

## Évaluation de l'Adhésion des patients Ambulatoires traités par un Anticoagulant Oral Direct pour une fibrillation atriale

*Préambule : L'entretien est une évaluation de l'adhésion du patient faite par le pharmacien (hétéroévaluation). L'ensemble des champs est à recueillir. Les textes en italique sont à destination uniquement du pharmacien évaluateur. Les textes en style normaux sont à lire au patient (question +/- l'ensemble de réponses pour les questions fermées : oui, tout à fait d'accord, oui d'accord, ...)*

### **Identification**

Date du questionnaire : ... / ... / 2022

Centre : .....

N° d'identification : .....

Initiales du patient (1<sup>er</sup> lettre du nom et du prénom) : .....

Age du patient : .....

Sexe du patient :  H  F

### **Questionnaire 3AOD**

*Mise en situation standardisé :*

Chère Madame, cher Monsieur (*s'adapter à la situation*)

Nous allons vous poser quelques questions relatives à votre traitement par anticoagulant oral (AOD). En tant pharmacien, nous vous demandons de répondre le plus sincèrement possible.

Nous savons qu'il n'est pas forcément évident de prendre son AOD parfaitement, sans oubli, ni difficultés. Ces questions ne portent aucun jugement, et des réponses sans à priori nous permettrons d'avoir une meilleure compréhension de votre perception de votre anticoagulant oral.

### **Questions autour de la perception de leur médicament AOD et de sa prise en charge**

1. Quel est le nom de votre médicament AOD ? (*question ouverte*)

Bon AOD cité :  Oui  Non

2. Pensez-vous que votre médicament AOD est bénéfique pour votre santé ?

- Oui, tout à fait d'accord  
 Oui, d'accord  
 Avis incertain  
 Non, en désaccord  
 Non, tout à fait en désaccord

3. Pensez-vous que votre médicament AOD peut vous faire du mal ?

- Oui, tout à fait d'accord  
 Oui, d'accord  
 Avis incertain  
 Non, en désaccord  
 Non, tout à fait en désaccord

4. Pensez-vous que d'autres médicaments prescrits par votre médecin sont plus importants que votre AOD ?

- Oui, tout à fait d'accord  
 Oui d'accord  
 Avis incertain  
 Non, en désaccord  
 Non, tout à fait en désaccord

**4.1** Est-ce que le patient prend un anti-arythmique (vérification ordonnance/historique) ?

- Soit pour le contrôle du rythme : amiodarone, flécaïnidine, propafénone, drodénarone
- Soit pour le contrôle de la fréquence : bêtabloquant, verapamil, digoxine.  
 Oui  Non

*Si oui entourez le médicament et posez la question suivante :*

Pensez-vous que votre anti-arythmique (*précisez le nom pour aider le patient*) prescrit par votre médecin est plus important que votre AOD ?

- Oui, tout à fait d'accord  
 Oui, d'accord  
 Avis incertain  
 Non, en désaccord  
 Non, tout à fait en désaccord

5. Avez-vous de bonnes relations avec votre médecin qui a prescrit l'AOD

- Oui, tout à fait d'accord  
 Oui, d'accord  
 Avis incertain  
 Non, en désaccord  
 Non, tout à fait en désaccord

### Questions autour de leur adhésion envers leur AOD

6. Dans quelle(s) situation(s) n'avez-vous pas pris votre AOD ? (*Question ouverte*)

*Échange autour de la fréquence de l'évènement dans la vie du patient.*

*Après une première situation, demandez s'il en voit d'autres (une fois).*

- Ne trouve pas de situation, ou pour des saignements majeurs – hospitalisations - arrêt en lien avec la prise en charge médicale.*
- Évoque des situations ponctuelles (< 1 mois ; pendant des évènements festifs ; vacances isolées de l'ordre d'une semaine)*
- Évoque des situations fréquentes ou longue (1 à 2 fois par semaine : WE – déplacement professionnel fréquent – vacances de l'ordre du mois).*
- Évoque des situations très fréquentes ou très longues (plusieurs fois par semaine, toutes les semaines – période longue de l'ordre de plusieurs mois sur l'année).*

7. Quelle a été la période consécutive la plus longue, au cours de laquelle vous n'avez pas pris votre traitement ? (Hors justification médicale) (*Question ouverte*)

✓ *Nombre de jour(s) sans traitement :*

.....

