

Programme

P H A R M - A C O

pour les patients traités par les nouveaux anti-coagulants oraux.

AG Caffin¹, Y Chabi¹, C Sévin², B Leclere³, C Debelmas⁴, G Camus¹, X Bohand¹



- 1 Hôpital d'Instruction des Armées Percy, Service Pharmacie
- 2 Pharmacie Sévin
- 3 Pharmacie de la Fourche
- 4 Pharmacie Debelmas

UNIVERSITÉ PARIS-SUD 11
UNITÉ DE FORMATION ET DE RECHERCHE
« FACULTÉ DE PHARMACIE DE CHÂTENAY MALABRY »

ANNÉE : 2011

N° 02/2010

THÈSE

Présentée

A L'UNITÉ DE FORMATION ET DE RECHERCHE
« FACULTÉ DE PHARMACIE DE CHÂTENAY MALABRY »
DE L'UNIVERSITÉ PARIS-SUD 11

Pour l'obtention du Diplôme d'État de
DOCTEUR EN PHARMACIE

Florence ROYNETTE

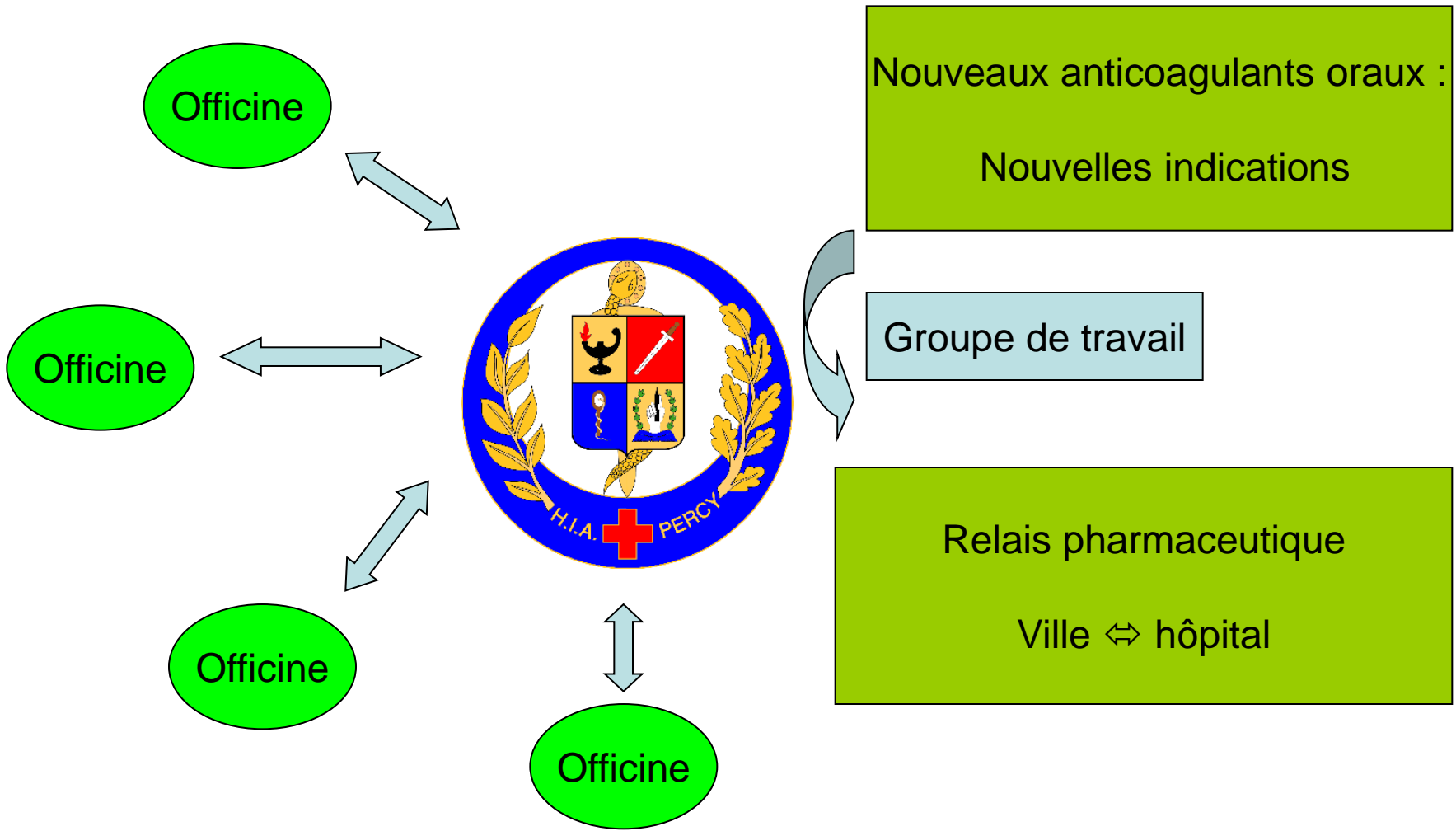
Mise en place et évaluation d'une consultation pharmaceutique
pour les patients traités par rivaroxaban
à l'Hôpital d'Instruction des Armées PERCY

Soutenue le : 25 octobre 2011





VOUS ÊTES GUÉRI
BONNE CHANCE...



