



<http://portaildoc.univ-lyon1.fr>

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale -  
Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr>

Année 2018

N°

**THESE**

**pour le DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN  
PHARMACIE**

Présentée et soutenue publiquement le 24 avril 2018

par

*Monsieur BARTHOLLET Timothée*

*Né le 05/04/1991, à Roanne*

**Évaluation des connaissances avec degré de certitude des  
patients transplantés hépatiques sur leurs traitements  
médicamenteux.**

*Expérience de l'hôpital de la Croix Rousse, Hospices Civils de Lyon.*

Président du jury :

Monsieur TOD Michel – Professeur Universitaire – Praticien Hospitalier

Membres du jury :

Madame FEUTRIER - Docteur en pharmacie, Praticien Hospitalier

Monsieur CHARPIAT- Docteur en pharmacie, Praticien Hospitalier

Madame RADENNE - Docteur en médecine, Gastro-entérologue et hépatologue

L'ISPB - Faculté de Pharmacie de Lyon et l'Université Claude Bernard Lyon 1 n'entendent donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions sont considérées comme propres à leurs auteurs.

L'ISPB - Faculté de Pharmacie de Lyon est engagé dans une démarche de lutte contre le plagiat. De ce fait, une sensibilisation des étudiants et encadrants des thèses a été réalisée avec notamment l'incitation à l'utilisation d'une méthode de recherche de similitudes.

## Remerciements.

Je tiens, tout d'abord à remercier très sincèrement l'ensemble des membres du jury pour avoir accepté de juger ce travail de thèse.

À Mr Charpiat, sans qui cette aventure n'aurait jamais existé. Il faut rencontrer certaines personnes dans son métier qui se veulent être des guides pédagogiques. Je pense pouvoir dire que vous en êtes un pour moi. Merci pour votre patience, vos conseils et votre vision de notre métier.

À Mme Feutrier, vous avez toujours été présente quand j'en avais besoin et vous avez toujours su trouver les mots justes pour me remettre dans le droit chemin. Merci pour votre bienveillance, votre bienfaisance et votre professionnalisme.

À tous les professionnels de santé et aux patients de l'hôpital de la Croix Rousse, que j'ai pu croiser. Vous avez enrichi ce travail par vos savoirs et vos personnalités. Vous l'avez rendu plaisant au quotidien. À Mme Veysset, pour son aide précieuse tout au long de cette étude.

À mes parents, vous avez toujours été présents et vous n'avez cessé de croire en moi. Je tente de mesurer chaque jour un peu plus la chance et la fierté que j'ai de vous avoir. Vous m'avez toujours tout donné pour que je sois heureux dans ma vie et c'est réussi, je ne vous remercierai jamais assez. Vous êtes extraordinaires et je vous aime.

À ma sœur et Momo, vous êtes mes confidents et mes baromètres dans beaucoup de choses de ma vie. Vous êtes toujours présents pour moi malgré la distance !

À ma Maminou, tu me dictes encore tous les jours les bonnes leçons de la vie au rythme des chansons et esclaffades de papy, merci !

À ma famille, vous avez toujours suivi mon parcours de près ou de loin et vous êtes tenu informé tout au long de ces années. Merci pour vos mots de soutien, votre réconfort et encouragements.

À mes amis de la FAC, de CLERMONT et de LYON, vous m'avez supporté sur les bancs et en dehors, m'avez fait rire, et m'avez enrichi de ce que vous êtes, MERCI ! Spécial merci aux 5AHU qui m'ont aidé de près dans mes recherches, vous êtes au top ! Un grand merci à Marie pour cette collaboration, c'était un vrai plaisir de travailler avec toi.

À mes amis du Canada, vous m'avez réconforté pendant mes heures de travail cet été. Votre présence me fait toujours chaud au cœur !

À mes amis d'enfance, vous êtes tout simplement incroyables et vous me ravissez au quotidien. Vous êtes indispensables et je ne tarirai jamais assez d'éloges à votre égard ! Merci <3

À Cycy, Merci de t'être investie dans les corrections il y avait du boulot. Merci de m'écouter, de me comprendre et d'être toujours là quand j'en ai besoin. Je suis chanceux <3

# Sommaire.

<b>Introduction</b> .....	<b>6</b>
<b>Objectifs</b> .....	<b>8</b>
<b>Partie 1 : Données bibliographiques</b> .....	<b>9</b>
<u>Chapitre 1 : Rappels sur la transplantation</u> .....	<u>9</u>
1. La transplantation hépatique (TH).....	9
2. Les principales indications.....	9
3. La période post-greffe .....	10
3.1 Le retour au domicile et la 1re année .....	10
3.2 Le suivi à long terme .....	10
4. Les traitements post-greffe .....	11
4.1 Les antirejets .....	11
4.2 Effets indésirables .....	11
5. Le rejet de greffe .....	12
5.1 Généralités .....	12
5.2 Causes .....	12
5.3 Diagnostic.....	13
5.4 Traitement .....	13
6. Les principaux risques d'infections.....	14
6.1 Le cytomégalovirus.....	14
6.2 Pneumocystose .....	14
7. Mesures hygiéno-diététiques.....	15
7.1 Alimentation.....	15
7.2 Soleil.....	16
7.3 Tabac.....	16
7.4 Activité physique.....	16
<u>Chapitre 2 : L'Éducation Thérapeutique</u> .....	<u>18</u>
1. Généralités .....	18
2. La Méthode Calgary-Cambridge .....	20
3. Les connaissances en éducation thérapeutique .....	21
3.1 Qu'entend-on par "connaissance" ? .....	21
3.2 L'influence de l'éducation thérapeutique sur les connaissances.....	22
3.3 Les connaissances et l'influence sur le comportement .....	22

3.4 L'évaluation pédagogique du patient.....	23
3.5 Pourquoi évaluer les connaissances médicamenteuses du patient ? .....	23

**Chapitre 3 : L'ETP des patients transplantés hépatiques à l'hôpital de la Croix**

<b>Rousse .....</b>	<b>25</b>
1. La Consultation pré-greffe .....	25
2. La Consultation pharmaceutique d'éducation thérapeutique .....	25
3. L'Observance .....	27
3.1 L'adhésion au traitement .....	27
3.2 Non-observance .....	27
4. Caractéristiques des patients .....	28
4.1 Le domaine psychoaffectif.....	28
4.2 Âge, sexe.....	28
4.3 Niveau de littératie .....	29
5. La place de l'ETP chez les greffés et la place du pharmacien .....	29
6. Le programme d'ETP autorisé par l'ARS .....	30
7. Saisie informatique des données pour l'ARS .....	30

**Partie 2 : Évaluation des connaissances chez les patients greffés hépatiques de l'hôpital de la Croix Rousse.....31**

<b>Chapitre 1 : Matériels et méthodes nécessaires à l'étude .....</b>	<b>31</b>
1. Déroulement de l'étude .....	31
2. L'outil d'évaluation pédagogique .....	32
2.1 Méthode de travail .....	32
a) Le format dichotomique.....	32
b) Le degré de certitude .....	33
c) L'évaluation par le score.....	33
2.2 Méthode de réalisation .....	34
a) Règles de rédaction du questionnaire .....	34
b) Les degrés de certitudes .....	35
c) Les ajustements apportés au cours de la phase de test .....	36
d) Modalités d'analyse .....	36
2.3 Présentation du Questionnaire finalisé : Annexe 1 .....	38
2.4 Choix des propositions .....	41
3. Grille de correction .....	46
4. Déroulement de la séance et reprise éducative .....	46

<b>Chapitre 2 : Les Résultats</b> .....	<b>48</b>
1. Le groupe test.....	48
2. Les résultats sur l'ensemble du groupe Patient.....	50
3. Les résultats obtenus par question (annexe 2 & 3).....	52
4. Analyse des résultats .....	57
4.1 Les connaissances maîtrisées .....	57
4.2 Les connaissances partielles.....	59
4.3 Analyse globale .....	61
5. Les connaissances : variation avec le temps .....	62
5.1 Durée entre la consultation et l'évaluation.....	62
5.2 Evolution des connaissance en fonction du temps.....	63
5.3 Résultats des patients qui ont rempli deux fois le questionnaire dans un intervalle de temps x qui sépare le premier du second questionnaire. ....	65
5.4 Avant et après consultation pharmaceutique .....	66
<b>Chapitre 3 : Discussions</b> .....	<b>67</b>
1. Interprétation des principaux résultats.....	67
1.1 Les sources de satisfactions .....	67
1.2 Les points à revoir .....	68
2. Limites de notre étude .....	70
3. Perspectives .....	71
3.1 Comparaison des résultats avec les précédentes études menées à l'hôpital de la Croix Rousse. ....	71
3.2 Discussion des résultats avec les données de l'étranger.....	73
3.3 Amélioration des actions pédagogiques relatives au traitement: mise en place d'une séance collective .....	75
3.4 Comment tirer les avantages de cette expérience à un niveau plus global de la pratique pharmaceutique ? Et comment la transposer à l'officine ? .....	77
<b>Conclusion</b> .....	<b>78</b>
<b>Bibliographie</b> .....	<b>80</b>

