

## INTRODUCTION

Le rapport 2011 de l'Enquête Nationale sur les Événements Indésirables liés aux Soins ENEIS montre que les anti-vitamines K (AVK) sont la **première cause de iatrogénie médicamenteuse**.

31 à 37 % des événements indésirables graves (EIG) liés aux médicaments sont imputables aux AVK, avec de nombreuses conséquences médico-économiques.

L'exposition augmente avec l'âge : **13,3 % des sujets de plus de 65 ans** ont été exposés au moins une fois à un anticoagulant durant l'année 2011 (rapport ANSM sur le bon usage des anticoagulants, 2012). Cette population âgée est la plus **à risque** d'EIG.

## OBJECTIFS

- **Sécuriser** la prise en charge thérapeutique des sujets âgés qui ont bénéficié d'une instauration de warfarine au cours de leur hospitalisation, et qui retournent ensuite à leur domicile.
- Proposer lors de l'hospitalisation, et dès le retour à domicile, une **éducation thérapeutique (ET)** adaptée aux patients.
- Renforcer la **coopération hôpital - ville**.
- Tester la **Messagerie Sécurisée de Santé (MSS)** régionale.

## PATIENTS et METHODE



**Critères d'inclusion :**  
Initiation de warfarine Coumadine®  
Absence de troubles cognitifs  
Retour à domicile (RAD)  
Consentement du patient

**Coumadine 2mg®** (cp bisphénols) chez les patients > 70 ans, INR cible entre 2,0 et 3,0.  
Bilan avant traitement: NFS (Hb, plaquettes), hémostase (TP, TCA, Fg). Suivre la fiche accompagnement au TP initial > 70%.  
Posologie : - 1<sup>ère</sup> prise = 20 : 2 cps (soit 4 mg) à 18h  
- 2<sup>ème</sup> prise = 11 : 2 cps (soit 4 mg) à 18h  
- 3<sup>ème</sup> prise = 22 : 2 cps (soit 4 mg) à 18h  
Adaptations posologiques (INR cible entre 2,0 et 3,0) :  
• 1<sup>er</sup> contrôle impératif à J5 le matin pour adapter la 4<sup>ème</sup> prise du soir :  
- INR < 1,3 : augmenter la posologie à 2 cp 1/2 (5 mg)  
- 1,3 ≤ INR < 1,5 : maintenir la posologie à 2 cp (4 mg)  
- 1,5 ≤ INR < 1,7 : diminuer la posologie à 1 cp 1/2 (3 mg)  
- 1,7 ≤ INR < 1,9 : diminuer la posologie à 1 cp (2 mg)  
- 1,9 ≤ INR < 2,5 : diminuer la posologie à 1/2 cp (1 mg)  
- INR ≥ 2,5 : arrêter jusqu'à INR < 2,5 puis 1/2 cp (1 mg)  
• 2<sup>ème</sup> contrôle à J6 :  
- INR ≤ 1,6 : augmenter la posologie de 1/2 cp (1 mg)  
- 1,6 < INR ≤ 2,5 : continuer sans modifier la posologie  
- 2,5 < INR ≤ 3,0 :  
- si posologie ≥ 1 cp (2 mg) : diminuer de 1/2 cp (1 mg)  
- si posologie = 1/2 cp (1 mg) : maintenir à 1/2 cp (1 mg)  
Et surveiller l'INR dans les 24-48h.  
• INR > 3,5 : cf encadré « surdosages »  
• Contrôles suivants : toutes les 48 ou 72h jusqu'à l'obtention de l'équilibre (2 INR successifs entre 2,0 et 3,0). Si INR < 2, augmenter posologie de 1/2 cp (1 mg) adaptée. L'acrotone doit décider d'une nouvelle augmentation.  
**Relais héparine-AVK : arrêter héparine dès que INR > 2,0**  
• Après équilibre : INR 1 x/sem pendant 1 mois puis 1x /15j  
Laboratoire d'Hémostase : 4962 (0h-17h30) ; 7163 (17h30-0h)  
Comité de Médicament - Hôpital Charles Foix (M312066)