Officine

Officine

Officine

Officine



Nouveaux anticoagulants oraux :
Nouvelles indications

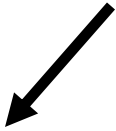
Groupe de travail

Relais pharmaceutique
Ville ⇔ hôpital

P H A R M - A C O

PROGRAMME

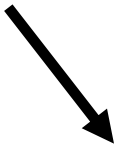
P H A R M - A C O



Conduire et enregistrer l'EP



Remettre une carte au patient



Echanger entre professionnels de santé

P

Mise en œuvre d'entretiens pharmaceutiques (EP)

Pourquoi? Par quoi?



P

- Pathologie
- Anticoagulant (nom, présentation...)
- Comprendre le traitement, les enjeux

P

H

Hypericum perforatum



H

- Inducteur enzymatique
- Conduite à tenir



P

H

A

Automédication



A

- Aspirine
- AINS...
- Conduite à tenir

P

H

A

R

Risques



R

- Saignements, thromboses
- Repérage
- Conduite à tenir

P

H

A

R

M

Modalités
De prise



M

- Rivaroxaban 10mg => pendant ou en dehors des repas
- Rivaroxaban 15mg et 20mg => au cours des repas!
- Dabigatran => ne pas ouvrir les gélules
- Oubli de prise?
- ...

P

H

A

R

M

■

A

C

O

Anti **C**oagulants **O**raux

| | | |
|-----------------|--|---|
| hôpital/office: | Entretien pharmaceutique XARELTO® (Rivaroxaban) | Date de l'entretien pharmaceutique/...../..... |
|-----------------|--|---|

- Acceptez-vous de recevoir une information sur votre traitement anticoagulant ? Oui Non
 - Acceptez-vous d'être appelé à votre domicile pour évaluer votre traitement? Oui Non
- Si oui, numéro de téléphone du patient : /portable :

| Patient | | |
|---|---------------------------------------|---|
| Nom : | Prénom : | Facteur de risque |
| Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | Date de naissance :/...../..... | (>75 ans) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| Poids : kg | | (<50kg) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| Clairance créatinine : ml/min le | | (<50ml/min) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| Contexte social | | |
| Médecin traitant : | | |
| Médecin spécialiste : | | |
| Officine (si entretien réalisé à l'hôpital): | | |
| Mode de vie : <input type="checkbox"/> seul <input type="checkbox"/> en famille <input type="checkbox"/> autre (préciser) : | | |
| Le patient fait-il appel à une autre personne pour gérer son traitement ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui (préciser) : | | |
| Profession : | | |

Connaissance du patient

| Entretien réalisé <input type="checkbox"/> avec le patient <input type="checkbox"/> une tierce personne ? Pourquoi ? | | |
|--|--|--|
| P | Parmi vos médicaments, connaissez-vous le nom de votre médicament anti-coagulant ? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| | Savez-vous pourquoi vous êtes traité par ce médicament ? | <input type="checkbox"/> Oui → Fluidifie le sang. Evite la formation de caillots <input type="checkbox"/> Fibrillation auriculaire (N: 1 cpm de 20mg/j IR : 1 cpm 15mg/j) <input type="checkbox"/> Thrombose veineuse profonde et/ou embolie pulmonaire (N : 1 cpm 15mg 2x/j pdt 21j puis 1cpm 20mg/j) (IR : 1 cpm 15mg 2x/j pdt 21j puis 1cpm 15mg/j) <input type="checkbox"/> Ne sait pas <input type="checkbox"/> Prothèse totale de hanche ou de genou (1 cpm de 10mg/jour) |
| H | Prenez-vous du Millepertuis ? (Médicament, tisane) | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Arrêt Millepertuis car risque d'inefficacité du Xarelto® |
| A | Prenez-vous des médicaments en automédication ? (Que faites vous quand vous avez mal à la tête, mal au ventre...?) - Si oui : quel(s) médicament(s) ? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Eviter Aspirine, AINS... Risques de saignements |
| R | Connaissez-vous les risques : - si votre traitement est trop efficace ? (surdosage) - si votre traitement n'est pas assez efficace ? (sous dosage) | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> En partie <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> En partie - Bleus inhabituels, saignements du nez, saignement des gencives, œil rouge, urine rose ou marron, selles rouges ou noires, règles abondantes. - Fatigue inhabituelle, pâleur, essoufflement. - Maux de tête, vertiges - Gonflement inexpliqué, douleur dans la poitrine ; douleur, chaleur, rougeur au niveau du mollet. → Appeler votre médecin/ Aller aux urgences. |
| M | Savez-vous quand prendre votre médicament ? En cas d'oubli, savez-vous comment faire ? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non A heure fixe, pendant les repas. Votre médicament peut être pris dans la même journée. Le lendemain, reprenez votre traitement à la dose et à l'heure habituelles. |



| |
|---|
| - Le patient possède-t-il la carte PHARM-ACO ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non (dans ce cas, lui remettre) |
| - Appropriation par le patient des informations délivrées <input type="checkbox"/> Non Acquis <input type="checkbox"/> Partiellement acquis <input type="checkbox"/> Acquis |
| - Bilan : |

