cas de signes de surdosage sous NACO, il faut dire au patient de ne pas prendre la dose suivante et d'appeler son médecin. Il faut toujours rechercher la cause du saignement. En cas d'hémorragie plus sévère, il faut diriger le patient vers un service d'urgence.

Tableau résumant les mesures correctrices recommandées, en cas de surdosage en AVK, en fonction de l'INR mesuré et de l'INR cible.

D'après : recommandations d'avril 2008 de l'HAS (Prise en charge des surdosages en antivitamines K, des situations à risque hémorragique et des accidents hémorragiques chez les patients traités par antivitamines K en ville et en milieu hospitalier).

INR Mesuré	Mesures correctrices	
	INR cible 2,5 (fenêtre entre 2 et 3)	**INR cible ≥ 3 (fenêtre 2,5 – 3,5 ou 3 – 4,5)**
INR < 4	• pas de saut de prise • pas d'apport de vitamine K	
4 ≤ INR < 6	• saut d'une prise • pas d'apport de vitamine K	• pas de saut de prise • pas d'apport de vitamine K
6 ≤ INR < 10	• arrêt du traitement par AVK • 1 à 2 mg de vitamine K *per os* (1/2 à 1 ampoule buvable forme pédiatrique) (grade A[2])	• saut d'une prise • un avis spécialisé (ex. cardiologue si le patient est porteur d'une prothèse valvulaire mécanique) est recommandé pour discuter un traitement éventuel par 1 à 2 mg de vitamine K *per os* (1/2 à 1 ampoule buvable forme pédiatrique)
INR ≥ 10	• arrêt du traitement par AVK • 5 mg de vitamine K *per os* (1/2 ampoule buvable forme adulte) (grade A)	• un avis spécialisé sans délai ou une hospitalisation est recommandé

21. Le risque hémorragique est augmenté avec un NACO :

VRAI

Comme pour tout traitement anticoagulant, quel qu'il soit, le risque principal est la survenue de complications hémorragiques. Les essais cliniques montrent que les NACO présentent un risque hémorragique similaire aux AVK. Des études précisent tout de même que le risque d'hémorragies gastro-intestinales est plus élevé, et que le risque d'hémorragies intracrâniennes est moins élevé qu'avec les AVK (les études ont été réalisées avec la warfarine). L'absence de test spécifique de l'équilibre du traitement pour mesurer l'effet d'anticoagulation ne doit pas amener à banaliser le traitement. Les signes hémorragiques doivent être surveillés étroitement pendant toute la durée du traitement. De plus, ce risque peut être augmenté chez certaines catégories de personnes ou dans certaines populations.

Au comptoir, il faut être très prudent quant à ces « populations à risques » :

- personnes âgées
- patients atteints d'insuffisance rénale
- patients atteints d'insuffisance hépatique
- faible poids corporel (< 50 kg)
- pathologies ou interventions associées à un risque hémorragique particulier
- lors d'associations médicamenteuses

EN CAS D'OUBLI

22. En cas d'oubli, la prise est rattrapée dans la journée quelle que soit l'heure pour : note maximale = 0

Ayant constaté à postériori, une ambigüité dans cette question, j'ai décidé de ne pas l'exploiter.

Pour les AVK :

La dose oubliée peut être prise dans un délai de huit heures après l'heure habituelle de prise. Au delà de ce délai, il faut « sauter » la prise et prendre la suivante à l'heure habituelle d'administration. Il ne faut jamais prendre une double dose dans la même journée. Il est important de dire au patient de noter cet oubli dans son carnet de suivi, d'en informer le médecin au prochain rendez-vous de contrôle de l'INR (32).

Attention, la gestion d'un oubli sous NACO est au cas par cas, selon la molécule et l'indication.