Recueil prospectif des données pendant hospitalisation, 1<sup>er</sup> juillet - 31 octobre 2014 :

- Présence de **troubles cognitifs**
- **Devenir** du patient (EHPAD, RAD...)
- Contrôle **INR** selon **Siguret®**

Durant hospitalisation :

- **ET** à l'hôpital
- Remise du  **carnet de suivi AVK**

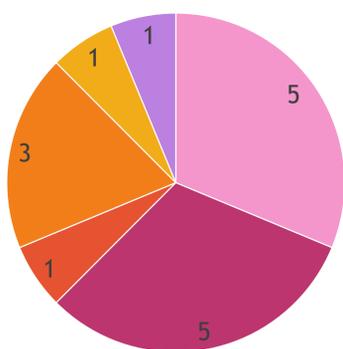
Appel pharmacie officine T0 :

- Envoi courriel d'information MSS et proposition d'inscription
- Proposition de réaliser une ET selon modalités de la convention pharmaceutique

Appel pharmacie M+1, recueil des résultats :

- ET proposée et/ou réalisée
- Inscription à MSS

### Motif de non réalisation de l'ET à l'officine



- patient perdu de vue
- patient ne se déplace pas lui-même à l'officine (aidant)
- refus patient
- refus pharmacien (manque de temps et/ou de moyens)
- refus médecin traitant
- données manquantes

## RESULTATS

### Données générales :

N = **81 patients** sous warfarine  
Âge moyen = 86,50 ans [68 - 100]  
Sex ratio = 0,8

### Répartition de la population générale de l'étude : inclusion et exclusion

#### Patients inclus ciblés pour ET (n = 21)

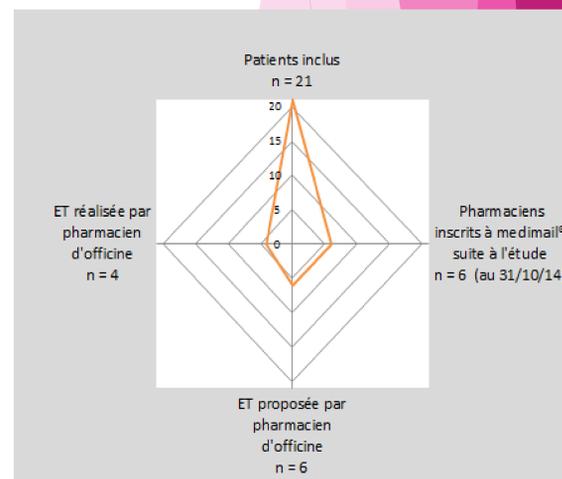
**Volet hospitalier :**  
19 ET réalisées  
2 non réalisées (barrière de la langue)

**Volet ambulatoire :**  
20 pharmaciens contactés  
4 ET réalisées au comptoir  
6 pharmaciens inscrits à MSS

#### Patients exclus (n = 60)

14 non RAD  
10 troubles cognitifs  
33 troubles cognitifs + non RAD

### Résultats recueillis à M+1 : nombre ET et inscription à MSS régionale



## CONCLUSION

- Afin d'optimiser la prise en charge globale du patient et diminuer la iatrogénie médicamenteuse, il est indispensable d'impliquer fortement les pharmaciens d'officine.
- Cependant, la forte prévalence de troubles cognitifs et d'institutionnalisation en EHPAD limite le déploiement de l'éducation thérapeutique chez les patients âgés.
- Notre étude montre les difficultés qu'il faut s'empresse de lever en favorisant la communication entre les acteurs, pour optimiser la relation hôpital - ville.
- La messagerie sécurisée de santé régionale est un support sécurisé à développer par les autorités sanitaires auprès des pharmaciens d'officine, à l'instar de ce qui a déjà été fait pour les médecins.