## Introduction

Grâce à de nouvelles dispositions réglementaires, le nombre de greffes d'organes prélevés sur sujet a augmenté de près de 30% entre 2006 et 2015. Parallèlement, le nombre de patients en attente de greffe augmente également d'où la poursuite des campagnes d'information par les autorités de la santé. En France, la transplantation hépatique est la 2ème greffe la plus fréquemment réalisée après celle du rein. En 2015, 1355 patients ont pu recevoir une greffe de foie et ce chiffre n'a cessé de croître depuis qu'elle a été mise en place en 1990. Selon l'agence de la biomédecine les taux de survie après une transplantation hépatique sont directement proportionnels à la durée après la greffe. Plus l'on s'éloigne du moment de la greffe plus la survie du greffon diminue. La survie après un an atteint aujourd'hui les 85% alors qu'après 10 ans le nombre de survivants diminue à 60%. Au cours des dix dernières années, la survie des greffons a considérablement augmenté. Les progrès permettant une réussite croissante de la greffe sont multidisciplinaires. Il y a notamment l'utilisation nouvelle et plus conservatrice d'agents immunosuppresseurs, l'amélioration des méthodes diagnostiques pour identifier et prévenir les infections, mais aussi des techniques chirurgicales plus raffinées. [1]

L'avènement des programmes d'éducation thérapeutiques (ETP) dans les hôpitaux a permis une prise en charge des patients plus adaptée, une meilleure connaissance de leur maladie et de leur thérapeutique. D'après l'Organisation mondiale de la santé : « l'éducation thérapeutique du patient conduit à l'aider à acquérir des connaissances et des compétences pour entretenir et développer son capital santé ». Au sein de l'hôpital de la Croix Rousse à Lyon depuis le regroupement avec l'hôpital E. Herriot, 70 à 100 patients sont greffés par an. À la fin des années 1990, ce nombre se situait autour des 35 - 40 patients par année. L'augmentation du nombre de patients à prendre en charge s'est accompagnée d'une demande croissante d'information concernant la thérapeutique post-

transplantation. Une problématique s'est posée : celle d'apporter aux patients des connaissances claires et de qualité pour leur permettre d'acquiescer de l'autonomie dans leur traitement. De ce constat, en 1999, une consultation d'éducation thérapeutique de pharmacie a été créée pour offrir aux patients un accès à l'information. Elle permet de les impliquer dans leur traitement de façon personnalisée, mais aussi d'aborder d'autres sujets plus généraux autour de leur greffe. Elle a été instaurée pour tenter d'améliorer les connaissances et les compétences du patient sur son traitement médicamenteux de la greffe. Tous les greffés du foie de l'hôpital de la Croix Rousse bénéficient de cet entretien. Cette consultation est réalisée par un pharmacien qualifié, qui collabore avec l'équipe de soin du service de chirurgie de transplantation de l'hôpital. En 2012, la consultation est reconnue par l'ARS dans le cadre d'un programme d'éducation thérapeutique (ETP) pluriprofessionnel et pluridisciplinaire. Les séances d'ETP doivent se réactualiser régulièrement avec les nouvelles données scientifiques.

Les connaissances constituent l'action de comprendre, de connaître, les propriétés et les caractéristiques spécifiques d'un domaine. Il y a deux difficultés principales à résoudre, l'appropriation des connaissances. Tout d'abord l'appropriation par l'éducateur, puis par la transmission aux patients qui en découle. Le discours doit être adapté au patient. Le patient doit se sentir concerné, être intéressé et attentif. Pour trouver comment améliorer la transmission de savoirs, une évaluation des connaissances actuelles des greffés hépatiques de l'hôpital de la Croix Rousse était nécessaire. Ainsi, nous pourrions déterminer les champs d'action à mener au sein de la consultation pharmaceutique du programme d'ETP pour l'améliorer. Les connaissances avaient déjà été évaluées en 2013, [2] mais les outils nécessitent une mise à jour. Ils ne respectent plus les méthodes de bonnes pratiques aujourd'hui en vigueur. L'objet de ce travail a donc consisté en l'élaboration d'un outil permettant d'évaluer les connaissances des patients qui ont

bénéficié de la consultation pharmaceutique. Il s'est réalisé en collaboration avec le pharmacien responsable de la consultation d'éducation thérapeutique et de la pharmacienne de l'Unité Transversale d'ETP aux Hospices Civils de Lyon.

## **Objectifs**

L'objectif de l'étude a été d'évaluer les connaissances des patients transplantés hépatiques sur les médicaments prescrits et ce qui entoure la médication de la greffe. Ces patients ont tous accepté de participer à la consultation pharmaceutique menée par le pharmacien à l'hôpital de la Croix Rousse.

Ce travail d'évaluation doit permettre dans un second temps d'évaluer l'efficacité de la consultation par l'identification de possibles insuffisances de la consultation et d'en proposer des pistes d'amélioration.

Cette action menée auprès des patients greffés doit leur permettre de progresser dans leur apprentissage. Elle doit les aider dans la réactualisation des connaissances de leur traitement, mais aussi dans la prise de conscience de leurs nouvelles responsabilités.

## **Chapitre 1 : Rappels sur la transplantation**

Les données bibliographiques qui vont suivre servent de base aux connaissances abordées lors de la consultation pharmaceutique de l'hôpital de la Croix Rousse. Elles ont alimenté l'élaboration du questionnaire d'évaluation qui fait l'objet de cette thèse.

### **1. La transplantation hépatique (TH)**

La transplantation hépatique consiste à remplacer le foie défaillant du receveur par celui d'un donneur « sain ». Le nombre estimé de porteurs d'un greffon fonctionnel est de 10798 selon les dernières données de l'agence de la Biomédecine. La survie des patients transplantés hépatiques est estimée à 85 % à un an, 73 % à 5 ans et 62 % à 10 ans. Alors que la mortalité précoce a considérablement été améliorée ces 10 dernières années, les courbes de survie restent pratiquement identiques après la 1<sup>re</sup> année. Ceci illustre que la survie à long terme des patients ne s'est pas améliorée (données 2015 de l'Agence de la Biomédecine).

### **2. Les principales indications**

En Europe, la première indication de la TH est la cirrhose (d'origine virale, alcoolique, biliaire, cholangite sclérosante primitive, hépatites auto-immunes, hémochromatose, maladie de Wilson) (58%) suivie par le Carcinome Hépatocellulaire (13%), les hépatites fulminantes virales ou toxiques (paracétamol, *Amanita phalloïdes*) (11%), puis la maladie métabolique qui est en expansion et devient prépondérante (NASH). En France, il s'agit également de la première indication de TH, c'est en 1988 que la maladie chronique du foie est reconnue comme une indication validée. [3].

### **3. La période post-greffe**

À l'issue de l'opération, les personnes sont hospitalisées en unité de soins intensifs pour une durée variable de quelques jours le plus souvent ; à plusieurs mois parfois, en cas de complication multiple. Une surveillance étroite est nécessaire pour assurer le bon fonctionnement du greffon et l'absence de complication.

Lorsque leur état le permet, les patients sont ensuite transférés dans un service d'hospitalisation "conventionnelle". Cette hospitalisation dure généralement 2 à 3 semaines, au cours de laquelle des bilans et examens médicaux sont réalisés quotidiennement, puis de manière espacée.

#### **3.1 Le retour au domicile et la 1<sup>re</sup> année**

Il se fait avec l'accord du médecin référent. Un suivi rapproché est nécessaire au cours du premier mois où un bilan est effectué une fois par semaine, en hôpital de jour. À chaque visite, un bilan sanguin est réalisé avec dosage des immunosuppresseurs : la prise de sang se fait à jeun, et avant la prise des médicaments. Le bilan peut être complété d'une échographie ou d'un scanner si nécessaire. L'objectif de ces consultations médicales, tout au long de la première année, est d'optimiser le traitement immunosuppresseur. Si l'état de santé du greffé est satisfaisant, les consultations sont ensuite espacées. Le chirurgien qui a opéré reçoit le patient en consultation 3 mois après la greffe, et s'assure de l'absence de complication chirurgicale.

#### **3.2 Le suivi à long terme**

Une biopsie hépatique est réalisée 3 mois après la transplantation. Cet examen est renouvelé l'année suivante, et 5 ans après la greffe. Cela permet de vérifier l'évolution de la qualité du greffon et de détecter un éventuel rejet chronique. Les biopsies sont ensuite espacées tous les 5 ans.

Les bilans réguliers et les rencontres avec le médecin référent peuvent continuer 3 à 4 fois par an. Ceci pour continuer de veiller à l'équilibre du traitement immunosuppresseur, et prévenir toute complication relative à la greffe ou à l'immunosuppression. [4]

#### **4. Les traitements post-greffe**

##### 4.1 Les antirejets

Le protocole standard d'immunosuppression de la plupart des centres de transplantation repose sur deux ou trois agents pour prévenir le rejet dans la période post-transplantation immédiate.