Indications / Médicaments	Chirurgie orthopédique	FANV	Traitement TVP phase aigüe	Prévention des récidives
Pradaxa®	Ne **pas** rattraper la dose, poursuivre normalement le lendemain	Possibilité de rattraper la dose dans un délai de **6 heures**, sinon poursuivre normalement le lendemain		
Xarelto®	Prendre **immédiatement** le cp* oublié le jour de l'oubli, poursuivre normalement le lendemain		Prendre **immédiatement** le cp oublié pour une prise de **30 mg/j**, possibilité de prendre simultanément 2 cp de 15mg, poursuivre normalement le lendemain	Prendre **immédiatement** le cp oublié le jour de l'oubli, poursuivre normalement le lendemain
Eliquis®	Prendre **immédiatement** le cp oublié le jour de l'oubli et poursuivre normalement le traitement avec 2 prises par jour			

*cp = comprimé

GROSSESSE

23. AVK, grossesse, allaitement note maximale = 2

- Le Préviscan® est utilisable pendant la grossesse et l'allaitement : FAUX
- Tous les AVK sauf le Préviscan® sont utilisable pendant l'allaitement : VRAI : 1 point.
- Aucun AVK n'est utilisable durant la grossesse : VRAI : 1 point.

Si une grossesse est désirée, un relai par héparine est donc souhaité. Il faut donc veiller à ce qu'une femme traitée par AVK dispose d'une contraception efficace. La prescription d'un AVK durant une grossesse ne doit être envisagée exclusivement que dans les situations où l'héparine ne peut être utilisée (prothèse valvulaire mécanique).

24. Dans les cas où on ne peut pas utiliser un AVK, peut-on le remplacer par un NACO ?

FAUX

Il n'y a pas de données cliniques sur l'utilisation des NACO lors de la grossesse, ces molécules ne sont donc pas recommandées. Rivaroxaban, est contre-indiqué en raison de son passage au travers de la barrière placentaire (études chez l'animal).

AUTRES

25. De même que pour les AVK, le patient doit signaler aux professionnels de santé qu'il est sous NACO :

VRAI

Le fait d'informer les professionnels de santé est très important pour prendre des mesures adaptées face au risque de saignement lors d'une intervention chirurgicale ou de tout geste invasif.

26. Les patients sous NACO sont invités à porter une carte de surveillance (pour signaler leur traitement) :

VRAI

27. En cas de demande, où peut-on se procurer cette carte ?

Par les laboratoires qui commercialisent chaque molécule.
Pour Xarelto®, une carte se trouve dans son conditionnement.

TABLEAU DES INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES ENTRE LES AVK ET D'AUTRES MOLECULES

(Sources : Thésaurus ANSM, novembre 2012)

Associations contre indiquées			
Molécules	**Médicaments associés**	**Risques**	**Conduite à tenir**
AVK	Acide acétylsalicylique*	Majoration du risque hémorragique, notamment en cas d'antécédent d'ulcère gastroduodénal	Utiliser un autre antipyrétique ou antalgique. Si l'association d'un AINS ne peut être évitée, une surveillance biologique étroite est nécessaire.
	miconazole par voie buccale (Daktarin® gel buccal, Loramyc® 50mg cp gingival)	Risque d'hémorragies imprévisibles	Utiliser un autre antimycosique
	Millepertuis (y compris en tisane)	Diminution des concentrations plasmatiques de l'anticoagulant oral, en raison d'un effet inducteur enzymatique du millepertuis	En cas d'association fortuite, ne pas interrompre brutalement la prise de millepertuis. Contrôler l'INR avant puis après l'arrêt du millepertuis

*à doses antalgiques ou antipyrétiques (> 500 mg/prise et/ou, 3 g/jour), en cas d'antécédent d'ulcère gastro-duodénal.