### Questions autour de la confiance à s'administrer le traitement/barrière

8.1 Trouver-vous contraignant le fait de prendre votre AOD tous les jours ?

- Oui, tout à fait d'accord
- Oui, d'accord
- Avis incertain
- Non, en désaccord
- Non, tout à fait en désaccord

8.2 Avez-vous confiance en votre capacité à prendre votre AOD, y compris en cas d'imprévu ?

- Oui, tout à fait d'accord
- Oui d'accord
- Avis incertain
- Non, en désaccord
- Non, tout à fait en désaccord

### Questions autour de la perception de la connaissance de leur médicament AOD

9. Que faites-vous en cas d'oubli ? (*Question ouverte et donner la bonne réponse ensuite*)

- Ne sais pas / Mauvaise réponse (double la prise)*
- Prise dans les 6h (si 2x/j) - dans les 12h (si 1x/j)*

10. Que se passerait-il si vous ne preniez pas du tout votre AOD ? (*Question ouverte*)

- ✓ *Notion d'apparition de thrombus (« caillot ») sanguin :*  Oui  Non
- ✓ *Notion de risque d'AVC :*  Oui  Non
- ✓ *Notion de surmortalité (« je risque de mourir ») :*  Oui  Non

*A la fin de la question, si le patient ne sait pas, la réponse doit lui être donnée,*

*« L'absence de prise d'AOD chez un patient avec une FA, expose à un sur-risque de caillot (thrombus) au niveau du cœur, dont la complication principale est un AVC, avec une surmortalité induite ».*

### Questions sur l'intérêt du patient pour réaliser un entretien pharmaceutique AOD

11.1 Avez-vous déjà bénéficié d'un entretien pharmaceutique sur les AOD ?

- Oui  Non

11.2 Cela vous intéresserait-il ?

- Oui  Non

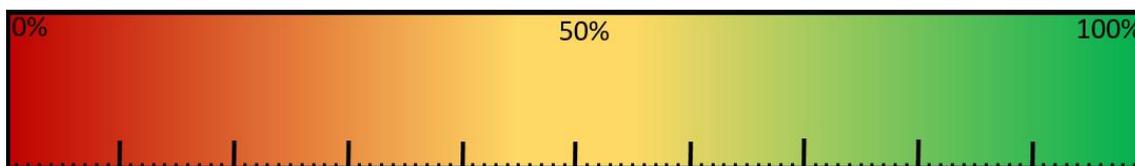
11.3 Si oui, à quelle date souhaitez-vous le réaliser ? *Date*.....

11.4 Aimerez-vous recevoir à rythme hebdomadaire, des messages (SMS) sur votre téléphone portable, vous donnant différents conseils sur votre médicament AOD ?  Oui  Non

<b>Questionnaire Gired</b>		
	<b>OUI</b>	<b>NON</b>
Ce matin avez-vous oublié de prendre votre traitement ?		
Depuis la dernière consultation, avez-vous été en panne de médicament ?		
Vous est-il arrivé de prendre votre traitement avec retard par rapport à l'heure habituelle ?		
Vous est-il arrivé de ne pas prendre votre traitement parce que, certains jours, votre mémoire vous fait défaut ?		
Vous est-il arrivé de ne pas prendre votre traitement parce que, certain, jours, vous avez l'impression que votre traitement vous fait plus de mal que de bien ?		
Pensez-vous que vous avez trop de comprimés à prendre ?		

**Score de Kalichman**

Nous serions surpris que la plupart des gens prennent 100 % de leurs médicaments. En considérant qu'un pourcentage à 0 % signifie que vous n'avez pris aucun AOD au cours du mois écoulé, que 50 % signifie que vous avez pris la moitié de votre AOD au cours du mois écoulé et que 100 % signifie que vous avez pris chaque dose au cours du mois écoulé. Pointer sur la règlette quel pourcentage de votre AOD avez-vous pris ?  
(*réglette à imprimer*)



<b>Informations cliniques</b>	
<b>Informations sur le patient</b>	
✓	Identification des antécédents du patient (HTA, diabète, Insuffisance Rénale, Insuffisance Cardiaque, maladie coronarienne (angor, infarctus du myocarde) <i>(Entourer la pathologie si présente)</i>
✓	Identification d'antécédent d'AVC : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
✓	Nombre de traitements chronique pris par le patient sur l'ordonnance en cours : .....
✓	Nombre de prises / jour tous traitement confondus (ex : Med X : 1-0-1 + Med Y : 2-1-2 donne 2+3=5 prises) : .....
✓	Nombre de formes galéniques différentes : .....
✓	Utilisation d'un pilulier : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
✓	Le patient prépare-t-il lui-même sa prise de ses médicaments : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <i>Si non : qui l'aide (&gt;50% des fois) : <input type="checkbox"/> proche <input type="checkbox"/> aide à domicile <input type="checkbox"/> infirmière <input type="checkbox"/> pharmacie.</i>
<b>Informations sur l'anticoagulant</b>	
✓	Nom du AOD en cours ainsi que la posologie : .....
✓	Date d'initiation du AOD : .....
✓	Patient ayant été traité par un AVK avant son AOD : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
✓	Date d'initiation d'un anticoagulant : .....
✓	Antécédents d'ablation de fibrillation atriale (cryoablation ou radiofréquence) ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
✓	Identification d'antécédent de saignement sous AOD : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
✓	Le patient possède-t-il la carte AOD (capable de le présenter) : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