Cela implique habituellement une combinaison d'un glucocorticoïde tel que la prednisone, un immunosuppresseur tel que la cyclosporine ou le tacrolimus, et un troisième agent tel que le mycophénolate mofétil, l'azathioprine ou le sirolimus. Au long cours, l'immunosuppression repose sur un ou deux médicaments. [5]

##### 4.2 Effets indésirables

L'effet immunosuppresseur cumulatif des antirejets et des corticostéroïdes à dose élevée augmente la susceptibilité aux infections, y compris la candidose buccale, le *cytomégalovirus* (CMV), *Aspergillus*, *Pneumocystis jirovecii* et les pathogènes bactériens. D'autres effets secondaires sont possibles, ils comprennent l'hyperglycémie, l'hémorragie gastro-intestinale, l'hypertension et les changements d'humeur [5].

L'instauration du traitement immunosuppresseur impose la prophylaxie du CMV par Valganciclovir pendant trois à six mois, ainsi que trois à six mois de traitement par Sulfaméthoxazole-Trimetoprim pour la prophylaxie de *P. jirovecii*. Les inhibiteurs de la pompe à protons sont utilisés en prophylaxie et la glycémie est surveillée. [5]

## 5. Le rejet de greffe

### 5.1 Généralités

La prise du traitement antirejet doit se faire quotidiennement et continuellement. Seule l'interruption entraîne presque systématiquement et très rapidement le rejet du greffon.

L'incidence du rejet cellulaire aigu après la transplantation hépatique a diminué avec l'utilisation d'agents immunosuppresseurs puissants. Mais il affecte encore 15 à 25 pourcents des receveurs de transplantation hépatique [6, 7]. La plupart des épisodes se produisent dans un délai d'un mois après la transplantation, bien que le rejet cellulaire aigu puisse apparaître plus tard [8]. Une analyse rétrospective de 970 transplantations hépatiques a révélé une incidence de 11% de rejet tardif aigu (> 90 jours après la transplantation) qui était associée à des changements récents et à des niveaux inférieurs d'immunosuppression [9].

### 5.2 Causes

L'observance du traitement médicamenteux est primordiale après la TH. En cas d'arrêt de ces médicaments, un rejet peut survenir. La non-adhérence au traitement varie suivant les études de 3 à 47% et n'est pas systématiquement liée à une reprise de l'alcool dans le cas des cirrhoses alcooliques [10]. D'autres éléments tels que les traits de personnalité, la qualité de la relation médecin-malade, la complexité du traitement et la qualité de l'entourage familial influent également sur l'observance. [11]

### 5.3 Diagnostic

Le diagnostic de rejet cellulaire aigu est habituellement suspecté par des élévations de l'aminotransférase sérique et des taux de phosphatases alcalines, qui précèdent habituellement les symptômes cliniques d'ictère et de fièvre. Cependant, les paramètres biochimiques ne sont pas sensibles ou spécifiques pour la détection du rejet cellulaire aigu et ne sont pas en correspondance avec sa gravité [12]. Ainsi, le diagnostic doit être confirmé par biopsie hépatique avant d'instaurer le traitement pour le rejet [13].

### 5.4 Traitement

Une simple augmentation de la posologie du tacrolimus peut suffire à arrêter un rejet. [14]. Les bolus de corticostéroïdes à dose élevée sont habituellement une autre solution utilisée pour le rejet cellulaire aigu. Les doses de méthylprednisolone varient selon les centres, allant de 500 mg à 1000 mg de bolus administrés quotidiennement pendant un à trois jours. Environ 70 à 80 pour cent des épisodes de rejet cellulaire aigu se résolvent après ce court espace-temps sous corticostéroïdes à forte dose et un second traitement est efficace dans beaucoup des cas restants. [14]

## 6. Les principaux risques d'infections

Malgré les progrès de la transplantation hépatique, la morbidité et la mortalité liées aux complications infectieuses restent un des problèmes majeurs. Dans de nombreux centres, l'infection est la cause de décès la plus fréquente à la suite d'une transplantation hépatique. Les causes d'infections les plus courantes sont les bactéries (48%), les champignons (22%) et les virus (12%). [15]

### 6.1 Le cytomégalovirus (CMV)

Elle reste l'infection virale la plus importante chez les receveurs de greffe du foie. La présence du virus dans le sang doit être distinguée de la maladie du CMV, qui est une infection accompagnée de signes et de symptômes de CMV. Le ganciclovir et le valganciclovir sont les deux traitements de bases introduits dans les protocoles visant à prévenir la maladie du CMV chez les patients à risque. En conséquence, l'incidence de la maladie du CMV dans le contexte post-transplantation a diminué. [15]

Le choix du médicament et la durée de la prophylaxie varient selon les centres de transplantation, mais la plupart utilisent la prophylaxie antivirale du CMV pendant trois à six mois après la transplantation et pendant l'intensification de l'immunosuppression pour le rejet.

### 6.2 Pneumocystose

Chez les patients sans allergies aux sulfamides, le triméthoprim-sulfaméthoxazole est généralement administré pendant les 6 à 12 mois qui suivent la transplantation hépatique. [16] Principalement pour réduire le risque de pneumonie à *Pneumocystis jirovecii*, mais il contribue également à prévenir les infections à *Listeria monocytogenes*, *Nocardia astéroïdes*, *Toxoplasma gondii* et de nombreux pathogènes bactériens urinaires,

respiratoires et gastro-intestinaux courants [16-17]. Un comprimé à 400mg/80mg est pris tous les jours ou un comprimé à 800mg/160mg est pris trois fois par semaine.

## **7. Mesures hygiéno-diététiques**

### 7.1 Alimentation

Dans les suites immédiates de la transplantation, le patient doit suivre un régime alimentaire qui sera à adapter à chaque personne, en fonction de ses besoins et de son traitement immunosuppresseur. En effet, une prise de poids, ainsi qu'une hypertriglycémie et une hyperglycémie sont souvent retrouvées et notamment au cours de la première année. On admet que 20% des patients auront un index de masse corporelle supérieur à 30. Il est donc important que le patient suive un régime pauvre en sucres rapides et en graisses animales afin de limiter ce type d'effets secondaires. [18-19] Ces contraintes alimentaires justifient la prise en charge par un diététicien.

Le pamplemousse est strictement interdit. En effet, de par son effet inhibiteur enzymatique sur le cytochrome P450 3A4, il augmente les concentrations sanguines de certains immunosuppresseurs, comme la ciclosporine ou le tacrolimus. Il augmente conjointement le risque d'effets secondaires et notamment la néphrotoxicité. [18 ;19]

Le millepertuis, puissant inducteur enzymatique est lui aussi interdit. Sa consommation entraîne une diminution importante des concentrations sanguines du tacrolimus. De plus, la consommation d'alcool doit être nulle chez les patients transplantés pour cirrhose alcoolique, et encadrée chez les autres patients. Des règles usuelles de consommation doivent être proposées : deux verres d'alcool par jour maximum chez la femme et trois verres chez l'homme. [18 ;19]

## 7.2 Soleil

Les immunosuppresseurs majorent considérablement le risque d'un cancer épidermoïde. On donne au patient certains conseils pratiques comme l'utilisation d'une protection anti-UV avec un indice 50+, le port de vêtements longs et de chapeau. On informe le patient sur les situations à risque comme les réverbérations sur l'eau ou sur la neige, les expositions de manière prolongée, et les expositions aux heures critiques (entre 10 heures et 16 heures). [20]

## 7.3 Tabac

Il est nécessaire d'encourager le patient transplanté hépatique à arrêter toute consommation de tabac, notamment en raison du risque accru de cancer de la sphère ORL. En effet, un nombre non négligeable de tumeurs épidermoïdes des voies aérodigestives a été rapporté après transplantation pour cirrhose alcoolique chez les hommes et justifie donc l'arrêt de la consommation de tabac et un dépistage annuel (consultation ORL, fibroscopie œsogastrique) chez ces sujets à haut risque. Il est important de signaler que le tabagisme est fortement associé à des rejets sévères de la greffe et que la durée de l'association immunosuppression/tabac augmente le risque de cancer post-greffe (vessie, poumon). [20]

## 7.4 Activité physique

L'augmentation de l'activité physique est un moyen de prévenir les complications métaboliques après une transplantation hépatique. Dans une étude prospective, le manque d'exercice physique a été associé à une obésité abdominale chez les transplantés et mis en avant des risques de rejet plus important. [21]

Il n'existe aucune contre-indication à la pratique du sport chez un patient transplanté hépatique. L'activité physique est un élément important pour un bon rétablissement et un régime de vie équilibré. Elle est fortement conseillée, tout en étant adaptée. La marche est particulièrement recommandée au cours des premiers mois. Après les 3 premiers mois, les activités physiques plus intenses peuvent être reprises si aucun problème ne se manifeste au niveau de l'incision. [18-19]

## **Chapitre 2 : L'Éducation Thérapeutique**

### **1. Généralités**

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. Elle fait partie intégrante et de façon permanente de la prise en charge du patient. Elle comprend des activités organisées, y compris un soutien psychosocial, conçues pour rendre les patients conscients et informés de leur maladie, des soins, de l'organisation et des procédures hospitalières. Elle s'intéresse également aux comportements liés à la santé et à la maladie. Ceci a pour but de les aider (ainsi que leurs familles) à comprendre leur maladie et leur traitement, collaborer et assumer leurs responsabilités dans leur prise en charge médicamenteuse pour améliorer leur qualité de vie » [22].