Substances	Risques	Niveau de l'interaction	Recommandations
Certains antifongiques : itraconazole, fluconazole, voriconazole **Antibiotiques :** Certaines céphalosporines, cyclines, fluoroquinolones, macrolides (sauf spiramycine), sulfafurazol, sulfamethizol **Antiparasitaires** : proguanil **Antiarythmiques** : amiodarone, dronèdarone, propafénone **Hypolipémiants** : fibrates, inhibiteurs de l'HMG-CoA-réductase **Cytotoxiques** : **Autres** : Alpha-tocophérol, androgènes, cisapride, colchicine, danazol, disulfirame, hormones thyroïdiennes, méthylprednisolone, orlistat, pentoxyphylline, tamoxifène, tibolone, tramadol	Augmentation de l'effet de l'AVK	Précaution d'emploi	Contrôle plus fréquent de l'INR. Adaptation éventuelle de la posologie de l'anticoagulant oral pendant la durée de l'association et son arrêt

Substances	Risques	Niveau de l'interaction	Recommandations
Anticonvulsivants inducteurs enzymatiques : carbamazépine, phénytoïne, fosphénytoïne, phénobarbital, primidone **Anti-infectieux** : rifampicine, efavirenz, névirapine, griséofulvine, inhibiteurs de protéases du VIH boostées par ritonavir	Diminution de l'effet de l'AVK par augmentation de son métabolisme hépatique par l'anticonvulsivant inducteur	Précaution d'emploi	Contrôle plus fréquent de l'INR. Adaptation éventuelle de la posologie de l'AVK pendant le traitement par l'anticonvulsivant inducteur et 8 jours après son arrêt.

Substances	Risques	Niveau de l'interaction	Recommandations
Glucocorticoïdes (sauf hydrocortisone en traitement substitutif)	Glucocorticoïdes (voies générale et rectale) : impact éventuel de la corticothérapie sur le métabolisme de l'AVK et sur celui des facteurs de la coagulation. Risque hémorragique propre à la corticothérapie (muqueuse digestive, fragilité vasculaire) à fortes doses ou en traitement prolongé supérieur à 10 jours	Précaution d'emploi	Lorsque l'association est justifiée, renforcer la surveillance : le cas échéant, contrôle biologique au 8ème jour, puis tous les 15 jours pendant la corticothérapie et après son arrêt.
HBPM et apparentés (doses curatives et /ou sujet âgé)	Augmentation du risque hémorragique	Précaution d'emploi	Renforcer la surveillance clinique et, le cas échéant, biologique.
Inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine	Augmentation du risque hémorragique	Précaution d'emploi	Surveillance clinique et, le cas échéant, contrôle plus fréquent de l'INR. Adaptation éventuelle de la posologie de l'anticoagulant oral pendant la durée de l'association et à son arrêt

Le paracétamol

L'interaction est mal connue mais elle est à prendre en compte lorsque le paracétamol est utilisé à sa posologie maximale c'est-à-dire à 4 grammes par jour pendant 4 jours au moins.

Lors de la métabolisation hépatique du paracétamol, un métabolite se forme et agit sur les mêmes sites enzymatiques que les AVK. Une augmentation de l'INR est donc possible. Une surveillance attentive de l'INR est donc préconisée (33).

Et les antibiotiques ?

La co-prescription avec les antibiotiques nécessite également un contrôle précoce de l'INR. De nombreux cas d'augmentation de l'activité des anticoagulants oraux ont été rapportés chez des patients recevant des antibiotiques. Le contexte infectieux ou inflammatoire marqué, l'âge et l'état général du patient apparaissent comme des facteurs de risque. Dans ces circonstances, il est difficile de faire la part entre la pathologie infectieuse et le traitement antibiotique dans la survenue du déséquilibre de l'INR.
Certaines classes d'antibiotiques sont davantage impliquées : il s'agit notamment des fluoroquinolones, des macrolides, des cyclines, du cotrimoxazole et de certaines céphalosporines, dont l'utilisation impose de renforcer la surveillance de l'INR (26).