Bilan

Recto

| | | |
|--|-------------------------------------|---|
| Coordonnées de votre pharmacien | Coordonnées de votre médecin | P H A R M - A C O |
| | | Cette carte appartient à: Nom : Prénom : Date de Naissance : XARELTO® Rivaroxaban JE SUIS SOUS TRAITEMENT ANTICOAGULANT |

Verso

| | | |
|--|--|---|
| P ourquoi? | R isques | M odalités de prise |
| Xarelto® est un anticoagulant qui permet de fluidifier le sang et ainsi d'éviter la formation de caillots. | Il existe 2 risques avec Xarelto®: • Les saignements en cas de surdosage • Les thromboses en cas de sous dosage Prévenez rapidement votre médecin si vous présentez l'un des symptômes suivants: - Bleus inhabituels, saignements du nez, saignements des gencives ,œil rouge. - Urine rose ou marron, selles rouges ou noires, règles abondantes. - Fatigue inhabituelle, pâleur, essoufflement, maux de tête, vertiges, gonflement inexplicé. - Douleur, chaleur, rougeur ou gonflement du mollet. - Douleur dans la poitrine. | ▪ Votre médicament doit être pris à heure fixe et pendant les repas . ▪ En cas d'oubli, votre médicament peut être pris dans la même journée. Le lendemain, reprenez votre traitement à la dose et à l'heure habituelles. |
| H ypericum perforatum (Millepertuis) | | A C O |
| Ne prenez pas de Millepertuis ou de médicament à base de Millepertuis qui peut diminuer l'efficacité de votre traitement. | | Anti Coagulants Oraux |
| A utomédication | | Présentez cette carte à tout professionnel de santé que vous seriez amené à consulter. |
| Certains médicaments comme l'aspirine ou les anti-inflammatoires (Advil®, Voltarène®, Nurofen®...) augmentent la fluidité du sang; ils ne doivent pas être pris pendant votre traitement par Xarelto®. | | En cas de chute, si vous vous blessez, ou si vous vous cognez la tête, prévenez immédiatement votre médecin. |

P H A R M - A C O

En pratique:

=> EPU : octobre 2012

=> contact avec les officines intéressées

=> formation des équipes (mise en situation...)

=> mise à disposition du document d'enregistrement de l'EP

=> mise à disposition de cartes patients (Pradaxa® et Xarelto®)

P H A R M - A C O

• Bilan décembre 2012 - Janvier 2013

| | OFFICINES | HIA PERCY | Total | % |
|--------------------------|-----------|-----------|-------|----|
| Nombre personnes formées | 18 | 5 | 23 | |
| Nombre d'EP | 9 | 17 | 26 | |
| - dont Xarelto® | 1 | 10 | 11 | 42 |
| - dont Pradaxa® | 8 | 7 | 15 | 58 |
| Indication | | | | |
| - FA | 8 | 12 | 20 | 77 |
| - TVP | 1 | 3 | 4 | 15 |
| - EP | 0 | 2 | 2 | 8 |

P

H

A

R

M



A

C

O

| | OFFICINES | HIA PERCY | Total | % |
|-------------------------------|-----------|-----------|-------|-----|
| Nombre d'EP | 9 | 17 | 26 | |
| P ar quoi? | | | | |
| - connu | 7 | 7 | 14 | 54 |
| - non connu | 2 | 10 | 12 | 46 |
| P our quoi? | | | | |
| - connu | 8 | 13 | 21 | 81 |
| - non connu | 1 | 4 | 5 | 19 |
| H ypericum perforatum? | | | | |
| - oui | 0 | 0 | 0 | 0 |
| - non | 9 | 17 | 26 | 100 |
| A utomédication? | | | | |
| - oui | 3 | 7 | 10 | 38 |
| - non | 6 | 10 | 16 | 62 |
| R isques? | | | | |
| - connu | 4 | 6 | 10 | 38 |
| - partiellement connu | 2 | 6 | 8 | 31 |
| - non connu | 3 | 5 | 8 | 31 |
| M odalités de prise | | | | |
| - connu | 7 | 10 | 17 | 65 |
| - partiellement connu | 1 | 0 | 1 | 4 |
| - non connu | 1 | 7 | 8 | 31 |

P H A R M - A C O

Programme d'accompagnement des patients:

- consolidation
- optimisation
- évaluation

P H A R M



A C 

Anti

coagulants

oraux

lyonnais