La mise en œuvre de l'éducation thérapeutique s'effectue en quatre étapes :

- ✓ Élaboration d'un diagnostic éducatif : visant à identifier avec le patient ses besoins éducatifs à partir de ses connaissances actuelles et de la manière dont il gère sa maladie dans son quotidien.
- ✓ Négociations avec le patient des objectifs pédagogiques de son programme personnalisé et des priorités d'apprentissage.
- ✓ Planification et mise en œuvre des séances d'ETP individuelle ou collective ou en alternance.

- ✓ Evaluation des compétences acquises par le patient lors d'un bilan final permettant d'envisager la sortie du programme ou la nécessité d'un suivi ou renforcement éducatif.

Dans le **modèle biomédical**, l'éducation est liée au traitement. Le principe est de rechercher l'adhésion du sujet par la transmission de savoir. Le contrôle du message délivré prend toute son importance, tout comme la manière dont on le délivre.

Or l'éducation ne doit pas être pensée comme conditionnement d'un sujet rationnel. Le sujet n'est jamais vierge de savoir. Les recherches en sciences de l'éducation ont montré que c'est à partir des savoirs expérientiels du patient que l'on peut aider le sujet à développer un nouveau savoir de santé [23].

Dans le **modèle global existentiel**, le but est de développer l'initiative personnelle qui va aider le sujet à s'adapter aux différentes étapes de la vie. Ce modèle doit lui permettre d'adopter un comportement lui permettant de subsister dans son environnement. Il doit agir sur l'environnement pour le rendre plus favorable et participer de façon responsable au développement de la communauté dans laquelle il vit. C'est une aide individuelle ou en groupe afin d'améliorer le niveau de santé physique, psychologique et social, par l'action propre et les efforts de chacun et de tous. (Barrios et Benoît). [24]

## 2. La Méthode Calgary-Cambridge

Créée par Suzanne Kurtz et Jonathan Silverman en 1996, cette méthode est devenue une référence en matière de communication pour les professionnels de la santé. [25]

C'est un moyen de formation à l'habileté communicationnelle dans le domaine de la santé. Cette méthode a été conçue pour l'apprentissage, l'évaluation et la recherche en communication médicale. Elle fournit un guide d'aide, qui apporte les lignes directrices et les compétences pédagogiques nécessaires pour un entretien. La communication professionnelle en santé est essentielle et repose sur une série de compétences acquises ou à acquérir.

Trois catégories d'habiletés sont à acquérir :

- De contenu (les connaissances), pour la transmission du savoir.
- De processus (les compétences), pour la bonne utilisation des médicaments.
- De perception, le professionnel de santé doit s'adapter à son interlocuteur

L'objectif principal est de promouvoir la collaboration et le partenariat entre le professionnel de la santé et le patient, d'améliorer l'efficacité de l'intervention et la qualité du soin pour augmenter la satisfaction du patient. [26]

La méthode Calgary Cambridge est utilisée lors de la consultation d'éducation thérapeutique de pharmacie destinée aux patients greffés à l'hôpital de la Croix Rousse.

### 3. Les connaissances en éducation thérapeutique

#### 3.1 Qu'entend-on par « connaissance » ?

La connaissance est le fait ou la manière de connaître. Les connaissances peuvent se décliner en différents types pour devenir plus spécifiques. Les connaissances procédurales sont les connaissances sur le « comment faire quelque chose ». Elles peuvent concerner des actions simples et répétitives tout comme des actions complexes qui doivent être adaptées à chaque situation. Les connaissances déclaratives correspondent essentiellement à des connaissances théoriques, aux connaissances qui, à une certaine période, furent reconnues comme des savoirs. Les connaissances déclaratives et procédurales nécessitent d'être acquises afin de rendre le patient compétent c'est-à-dire capable d'utiliser ces deux types de connaissances dans un contexte donné pour agir de manière efficiente. [27]

Bien connaître son traitement constitue un pilier de l'adhésion aux thérapeutiques médicamenteuses. On peut citer comme exemples de connaissances procédurales l'administration des médicaments, l'anticipation des situations problèmes, la connaissance des recours et des personnes relais, savoir demander de l'aide et des informations aux personnes proches et aux soignants, savoir être critique sur l'information médiatique. Les connaissances déclaratives seront par exemple les effets bénéfiques et indésirables, les délais d'apparition, le mécanisme d'action, les modalités de conservation, [28].

### 3.2 L'influence de l'éducation thérapeutique sur les connaissances

En 2003, une étude a évalué l'impact de la consultation pharmaceutique sur les connaissances de 29 patients transplantés du foie (identification, le rôle et la dose des médicaments prescrits). La durée moyenne de la consultation était de 54 minutes. Avant la consultation, les patients avaient un score de connaissances de 53,7%. Après la consultation le score était de 75% et sept patients avaient un score de 100%. La thérapie antirejet était comprise par 93% des patients. Cependant, les médicaments associés étaient mal connus : on dénombre moins de 15% des patients qui connaissaient initialement le but de l'agent antimicrobien, alors qu'ils étaient 50-60% après la consultation à connaître l'indication. [29]

### 3.3 Les connaissances et le comportement du patient

Les connaissances ont un impact sur les façons d'agir des patients, elles constituent la base scientifique sur lesquels les personnes vont s'appuyer pour agir au quotidien. Elles vont pouvoir influencer l'adhérence du patient au traitement. Une étude a tenté de mesurer l'impact d'un programme éducatif (vidéo et question-réponse) sur le comportement des greffés. Il y a eu tout d'abord une augmentation significative de la connaissance pour le groupe ayant visionné la vidéo par rapport au groupe témoin. Mais aussi les patients semblaient appliquer ces connaissances en participant à une modification de leur manière de vivre au quotidien et à un comportement positif dans la protection contre le soleil par exemple. [30]

### 3.4 L'évaluation pédagogique du patient

On peut définir l'évaluation comme un moyen d'attribution de « valeurs, de classification et de comparaison » entre différents éléments d'un système. En éducation thérapeutique, comme dans tout autre domaine, cela consiste à collecter des informations pertinentes, fiables et valides afin de les analyser et de les comparer à des références ou normes (Jacquemet 2004). [31] Ces normes peuvent être « objectives ou subjectives, internes ou externes à l'éducation thérapeutique en vue de prendre des décisions d'ordre thérapeutique, éducationnel, organisationnel, stratégique ou politique » (D'Ivernois et Gagnayre 2007). [32]

L'évaluation fait partie du programme thérapeutique. Sa visée est « thérapeutique et pédagogique dans la mesure où le patient participe à l'analyse des résultats et aux décisions thérapeutiques et éducatives. Elle ne doit toutefois pas être perçue comme une « sanction médicale, éducative, institutionnelle ou sociale, mais comme un moyen d'amélioration des critères étudiée ». [32]

### 3.5 Pourquoi évaluer les connaissances médicamenteuses du patient ?

L'évaluation pédagogique du patient doit d'abord servir au patient lui-même. C'est ce que nous avons essayé de mettre en avant lors du questionnaire pour le convaincre de participer. Pour le patient l'autoévaluation, va lui permettre de comprendre ses erreurs, de les corriger, de progresser dans son apprentissage.

Ensuite, l'évaluation doit permettre au professionnel de santé d'analyser quelles connaissances sont acquises par les patients et lesquelles ne le sont pas. À partir de cette analyse il doit réajuster ses techniques, outils et objectifs pédagogiques, il doit prévoir de nouvelles séances avec le patient si nécessaire.

Enfin, certains éléments de l'évaluation pédagogique du patient peuvent être utilisés pour évaluer le programme. L'évaluation d'un programme d'éducation thérapeutique doit être réalisée régulièrement. Elle doit permettre de « démontrer l'impact d'un programme éducatif dans l'acquisition de meilleures pratiques, et l'efficacité de celui-ci vis-à-vis de l'extérieur, famille, travail ». [33]

## **Chapitre 3 : L'ETP des patients transplantés hépatiques à l'hôpital de la Croix Rouse**

La prise en charge des patients transplantés est pluridisciplinaire. Les médecins, les infirmiers, les pharmaciens, les diététiciens, l'assistant médical participent ensemble à l'éducation thérapeutique du patient.

### **1. La Consultation pré-greffe**

Une rencontre avec l'équipe de coordination et notamment avec le médecin référent se fait avant l'opération. Le chirurgien va expliquer le déroulement de l'intervention, répondre aux questions du patient, aborder le parcours de soin. L'entretien permet également au médecin de recueillir des informations sur l'état de santé, sur les motivations personnelles et d'évaluer les bénéfices et les risques pour chaque candidat. [34]

### **2. La Consultation pharmaceutique d'éducation thérapeutique**

Avant la mise en place de la consultation qui a eu lieu en 1999, les informations concernant les traitements étaient transmises parmi beaucoup d'autres. Le patient préoccupé par les risques de l'intervention ne les retenait pas. Dans ce contexte, les professionnels de santé en charge des transplantés de l'hôpital de la Croix Rouse ont décidé que ces informations devaient être transmises de manière plus structurée. C'est ainsi qu'a été créé la consultation pharmaceutique qui en 2012 a officiellement intégré le programme d'éducation thérapeutique. [35]

Elle est proposée aux patients transplantés hépatiques et est l'une des composantes de leur éducation thérapeutique. La structuration de cette consultation a été défini à partir des résultats de recherches conduites dans le domaine de la communication en santé.