Se méfier des produits naturels, liste non exhaustive

Pour toutes informations complémentaires, veuillez consulter le lien suivant :

http://www.avkcontrol.com/phytotherapie/interaction.html

Augmentation possible de l'INR, risque de saignements	
Produits contenant des dérivés de la coumarine ou ayant des propriétés antiplaquettaires	Ail, anis, camomille, fenugrec, gingembre, ginkgo biloba, matricaire, oignon, papaïne, passiflore, trèfle rouge
Autres mécanismes d'interaction	Ananas, échinacée, ginseng ibérien, huile de bourrache, vitamine E
Diminution possible de l'INR, risque de thrombose	
Produits contenant des dérivés de la vitamine K	Epinards, persil, thé vert
Autres mécanismes d'interaction	Avocat, ginseng (panax), gomme guar, millepertuis

Plantes	Mécanisme d'action	Possible effet sur la coagulation
Ail	Effet additionnel anti-plaquettaire	L'association avec les AVK serait à prendre en compte
Boldo	Contient des dérives coumariniques	Augmente l'effet anticoagulant. Possible augmentation de l'INR
Cramberry ou canneberge à gros fruits		Potentialisation des AVK (source =dorosz)
Curbicin	Effet additif sur les mécanismes de la coagulation. S'oppose à la vitamine K. Effet anti-plaquettaire	Possible interaction avec un traitement anticoagulant
Dong quai (angélique chinoise)	Contient des dérivés coumariniques	Possible augmentation de l'INR

Plantes	Mécanisme d'action	Possible effet sur la coagulation
Fenugrec	Contient des dérives coumariniques	Possible augmentation de l'INR
Ginseng (selon la variété)	Interaction avec le métabolisme du traitement AVK.	Possible déséquilibre de l'INR (diminution ou augmentation)
Griffe du diable	Mécanisme inconnu	Des cas d'interactions avec les traitements par AVK ont été rapportés.(possible augmentation de l'INR)
Sauge rouge	Augmentation de la concentration plasmatique du traitement AVK. Effet anti-plaquettaire	Possible augmentation de l'effet anticoagulant
Thé vert	Contient de la vitamine K. S'oppose à l 'effet du traitement AVK	Possible diminution de l'INR. L'apport en vitamine K doit être pris en compte dans l'équilibre de l'INR

MA PROCEDURE QUALITE

Organisation des entretiens pharmaceutiques à l'officine

Objectif : organiser les entretiens pharmaceutiques sur le suivi des AVK à l'officine.

Qui : préparateurs : pour la proposition des entretiens et le suivi des patients : ED, EV, LS.

pharmaciens : pour la réalisation des entretiens et le suivi des patients : CG, JS, SW

Où : dans un local de confidentialité (spécialement dédié aux entretiens, ou local d'orthopédie aménagé ou bureau du titulaire rangé).

- avec un bureau permettant d'accueillir 2 personnes minimum, idéalement 3,
- sièges identiques patient/pharmacien,
- pendule en face du professionnel de santé

Quand : rendez-vous fixé à l'avance selon les disponibilités du patient et du pharmacien responsable.

Pourquoi : répondre à la convention du 04/05/12 de la loi HPST : « accompagnement spécifique des patients atteints de maladie chronique ».

Pourquoi les AVK ?

- enjeu de santé publique : 1ère cause d'accident iatrogénique en France
- médicament à marge thérapeutique étroite
- contrôle de l'efficacité du traitement par l'INR

Comment : description

<u>Avant l'entretien</u>

Réaliser une réunion d'équipe

Définir les responsables à la pharmacie :

- proposer les entretiens aux patients : préparateurs, pharmaciens: EV, ED, LS, CG, JS, SW
- réaliser les entretiens : pharmaciens : CG, JS, SW. Selon le planning des rendez-vous

Définir à qui s'adressent les entretiens :

- les patients qui auront reçu un courrier de la sécurité sociale
- ceux sous traitement au long cours par AVK pour une durée consécutive prévisible ou effective supérieure ou égale à six mois (les patients en initiation de traitement sont également éligibles)
- fixer la durée de l'entretien : 20minutes

Pour la mise en place de l'entretien

Avec le patient :

- fixer un rendez-vous
- lui noter sur une feuille avec le tampon de l'officine, la date, l'heure ainsi que le nom du pharmacien qui le recevra. prendre son nom, prénom, adresse, téléphone, activer son dossier pharmaceutique avec son accord.
- confirmer téléphoniquement le rendez-vous la veille
- demander au patient d'apporter son carnet de suivi
- imprimer son historique médicamenteux (du mois en cours)
- lui faire signer la convention

Déroulement des entretiens

1. Avoir à disposition dans le local de confidentialité :
   - le questionnaire fourni par l'assurance maladie pour mener l'évaluation des connaissances du patient
   - des supports d'informations : Fiche de suivi patient, Guide d'accompagnement du patient sous ACO, Dorosz®, Vidal®…

2. L'objectif du rendez-vous tourne autour de la iatrogénie des AVK :
   - utiliser des mots simples, s'adapter à la capacité de compréhension du patient, faire preuve d'empathie, le faire répéter.

3. Accueillir le patient :
   - le mettre à l'aise, échanger quelques banalités avant de débuter l'entretien.

4. Le premier entretien est axé sur :
   - l'éducation
   - les conseils
   - la remise du carnet de suivi si non en possession du patient
5. Le second entretien :
   - à trois mois minimum d'intervalle
   - reprendre les points incompris du 1er entretien
   - s'assurer que tous les points sont alors acquis
   - refaire une synthèse sur les points faibles
   - noter les progrès enregistrés

Post entretien

A l'issue de chaque entretien, faire une synthèse et éventuellement un compte rendu par mail ou courrier au médecin concerné, l'informant des observations pertinentes recueillies, avec l'accord préalable du patient.

Proposer une opinion pharmaceutique si cela s'avère judicieux

Enregistrer le patient en ligne et télétransmettre l'entretien via le site ameli.fr.

MA GRILLE D'EVALUATION PERSONNALISEE

INFORMATIONS GENERALES DU PATIENT

Nom, prénom

Date de naissance

Poids

Métier

Sport ?

Bricolage, ménage, jardinage ?

HISTORIQUE AVK

Nom du médecin traitant

Nom de l'AVK prescrit

Autres médicaments

Vous prenez un traitement anticoagulant,

Historique de la prescription du traitement :

Pouvez-vous me dire depuis quand vous le prenez ?

Pourquoi le médecin vous l'a t-il prescrit ?

Nom du médecin prescripteur

Possédez-vous un carnet de suivi ?

Savez-vous l'utiliser ?

D'une manière globale comment vivez-vous votre traitement dans la vie de tous les jours ? (votre ressenti : vous le trouvez contraignant, vous y êtes bien habitué, vous avez des difficultés).

PRINCIPES DU TRAITEMENT

Vous m'avez expliqué que vous prenez votre traitement depuis X années dans le cadre… ;

- Pouvez-vous me dire à quoi sert votre traitement ?
- Savez-vous comment prendre votre traitement ?
- Connaissez-vous la dose que votre médecin vous a prescrite ?
- Si oui, respectez-vous-la ?
- Vous arrive t-il parfois d'oublier de prendre votre médicament ?

  À quel rythme ? (jamais, une fois par semaine, une fois par mois, une fois dans l'année)

- Lorsque vous avez oublié de prendre vote médicament, que faites-vous ?
- L'écrivez-vous dans votre carnet de suivi AVK ?

SURVEILLANCE BIOLOGIQUE DU TRAITEMENT

Régulièrement vous faites des prises de sang au laboratoire,

- Savez-vous comment s'appelle cet examen qu'on réalise sur votre sang ?
- Savez-vous à quoi il sert ?
- Quel est le nom du laboratoire qui gère vos mesures d'INR ?
- Connaissez-vous la fourchette thérapeutique dans laquelle doit se situer votre INR ?

  valeur ?
- Savez-vous pourquoi vous devez de préférence faire votre prise de sang le matin ? (pour que les résultats soient transmis dès l'après-midi au médecin et qu'il puisse adapter votre posologie le plus rapidement pour la prise du soir)
- A quelle fréquence allez-vous au laboratoire d'analyse médicale ?
- Que faites-vous lorsque vous recevez le résultat de votre prise de sang ?