Ces travaux incitent à préciser au patient les objectifs de cette consultation, son déroulement, à solliciter son accord et à requérir sa participation dans l'élaboration du plan de traitement. L'étude et la prise en compte des représentations du patient relatives à la transplantation, au traitement et au rejet de son greffon sont indispensables à l'élaboration d'un plan de communication efficace. Lors de la consultation d'éducation thérapeutique, le diagnostic du rejet sera abordé par l'intermédiaire du dosage du tacrolimus sanguin. Peu de détails seront abordés devant la complexité du sujet. On rassure le patient sur le fait que le rejet peut être arrêté s'il est pris en charge à temps. La mise en œuvre de cette consultation suppose une formation initiale ou continue du pharmacien qui intègre des connaissances en psychologie, sciences cognitives et communication en santé. [35]

La consultation pharmaceutique dure en moyenne de 1h à 1h30. Pour certains patients, cette durée est partagée entre deux séances. Créée en 1999 à partir d'une réorganisation interne de l'emploi du temps du pharmacien qui réalise ces consultations, cette dernière n'a pas bénéficié de moyens supplémentaires lors de l'autorisation du programme dans lequel elle s'est inscrite de manière officielle. Et ce malgré une augmentation constante de leurs nombres des années 90 jusqu'à aujourd'hui. Le pharmacien qui est en charge de cette activité ne peut réaliser qu'une consultation par patient, ce qui représente environ 80 x 2 heures, soit 160 heures de temps de travail. Les 2 heures se partagent en 1h30 de consultations en moyenne, à laquelle il faut ajouter environ 30 minutes de préparation de cette consultation qui passe par la lecture du dossier du patient et discussion avec les médecins et infirmières qui le prennent en charge. Un cahier est tenu pour assurer la traçabilité et noter les remarques et interrogations des patients. [35]

### 3. L'Observance

#### 3.1 L'adhésion au traitement

L'observance (ou compliance ou adhérence) est la concordance entre le comportement du patient et les recommandations du soignant concernant sa prise en charge (traitement médicamenteux, conseils hygiéno-diététiques, planification des consultations, des analyses biologiques et des examens complémentaires). Le terme compliance est parfois critiqué, car il sous-entend une passivité de la part du patient. Le terme adhérence est souvent préféré, car au contraire, il sous-entend la participation active du patient. [36]

Au sein de l'hôpital de la Croix Rousse, les patients sont suivis régulièrement en hôpital de jour. Les infirmiers peuvent juger de la bonne adhérence au traitement ou non. Ils redonnent des informations quand c'est nécessaire.

#### 3.2 Non-observance

Le travail de cette thèse est parti d'une constatation simple faite lors d'une étude : 37,9% des patients transplantés n'adhéraient pas correctement à leur traitement immunosuppresseur et 38,8% n'adoptaient pas un comportement de vie adapté. L'adhérence au traitement chez les patients transplantés est primordiale dans la réussite de la greffe. [35]

La non-observance médicamenteuse peut être définie comme un écart suffisant du traitement médical prescrit pour influencer négativement les effets attendus du traitement. [37]

Au quotidien, elle peut être mise en évidence de différentes manières :

- Ne pas prendre le médicament ou le bon médicament
- Ne pas prendre la bonne dose de médicament, par défaut ou par excès
- Ne pas respecter les modalités de prise (au repas ou à jeun...)

#### **4. Caractéristiques des patients**

Le professionnel de santé doit faire face à des patients très différents. Son discours doit s'adapter en conséquence pour que les informations soient compréhensibles.

##### 4.1 Le domaine psychoaffectif

Les croyances et représentations du patient constituent les meilleurs points de départ pour l'éducation thérapeutique. Une évaluation sociale, psychologique et d'addictologie reste la meilleure base possible pour s'assurer de l'adhésion du patient au projet de greffe et aux soins futurs et pour comprendre comment lui fournir les informations [38].

##### 4.2 Âge, sexe

L'âge de 65 ans est généralement considéré comme la limite, mais des TH sont effectuées avec succès chez des patients jusqu'à 70 ans. La discussion doit se faire en fonction de l'état général, et de l'espérance de vie du patient. Une majorité des patients ont plus de 55 ans mais il faut être préparé à rencontrer des patients jeunes également. [34]

### 4.3 Niveau de littératie

La littératie en santé correspond aux « caractéristiques personnelles et aux ressources sociales nécessaires aux individus et aux communautés afin d'accéder, comprendre, évaluer et utiliser l'information et les services pour prendre des décisions en santé » (OMS, 2015). En cas de maladie chronique, un faible niveau de littératie est associé à une moins bonne connaissance de la maladie et à une moindre maîtrise des compétences permettant son autogestion et le suivi des traitements. Un faible niveau de littératie constitue un obstacle majeur à l'apprentissage du patient. L'analyse des données chez ces patients sera plus difficile. Le niveau d'alphabétisation médicale du patient a un impact sur ses capacités de compréhension de la maladie sur des stratégies de traitement et sur ses croyances. [39]

## 5. La place de l'ETP chez les greffés et la place du pharmacien

Dans certaines circonstances (hépatite fulminante), la transplantation est réalisée en urgence. Le patient n'est pas préparé. Les séances d'éducation thérapeutique permettent d'apporter les informations et le soutien nécessaire à ces patients.

Le programme d'éducation thérapeutique pour les patients transplantés hépatiques doit proposer un suivi éducatif individualisé. Une intervention de type comportementale et un soutien psychologique pourront être complémentaire dans le cadre des patients transplantés. Le programme doit fournir une aide dans la gestion du stress et dans l'acceptation de la chronicité de l'immunodépression. [11]

L'implication d'un pharmacien dans le suivi du patient transplanté est pertinente. Les patients greffés remplissent les critères prédominants de risque non-observance, comme notamment le nombre important de nouveaux médicaments après la greffe, la complexité du plan de prise [11]. Le pharmacien d'officine revoit ces patients tous les mois quand ils viennent renouveler leur traitement c'est à lui d'assurer le suivi thérapeutique.

## **6. Le programme d'ETP autorisé par l'ARS**

La consultation pharmaceutique des greffés hépatiques de l'hôpital de la Croix Rouse a intégré en 2012, un programme d'éducation thérapeutique qui regroupe plusieurs types de séances autour des hépatopathies. Ce programme, a fusionné en 2015, lors de son renouvellement avec le programme d'ETP relatif aux hépatopathies. Pour pérenniser la place de la consultation dans ce programme, une évaluation régulière est nécessaire.

## **7. Saisie informatique des données pour l'ARS**

Pour garantir la pérennité de ce travail, la saisie informatique va permettre à l'hôpital d'être financé sur les travaux d'éducation thérapeutique effectués dans son enceinte. Nous avons donc rencontré l'infirmière, avec qui nous avons saisi les dates et nombre de consultations effectuées pour chaque patient dans le logiciel informatique. Ces données sont ensuite envoyées à l'ARS.

## **Chapitre 1 : Matériels et méthodes nécessaires à l'étude**

### **1. Déroulement de l'étude**

Pendant 6 mois, nous avons suivi les patients transplantés en hôpital de jour lors de leur consultation en post-greffe, où nous leur avons fait remplir un questionnaire de connaissance avec degré de certitude. Le temps passé auprès des patients a permis de collecter des informations. Nous avons pu les écouter, leur parler et ainsi collecter leurs remarques et leurs expériences personnelles. Toutes ces données ont été ensuite rassemblées et analysées pour tenter de comprendre ce qu'ils avaient retenu ou non après la consultation.

Il était intéressant de revoir les patients après leur retour à domicile. C'est chez lui que le patient va mettre en pratique ce qu'il a appris de tous les entretiens qu'il a eu avec les divers professionnels de santé. C'est à ce moment-là que ses habitudes bonnes ou mauvaises vont se mettre en place.

Enfin, nous poursuivions l'évaluation avec une séance d'éducation thérapeutique que l'on peut nommer : « reprise éducative ». Il s'agissait de revoir de façon constructive les connaissances qui n'étaient pas acquises. Cette nouvelle séance avait pour but d'apporter des réponses aux questions ou à des connaissances manquantes. L'évaluation constitue la suite du programme d'éducation thérapeutique entamé lors de la première consultation.

## 2. L'outil d'évaluation pédagogique

### 2.1 Méthode de travail

L'objectif était de réaliser un outil permettant de recueillir les connaissances des patients transplantés hépatiques. Les connaissances évaluées portent sur les médicaments, leurs modalités d'emploi et les règles hygiéno-diététiques de base autour de la greffe. Toutes les informations leurs sont apportées lors de la consultation pharmaceutique ou sont dans les documents remis lors de la consultation. L'outil choisi pour récolter ces informations est un questionnaire de connaissances vrai/faux avec degrés de certitude du patient.

#### a) Le format dichotomique

C'est le format le plus simple. Le choix s'effectue entre « d'accord » ou « pas d'accord », « vrai » ou « faux ». Le questionnaire Vrai ou Faux (ou progress test) a été développé dans le cadre de l'enseignement par la méthode du « *problem-based-learning* » chez les étudiants en médecine. Il peut être utilisé pour évaluer les connaissances, les démarches intellectuelles et pratiques des séances éducatives. Les résultats de ces tests permettent de suivre la progression du patient [40].

Cette technique d'évaluation est relativement plus facile à construire que les QCM. C'est la raison pour laquelle, elle est actuellement favorisée dans les programmes d'éducation de patients. Parmi les affirmations fausses, il est intéressant de proposer des erreurs courantes commises par les patients. Il a également été choisi pour sa simplicité de mise en place, sa rapidité d'exécution et d'évaluation et sa simplicité d'analyse [41].

## b) Le degré de certitude

Le concept de connaissance partielle a été introduit par De Finetti en 1965, il tient compte à la fois du nombre de connaissances correctes et du degré de certitude. Selon De Finetti les apprentissages permettent de passer d'un état de connaissance partielle à un autre état de connaissance, pas forcément parfait. Partant de cette analyse « la probabilité subjective peut donner une signification objective à toute méthode de mesure de scoring ». C'est pourquoi la mesure du degré de certitude dans une méthode de scoring est indispensable pour jauger la crédibilité et le réalisme de la connaissance. [42]

Dans le but de répondre à ces critères et pour éviter les biais nous avons décidé de mettre en place une échelle verbale à quatre niveaux.

## c) L'évaluation par le score

Une fois qu'une personne a répondu à l'ensemble du test, il est possible de calculer un score. Il est obtenu en additionnant les points obtenus à chacun des items. Ce score total donne une indication sur la capacité de la personne : plus il est élevé, plus les connaissances sont élevées. Dans notre étude le score sera très souvent ramené en pourcentage de bonnes réponses.

## 2.2 Méthode de réalisation

### a) Règles de rédaction du questionnaire

Nous avons élaboré le questionnaire en plusieurs étapes avec la participation du pharmacien praticien et du pharmacien responsable de l'éducation thérapeutique aux HCL. Entre chacune de ces étapes, un test auprès des patients a été effectué. Ces phases de test ont permis d'ajuster la tournure et le nombre de propositions vrai/faux. Ceci afin de vérifier son acceptabilité et sa compréhension. Cette démarche qualitative a permis d'aboutir à une version définitive du questionnaire qui regroupe toutes les caractéristiques requises et qui répond aux bonnes pratiques.

Pour son élaboration, nous nous sommes appuyés sur les critères suivants :

- Proportion équilibrée de réponses justes et de réponses fausses
- Simplification des termes scientifiques qui pouvaient poser problème ou les expliciter.
- Les propositions ne devaient porter que sur un seul élément de réponse.

(Par exemple, sur la proposition concernant l'alimentation chez les greffés, il a fallu scinder la question de la viande crue et du poisson cru. Il s'agissait d'avoir la certitude que les patients avaient bien assimilé la connaissance pour chaque aliment)

- Les propositions doivent comporter des affirmations, éviter les jamais/toujours
- Les propositions ne doivent pas comporter de négation

## b) Les degrés de certitudes

Nous avons décidé d'offrir quatre choix au patient : « très sûr », « assez sûr », « peu sûr » et « pas sûr du tout ». Nous souhaitons inciter la personne à trancher dans son avis. Et pour simplifier l'analyse, nous avons considéré les deux premières propositions comme un patient ayant répondu avec « haut degré de certitude ». Alors que si le patient a utilisé l'un des deux derniers degrés nous avons considéré sa réponse comme « faible degré de certitude ». [43]

Nous voulions réaliser un questionnaire dont l'analyse serait la plus simple possible. Nous n'avons pas utilisé le système de pourcentage comme dans la plupart des références de la littérature. Pour le patient, cela lui permet d'analyser plus simplement son niveau de certitude. En résumé, nous voulions pouvoir conclure facilement si le patient était « sûr » ou non de sa réponse. [44]

La notion de confiance à attribuer à la connaissance est primordiale. Le doute dans l'apprentissage est très important, il permet à celui qui apprend de s'interroger. Un patient qui doute c'est un patient qui s'implique et veut faire progresser ses connaissances. Un patient qui s'implique c'est un patient qui adhère à son traitement. Mais lorsque qu'un patient doute de ses connaissances, il peut aussi potentiellement se retrouver dans des situations dont il n'aura pas les solutions. Selon Mark Twain « ce n'est pas ce que nous ignorons qui nous nuit, c'est ce dont nous sommes sûr mais qui est faux ». Lorsque le patient est sûr de ses connaissances il va pouvoir les exploiter sereinement au quotidien. [45]

### c) Les ajustements apportés au cours de la phase de test

Au total, 10 jours de test auront été nécessaires, et 2 ébauches de questionnaire auront permis d'arriver à la version finale :

- Le premier questionnaire comportait 16 questions et a été effectué auprès de 6 patients.
- Le second, auquel l'énoncé sur la prise des antirejets a été ajouté, a compté 3 participants.
- Les énoncés à propos, du vomissement, du paracétamol, et du pamplemousse ont été rajoutés dans un troisième temps pour aboutir au questionnaire final.

Remarque : les mots énoncés, propositions, affirmations et questions utilisés dans cette étude font tous référence aux phrases soumises aux patients dans le questionnaire.

Concernant le degré de certitude, la principale modification a été la suppression de la mention « ne sait pas ». Elle était présente dans les premiers questionnaires tests, mais les patients s'en servaient quand ils ne savaient pas quoi répondre et oubliaient de cocher les cases Vrai ou faux.

### d) Les modalités d'analyses

La notion de réalisme correspond à la concordance entre le degré de certitude et la qualité de la réponse. Il faut bien comprendre que analyser selon le niveau taxonomique de Bloom qui propose une classification des niveaux d'acquisitions des connaissances, il faut peu d'ambiguïté possible dans les réponses à apporter. [46]

Le questionnaire constitue un excellent outil d'évaluation de connaissances théoriques sur leur traitement. Le degré de certitude va indiquer la possible utilisation de cette connaissance dans le quotidien du patient. Son principal inconvénient réside dans la subjectivité du procédé, dont la fiabilité dépend effectivement de la sincérité des personnes interrogées. À chaque étape de la mise en place de cette évaluation, nous avons pris soin d'appliquer les moyens adéquats pour minimiser ce biais. Nous nous sommes attachés à questionner oralement le patient quand nous avons un doute sur sa réponse. [47]

En résumé, il y aura quatre possibilités de réponses :

- Les réponses Justes avec haut degré de certitude
- Les réponses Justes avec faible degré de certitude
- Les réponses Fausses avec haut degré de certitude
- Les réponses Fausses avec faible degré de certitude

Au regard des réponses possibles nous pourrions estimer que :

- Les réponses correctes avec haut degré de certitude seront utilisées dans le quotidien du patient.
- Les réponses fausses avec haut degré de certitude pourront mettre le patient en danger, et nécessiteront une reprise éducative.
- Les réponses justes ou fausses avec faible degré de certitude, nécessiteront une reprise éducative.

### 2.3 Présentation du questionnaire finalisé : voir Annexe 1 (ci-après)

Le questionnaire se compose :

- D'une partie à remplir par l'étudiant en pharmacie ou le pharmacien, avec les mentions (nom du patient, date du questionnaire, date de la greffe, date de la consultation)
- Une question préalable sur le MEDROL®
- Des propositions
- Des réponses « VRAI » ou « FAUX » à cocher par le patient
- Du degré de certitude « Très sûr », « Assez sûr », « Peu sûr », « Pas sûr du tout » à choisir par le patient

Nous avons choisi de ne pas poser de question sur le Rovalcyte (valganciclovir), car ce médicament n'est pas systématique. En effet, dans le cas où ni le patient ni le greffon du donneur ne sont porteurs du Cytomégalovirus, le patient ne sera pas traité par le Rovalcyte. La diversité des traitements des patients a été un frein à l'élaboration du questionnaire. Pour limiter le déséquilibre dans le nombre de questions à répondre, il fallait un questionnaire accessible à la majorité des greffés. Et donc certains traitements n'ont pas pu être abordés.

Nom du patient : ..... Date du questionnaire : ..... Date de la greffe : ..... Date de la consultation : .....