  Vous la notez dans le carnet de suivi

  Vous téléphonez au médecin si elle sort de la fourchette thérapeutique

SOUS/SURDOSAGE

- Que risquez-vous si votre INR est trop haut ?
- Que risquez-vous si votre INR est trop bas ?
- Pensez-vous que vous pouvez modifier le dosage de votre médicament vous même ?
- Existe-t-il des signes qui vous indiquent que le dosage de votre traitement est trop fort ?
- Savez-vous d'où vous pouvez saigner ? Comment cela se manifeste t-il ?
- Les signes suivants peuvent-ils vous indiquer que vous saignez ?

  Pâleur
  Essoufflement
  Hématomes
  Céphalées ne cédant pas sous antalgiques
- Que faites-vous si saignements ?
- Savez-vous quelles précautions sont à prendre dans votre vie quotidienne pour éviter de saigner ? (prévention des chocs et blessures lors d'activités sportives ou de loisirs ?)

ALIMENTATION

Concernant votre alimentation, y a t-il des aliments que vous devez consommer avec modération ?

Lesquels ?

Savez-vous que vous ne devez pas prendre certaines tisanes, ni compléments alimentaires sans en parler à votre médecin ou pharmacien ?

AUTRES MEDICAMENTS

A part ce médicament et ceux que nous avons cités précédemment, prenez-vous en d'autres?

Quand vous avez mal quelque part (tête ou dos) que faites-vous ?

Vous prenez du Doliprane, Efferalgan®, Dafalgan® ?

Ou autre ?

Pouvez-vous me citer des médicaments contre indiqués avec votre traitement ?

LES PROFESSIONNELS DE SANTE

En dehors de votre médecin et de la pharmacie, à qui dites-vous que vous prenez un traitement anticoagulant ?

(Spécialiste, infirmier, kinésithérapeute, médecin remplaçant, dentiste, esthéticienne…)

Avez-vous une carte « je prends un traitement anticoagulant par AVK »

Savez-vous qu'il faut tenir informé son médecin de toute intervention médicale (extraction dentaire, petite chirurgie…) ou changement de situation (grossesse).

BIBLIOGRAPHIE

1. BONTEMPS, F. Spécial AVK, les entretiens de suivi. Le Moniteur des Pharmacies. 2013;2ème partie(2972).

2. MROZOVSKI, M. Entretien avec un patient sous anticoagulant. Comité pour la Valorisation de l'Acte Officinal; 2013.

3. BOSSIERE, M. Installation du suivi d'un patient sous AVK. Entreprise Officinale. 2013;(5) pages 26‑27.

4. UTIP. Les anticoagulants oraux. 2012.

5. BOCCALON, H. Epidémiologie des hémorragies graves sous antivitamine K, issu de « La clinique des anticoagulants : un concept incontournable ».

6. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. 2009.

7. MOSCOVICI, P;TOURAINE, M;LE FOLL, S;CAZENEUVE, B. Arrêté du 24 juin 2013 portant approbation de l'avenant n°1 à la convention nationale du 4 avril 2012 organisant les rapports entre les pharmaciens titulaires d'officine et l'assurance maladie relatif à l'accompagnement des patients chroniques sous anticoagulants oraux. 2013.

8. ICART, J. Convention pharmaceutique°: les syndicats et l'assurance maladie tombent d'accord. [Internet]. 2012. Disponible sur: http://www.pharmaceutiques.com/archive/une/art_1433.html

9. ameli.fr - Convention nationale des pharmaciens titulaires d'officine [Internet]. 2013. Disponible sur: http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/pharmaciens/votre-convention/convention-nationale-titulaires-d-officine/convention-nationale.php

10. GAERTNER, P;DALIGAULT, F;BONNEFOND, G;ROEKEGHEM;HENRY, F. Avenant N°1 à la convention nationale du 4 avril 2012 organisant les rapports entre les pharmaciens titulaires d'officine et l'assurance maladie. 2013.