**Questionnaire de connaissances chez les patients greffés hépatiques.**

Question préalable : votre traitement comporte-t-il actuellement du Médrol ?  oui  non  ne sait pas (si oui répondre à la dernière question)

<b>Affirmations</b>	<b>VRAI</b>	<b>FAUX</b>	<b>Très sûr</b>	<b>Assez sûr</b>	<b>Peu sûr</b>	<b>Pas sûr du tout</b>
① La greffe Hépatique est le remplacement d'un foie malade par un nouveau foie						
② Le rejet de greffe est la destruction du foie greffé par le système immunitaire (= système de défense du corps)						
③ Le rejet est un phénomène que l'on ne peut pas arrêter						
④ L'Advagraf® (Prograf®, Adoport®), est un Anti-rejet						
⑤ Le Cellcept® est un Anti-rejet						
⑥ Le nom chimique de l'Advagraf® (ou Adoport® ou Prograf®) est le Tacrolimus						
⑦ On mesure la quantité de Tacrolimus dans le sang pour vérifier l'efficacité du traitement						
⑧ La prise de Cellcept® se fait le matin et le soir						
⑨ L'Advagraf® (Prograf®, Adoport®) doit être pris en mangeant						
⑩ Les antirejets augmentent les défenses immunitaires						
⑪ Les antirejets sont généralement des traitements à vie						

<b>Affirmations</b>	<b>VRAI</b>	<b>FAUX</b>	<b>Très sûr</b>	<b>Assez sûr</b>	<b>Peu sûr</b>	<b>Pas sûr du tout</b>
⑫ La prise des antirejets se fait un jour sur deux						
⑬ Le Bactrim FORTE® peut entraîner une réaction grave au niveau de la peau						
⑭ Le Bactrim FORTE® protège les poumons d'un microbe présent partout dans l'air						
⑮ Un patient greffé doit se protéger du soleil						
⑯ La consommation de poisson cru est autorisée chez un patient greffé						
⑰ La consommation de viande crue est autorisée chez un patient greffé						
⑱ Le pamplemousse modifie l'action des Anti-rejets						
⑲ En cas de douleurs, la prise de Paracétamol est recommandée en 1 <sup>re</sup> intention						
⑳ Il faut reprendre le traitement en cas de vomissements 3h après une 1 <sup>re</sup> prise						
<b>(Facultatif)</b> Le Médrol® peut être pris à n'importe quel moment de la journée						

## 2.4 Le choix des propositions

**Affirmation n°1 :** *La greffe est le remplacement du foie malade par un nouveau foie.*

Cette affirmation permet de savoir si les greffés ont compris l'acte chirurgical dont ils ont bénéficié. En effet, nous nous sommes aperçus que pour certaines situations les personnes ne savaient pas l'intervention qu'elles avaient subie ou qu'elles ne l'avaient pas comprise. La greffe s'opérant parfois dans des contextes d'urgence, les patients n'ont pas toujours été mis au courant de ce qu'ils ont subi.

**Affirmation n°2 :** *Le rejet est la destruction du foie par le système immunitaire (=système de défense du corps).*

La question du rejet est primordiale pour les patients greffés. Le rejet est un sujet d'inquiétude. Il était important de recueillir des données sur ce sujet technique.

**Affirmation n°3 :** *Le rejet est un phénomène que l'on ne peut pas arrêter.*

Pour lever l'inquiétude à propos du rejet, cette affirmation permet de rappeler que le rejet va pouvoir être pris en charge et que la survenue du rejet ne veut pas dire qu'il y aura systématiquement une nouvelle transplantation. Il était important ici de comprendre dans quel état d'esprit le patient se situe vis-à-vis du rejet pour pouvoir le rassurer.

**Affirmation n°4 :** *L'ADVAGRAF® (PROGRAF®, ADOPORT®) est un antirejet.*

Huit questions sur vingt et une portent sur les antirejets dans le questionnaire.

Dans la consultation, les antirejets occupent une grande partie du temps. Il est primordial que les patients connaissent ces traitements, comprennent leurs utilités et leurs mécanismes pour ensuite mieux interpréter les réactions de leur corps.

**Affirmation n°5 :** *Le Cellcept® est un antirejet.*

Il fallait être certain que les patients aient bien compris pour chaque médicament lequel était un antirejet et lequel n'en était pas un. Il est important que le patient fasse la distinction entre chaque médicament.

**Affirmation n°6 :** *Le nom chimique de L'ADVAGRAF® (PROGRAF®, ADOPORT®) est le tacrolimus.*

L'importance de connaître le nom de molécule se fait en corrélation avec les voyages et le dosage sanguin. On explique au patient que ce nom de molécule va lui servir à l'étranger s'il a besoin de ses médicaments. Il est important que les patients connaissent ces noms de médicaments et de molécule même s'ils sont complexes. Ils doivent l'intégrer dans leur vocabulaire, car tout au long de leur prise en charge ils vont l'entendre très régulièrement. Pour rappel, l'abréviation DCi signifie dénomination commune internationale.

**Affirmation n°7 :** *On mesure la quantité de Tacrolimus dans le sang pour vérifier l'efficacité du traitement.*

Le patient doit pouvoir faire la relation entre le médicament qu'il prend et les prises de sang qu'il vient faire régulièrement à l'hôpital. Pour aller plus loin, il doit pouvoir comprendre la notion de médicaments à marge thérapeutique étroite et de ce fait l'importance du dosage et de la prise quotidienne de son médicament.

**Affirmation n°8 :** *La prise de Cellcept® se fait le matin et le soir.*

La prise du Mycophénolate mofétil doit se faire de façon biquotidienne. Le patient doit faire la distinction avec le tacrolimus qui se prend une fois par jour et le Cellcept. Il ne doit pas y avoir de doute entre les deux antirejets.

**Affirmation n°9 :** *L'ADVAGRAF® (PROGRAF®, ADOPORT®) doit être pris en mangeant*

La prise de l'Advagraf est particulière puisqu'elle doit se faire à jeun pour maximiser son absorption. On recommande au patient de le prendre soit 1h avant le petit-déjeuner, soit 2h après le petit-déjeuner.

**Affirmation n°10 :** *Les antirejets augmentent les défenses immunitaires*

Pour que le patient soit observant vis-à-vis de son traitement, il doit être en mesure d'avoir une idée du mécanisme d'action des immunosuppresseurs. Ce mécanisme d'action est complexe à définir sans entrer dans les détails. Il était aussi difficile de trouver une proposition simple et courte pour pouvoir évaluer le niveau de connaissance des patients sur le sujet.

**Affirmation n°11 :** *Les antirejets sont généralement des traitements à vie.*

Toutes les informations qui sont fournies aux patients sont susceptibles d'influencer son comportement et vont permettre de justifier que ce traitement est à vie. Le patient doit prendre conscience qu'il est responsable de la prise de ses médicaments et que cette prise va influencer la réussite de sa greffe. Il doit réaliser l'importance d'une prise sur le long terme pour diminuer les risques de rejets.

**Affirmation n°12 :** *La prise des antirejets se fait un jour sur deux.*

Tous les antirejets doivent être pris de façon régulière et continue.

**Affirmation n°13 :** *Le Bactrim FORTE® peut entraîner une réaction grave au niveau de la peau.*

Dans le questionnaire, nous avons décidé qu'il fallait aborder la question des médicaments associés aux immunosuppresseurs.

Cette affirmation fait référence au risque de syndrome de Steven Johnson ou Syndrome de Lyell lié à la prise de Bactrim FORTE. En effet, bien que sa survenue soit très rare, le patient a un rôle à jouer s'il aperçoit des éruptions cutanées (bulles) à la surface de sa peau. On explique au patient qu'il doit arrêter la prise du médicament et prévenir immédiatement son médecin généraliste ou l'hôpital de la Croix Rousse.

**Affirmation n°14 :** *Le Bactrim FORTE® protège les poumons d'un microbe présent partout dans l'air.*

Cette proposition permet d'aborder le rôle des anti-infectieux chez un patient greffé.

Les affirmations 15 à 18 sont relatives aux règles hygiéno-diététiques. Nous avons estimé qu'il était important de mettre en évidence une bonne hygiène de vie. Le patient doit comprendre que son alimentation doit être adaptée pour maximiser la réussite de sa greffe. Il doit comprendre l'importance de s'hydrater de façon suffisante (2 à 3L d'eau par jour). Il a été constaté que cette dernière information était mieux assimilée donc non présente dans le questionnaire. La viande et le poisson cru ne sont pas autorisés, car ils peuvent être source de contamination infectieuse.

**Affirmation n°15 :** *Un patient greffé doit se protéger du soleil.*

**Affirmation n°16 :** *La consommation de poisson cru est autorisée chez un patient greffé*

**Affirmation n°17 :** *La consommation de viande crue est autorisée chez un patient greffé*

**Affirmation n°18 :** *Le pamplemousse modifie l'action des antirejets*

**Affirmation n°19 :** *En cas de douleurs la prise de paracétamol est recommandée en 1<sup>re</sup> intention*

L'antidouleur de choix chez les greffés hépatique est le paracétamol et ce malgré l'hépatotoxicité qu'il présente en cas de surdosage. Le nouveau foie des patients est tout à fait capable de supporter les doses autorisées de paracétamol. Concernant la prise des anti-inflammatoires, leur prise est à proscrire en raison de l'augmentation du risque néphrotoxique en association avec le tacrolimus.

**Affirmation n°20 :** *Il faut reprendre le traitement en cas de vomissements 3h après une première prise*

Le but était de voir si le patient comprenait la notion et le temps d'absorption du médicament.

Il était aussi question de savoir comment il se comporterait en cas de vomissement.

**Affirmation n°21 (selon le traitement en cours) :** *Le MEDROL® peut être pris à n'importe quel moment de la journée*

Le Médrol, bien que non présent chez tous les greffés, fait partie des immunosuppresseurs.

En effet, ce médicament est généralement pris pendant quelques semaines à quelques mois. Certains patients ont été vus plus de 6 mois après leur greffe et il n'avait plus de Médrol. Pour d'autres, il ne faisait pas partie de leur protocole de traitement post-greffe.

Pour la simplicité de lecture, nous avons décidé de créer une question facultative. Il a été jugé nécessaire d'avoir des données pour les patients qui le prenaient.