11. MROZOVSKI, M. Instauration d'un traitement sous anticoagulant. Comité pour la Valorisation de l'Acte Officinal; 2013.

12. MROZOVSKI, M. Suivi d'un traitement sous anticoagulant. Comité pour la Valorisation de l'Acte Officinal; 2013.

13. SIMON, L. A la conquête des AVK. [Internet]. 2013. Disponible sur: http://www.lepharmacien.fr/janvier2013/enjeux-la-conqu-te-des-avk.html

14. BACHY, E;HOUOT, R. Hématologie. L'ECN en fiches. 2009.

15. Microsoft Word - H3.Hémostase-v2.doc - H3_Hemostase-v2.pdf [Internet]Disponible sur: http://www.med.univ-montp1.fr/enseignement/cycle_1/PCEM2/mod-base/MB7_Bio_Med/Ressources_locales/HEMATO/H3_Hemostase-v2.pdf

16. PAYA, D;ALEIL,B. Indications, stratégies et risques des traitements anti-agrégants plaquettaires et anticoagulants. 2013.

17. GAERTNER, E;FRANK, P-X. Le suivi en officine des patients sous anticoagulants (ACO).Formation continue - Qualipharm. 2013.

18. MIMOUN, S;ELIE, J. Anticoagulants°: les antivitamines K. Le Moniteur des Pharmacies. 2ème partie(2625).

19. Ordre national des pharmaciens. Le développement professionnel continu (DPC). [Internet]. Disponible sur: http://www.ordre.pharmacien.fr/Nos-missions/L-examen-de-la-capacite-a-exercer-la-pharmacie/Le-developpement-professionnel-continu-DPC

20. BARLET, B. Soins°: l'éducation thérapeutique du patient. 2012.

21. Assurance maladie. Avenant n°1 à la convention nationale. [Internet]. 2013. Disponible sur: http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/pharmaciens/votre-convention/convention-nationale-titulaires-d-officine/avenant-n-1-a-la-convention-nationale.php

22. Plateforme ETP Alsace. Compétences et objectifs. Strasbourg. 2013.

23. DURIN, D. L'évaluation. Strasbourg. 2013.

24. POUZAUD, F. Le démarrage des entretiens de suivi des patients sous AVK. Le Moniteur des Pharmacies. 2013;(3011/3012) page 20.

25. ANSM. Bon usage des médicaments antivitamine K (AVK). 2012.

26. BONTEMPS, F. Spécial AVK et nouveaux anticoagulants oraux. Le Moniteur des Pharmacies. 2013;1ère partie (2966).

27. Assurance maladie. LPP:Fiche:automesure de l'INR, lecteur Coaguchek XS, Roche. [Internet]2014. Disponible sur: http://www.codage.ext.cnamts.fr/cgi/tips/cgi-fiche?p_code_tips=1117129&p_date_jo_arrete=%25&p_menu=FICHE&p_site=ameli

28. Assurance maladie. LPP:Fiche:automesure de l'INR, lecteur INRatio, AAZ-LMB. [Internet]. Disponible sur: http://www.codage.ext.cnamts.fr/cgi/tips/cgi-fiche?p_code_tips=1175322&p_date_jo_arrete=%25&p_menu=FICHE&p_site=ameli

29. VIDAL 2012.

30. DEQUIN, P-F;MASSOL, J;CASTAIGNE, A;DOSQUET, C;JULIARD, J-M;MOTTIER, D;SORIA, C;THIVOLLE, A. Fiche de transparence AVK. AFSSAPS; 2000.

31. Vitamine K, Apport Alimentaire - Nutri-Facts.org [Internet]. 2011. Disponible sur: http://www.nutri-facts.org/fra/vitamines/vitamine-k-phylloquinone/apports-recommandes/

32. AFSSAPS. Notice des AVK. 2011.

33. IMBS, J-L. Actualités en pharmacovigilance. 2005.

FACULTE DE PHARMACIE UNIVERSITE DE LORRAINE

DEMANDE D'IMPRIMATUR

Date de soutenance : vendredi 13 juin 2014

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE

présenté par : Sophie WITT

Sujet : Les antagonistes de la vitamine K à l'officine : de l'évaluation des connaissances des pharmaciens à la mise en place des entretiens pharmaceutiques.

Jury :

Président : Mme FAIVRE Béatrice, Professeur, Pharmacien
Directeur : M PERRIN Julien, MCU-PH, Pharmacien
Juges : Mme DURAND Monique, Pharmacien officinal
M GRAVOULET Julien, Pharmacien officinal

Vu,

Nancy, le 25 avril 2014

Le Président du Jury Directeur de Thèse

Beatrice FAIVRE Julien PERRIN

Vu et approuvé,

Nancy, le 15 mai 2014

Doyen de la Faculté de Pharmacie
de l'Université de Lorraine,

Francine PAULUS

Vu,

Nancy, le 23 MAI 2014

Le Président de l'Université de Lorraine,

Pour le Président et par délégation
Le Vice-Président

Martial DEUGNON

Pierre MUTZENHARDT

N° d'enregistrement : 6532

N° d'identification :

TITRE

LES ANTAGONISTES DE LA VITAMINE K A L'OFFICINE: DE L'EVALUATION DES CONNAISSANCES DES PHARMACIENS A LA MISE EN PLACE DES ENTRETIENS PHARMACEUTIQUES

Thèse soutenue le vendredi 13 juin 2014

Par Sophie WITT

RESUME :

Les antagonistes de la vitamine K, traitement anticoagulant de référence, sont prescrits chez plus d'un million de patients mais ils exposent à une iatrogénie élevée et on estime à 5000 morts par an leurs étant imputables. La loi HPST ainsi que la convention nationale des pharmaciens du 4 avril 2012 ont permis de concrétiser et de renforcer les nouvelles missions pharmaceutiques confiées aux officinaux dont l'accompagnement des patients chroniques sous anticoagulants oraux sous forme d'entretiens pharmaceutiques dans le but de diminuer cette iatrogénie. Etape préliminaire et incontournable à la mise en place de ces entretiens: une parfaite maîtrise de cette classe de médicaments à marge thérapeutique étroite de façon à sécuriser leur délivrance au maximum.

Cette thèse présente dans un premier temps les résultats d'une enquête réalisée auprès des pharmacies de Lorraine, visant 1/ à évaluer le niveau de connaissances des pharmaciens au sujet des AVK afin de lister les difficultés qu'ils pouvaient exprimer, 2/ à sonder leur état d'esprit concernant cette nouvelle prérogative avant son démarrage officiel. Dans un second temps, ces travaux se focalisent sur la pratique réelle des entretiens pharmaceutiques en dressant une étude-patients, en abordant ma propre expérience et enfin en rapportant les sentiments des pharmaciens qui se sont lancés dans cette nouvelle mission.

MOTS CLES :
AVK – OFFICINE – IATROGENIE – NOUVELLE MISSION - EVALUATION DES CONNAISSANCES – ENTRETIENS PHARMACEUTIQUES – ACCOMPAGNEMENT THERAPEUTIQUE – ORGANISATION.

Directeur de thèse	Intitulé du laboratoire	Nature	
Monsieur Julien PERRIN **Maître de conférence, praticien hospitalier**	**Hématologie biologique**	**Expérimentale**	X
		Bibliographique	☐
		Thème	☐

Thèmes **1 – Sciences fondamentales** **2 – Hygiène/Environnement**
3 – Médicament **4 – Alimentation – Nutrition**
5 - Biologie **6 – Pratique professionnelle**