### **3. Grille de correction**

Une grille de correction a été élaborée, afin de susciter l'intérêt des patients interrogés.

Cet outil est une structure cartonnée qui cache les mauvaises réponses et laisse apparaître les bonnes.

Le patient découvre de lui-même s'il a eu juste ou faux, ce qui permet de stimuler sa réflexion. Il s'interroge sur le pourquoi de ses erreurs et éprouve de la satisfaction et de la réassurance lorsque ses réponses sont correctes.

### **4. Déroulement de la séance et reprise éducative**

L'intérêt de revoir régulièrement les patients et d'évaluer le niveau de chacun est de construire un suivi personnalisé et de maintenir les connaissances dans la durée. La séance commence dès lors que le consentement du patient a été recueilli et le questionnaire remis au patient. Il s'agit tout d'abord de se présenter en tant que professionnel de santé. Il faut donner un sens à notre venue et faire comprendre au patient l'objectif de notre travail. Le questionnaire sera rempli seul par le patient, il est important de bien expliquer la démarche à suivre. Il faut que le patient se sente impliqué, il ne doit pas voir ce questionnaire comme une évaluation critique, mais comme une démarche constructive. Le travail du patient doit être valorisé. Nous avons mis en avant le fait qu'il participe à une étude. Nous lui avons exposé le lien entre cette évaluation et le but d'améliorer la consultation pour les futurs greffés. Nous avons également mis en avant l'enrichissement personnel. Avec ces arguments, tous les patients rencontrés ont accepté de répondre au questionnaire. Un aidant a également participé. Au total, plus de 50 questionnaires ont été complétés.

Les questions à se poser pendant l'entretien :

- Que peut-on apporter au patient qu'il n'ait pas assimilé pendant la première consultation ?
- Sur quelles connaissances le patient se sent plus ou moins à l'aise ?
- Est-ce que le patient est concerné par ses traitements ?

## **Chapitre 2 : Les Résultats**

### **1. Le groupe test**

Au total, 58 entretiens auprès de 52 personnes ont été réalisés sur une période de 9 mois allant du 31 décembre 2015 au 22 septembre 2016.

Les patients étaient âgés de 22 à 65 ans et l'âge médian était de 51 ans environ. On dénombre 40 hommes et 18 femmes.

Une personne a participé au questionnaire alors qu'elle n'était pas transplantée, mais elle avait assisté à la consultation en tant qu'aidant. 51 patients greffés ont donc été vus.

Six patients ont été revus une deuxième fois : deux ont été revus par nécessité (niveau de littératie jugé insuffisant), et quatre ont été revus pour tenter d'analyser l'évolution des connaissances sur la durée. Pour ces derniers patients, ils avaient tous obtenu au moins 95% de réponses correctes à leur premier questionnaire. Il y a eu au moins 3 mois d'intervalles entre les deux questionnaires, sauf pour un patient.

Trois patients ont réalisé le questionnaire avant la consultation. Un de ces patients l'a refait huit jours après et un autre environ 1 mois plus tard. Pour ces patients, il n'y a pas eu de reprise éducative après leur premier questionnaire. Ils ont eu la consultation peu de temps après. Pour le premier patient, il n'a répondu qu'aux questions qu'il connaissait : ¼ des questions répondues, toutes justes, mais pour les autres il n'était pas capable de répondre.

L'ensemble des greffés prenaient du tacrolimus et quarante-neuf seulement prenaient du Cellcept.

Vingt-sept patients sur les cinquante et un prenaient du Médrol et ont été invités à répondre à la question le concernant. Trois patients ne prenaient plus de Bactrim, ils n'ont pas répondu aux deux questions le concernant.

**Tableau n°1 : Récapitulatif des propositions, abréviations correspondantes et réponses attendues**

N°	Affirmations	Abréviations	Réponses attendues	n
①	La greffe Hépatique est le remplacement d'un foie malade par un nouveau foie	Greffe	VRAI	57
②	Le rejet de greffe est la destruction du foie greffé par le système immunitaire (= système de défense du corps)	Rejet	VRAI	57
③	Le rejet est un phénomène que l'on ne peut pas arrêter	Rejet inarrêtable	FAUX	57
④	L'Advagraf (Prograf, Adoport), est un Anti-rejet	Advagraf = antirejet	VRAI	57
⑤	Le Cellcept est un Anti-rejet	Cellcept = antirejet	VRAI	54
⑥	Le nom chimique de l'Advagraf (ou Adoport ou Prograf) est le Tacrolimus	Advagraf = tacrolimus	VRAI	56
⑦	On mesure la quantité de Tacrolimus dans le sang pour vérifier l'efficacité du traitement	tacrolimus sang	VRAI	57
⑧	La prise de Cellcept se fait le matin et le soir	Cellcept matin et soir	VRAI	55
⑨	L'Advagraf (Prograf, Adoport) doit être pris en mangeant	Advagraf en mangeant	FAUX	57
⑩	Les antirejet augmentent les défenses immunitaires	Augmente les DI	FAUX	57
⑪	Les antirejet sont généralement des traitements à vie	Antirejet à vie	VRAI	57
⑫	La prise des antirejet se fait un jour sur deux	Un jour sur deux	FAUX	51
⑬	Le Bactrim peut entraîner une réaction grave au niveau de la peau	Bactrim atteinte cutanée	VRAI	53
⑭	Le Bactrim protège les poumons d'un microbe présent partout dans l'air	Bactrim protège poumon	VRAI	54
⑮	Un patient greffé doit se protéger du soleil	Protection soleil	VRAI	57
⑯	La consommation de poisson cru est autorisée chez un patient greffé	Poisson cru	FAUX	57
⑰	La consommation de viande crue est autorisée chez un patient greffé	Viande crue	FAUX	57
⑱	Le pamplemousse modifie l'action des Anti-rejets	Pamplemousse	FAUX	48
⑲	En cas de douleurs la prise de Paracétamol est recommandée en 1 <sup>re</sup> intention	Paracétamol	VRAI	47
⑳	Il faut reprendre le traitement en cas de vomissements 3h après une 1 <sup>re</sup> prise	Vomissements	FAUX	47
(Facultatif)	Le Médrol peut être pris à n'importe quel moment de la journée	Médrol	FAUX	29

*Avec n nombre de proposition totale répondue pour chaque question. Le nombre n varie : tous les greffés interrogés n'avait pas forcément le même traitement, le questionnaire a eu plusieurs phases test, certains patients (notamment ceux qui ont été vus avant la consultation) ne répondaient pas quand ils ne savaient pas.*

## 2. Les résultats sur l'ensemble du groupe Patient.

- ✓ Sur l'ensemble du questionnaire, environ 78% des personnes interrogées ont répondu juste avec un haut degré de certitude et un peu plus de 8% avec un faible degré de certitude.
- ✓ 7% en moyenne ont répondu faux avec un haut degré de certitude et 7% avec un faible degré de certitude.
- ✓ La moyenne des bonnes réponses se situe autour de 86%. Ainsi, le taux moyen de mauvaise réponse qui en découle est 14%.
- ✓ Les taux de bonnes réponses varient de 60 à 100% selon la question.
- ✓ Les scores obtenus par les patients varient de 25 à 100%. Seulement deux patients ont obtenu un score moyen < à 70% de réponse juste.

**Tableau n°2 : Pourcentage de réponses justes et fausses avec degré de certitude pour chaque patient.**

Patients (P) Aidant (A)	% Réponses correctes avec HDC	% Réponses correctes avec FDC	% Réponses incorrectes avec HDC	% Réponses incorrectes avec FDC
P1	63	0	10	26
P2	73	11	5	11
P3	100	0	0	0
P4	70	20	5	5
P5	6	19	50	25
P6	100	0	0	0
P7	82	6	6	6
P8	78	11	0	11
P9	67	7	13	13
P10	85	5	5	5
P11	76	7	7	10
P12	90	5	0	5
P13	95	5	0	0
P14	90	0	5	5
P15	80	10	5	5
P16	80	5	10	5
P17	74	5	21	0
P18	74	11	9	6
P19	75	5	10	10
P20	92	3	5	0
P21	61	10	19	10
P22	90	5	0	5
P23	67	9	19	5
P24	80	15	5	0
P25	76	19	5	0
P26	57	14	5	24
P27	74	5	5	16
P28	100	0	0	0
P29	90	0	10	0
P30	100	0	0	0
P31	76	19	0	5
P32	55	15	0	30
P33	72	0	22	6
P34	85	0	15	0
P35	70	20	10	0
P36	75	5	15	5
P37	95	5	0	0
P38	85	0	15	0
P39	80	10	5	5
P40	64	26	3	7
P41	95	5	0	0
P42	85	10	5	0
P43	57	19	5	19
P44	85	0	10	5
P45	69	19	6	6
P46	95	5	0	0
P47	67	10	4	19
P48	71	14	10	5
P49	85	0	0	15
P50	100	0	0	0
P51	42	42	0	14
A1	85	0	0	15
Moyenne	77,6%	8,4%	7%	7%

### 3. Les résultats obtenus par question

**Tableau n°3 : Pourcentage de bonnes et de mauvaises réponses avec degré de certitude pour chaque question.**

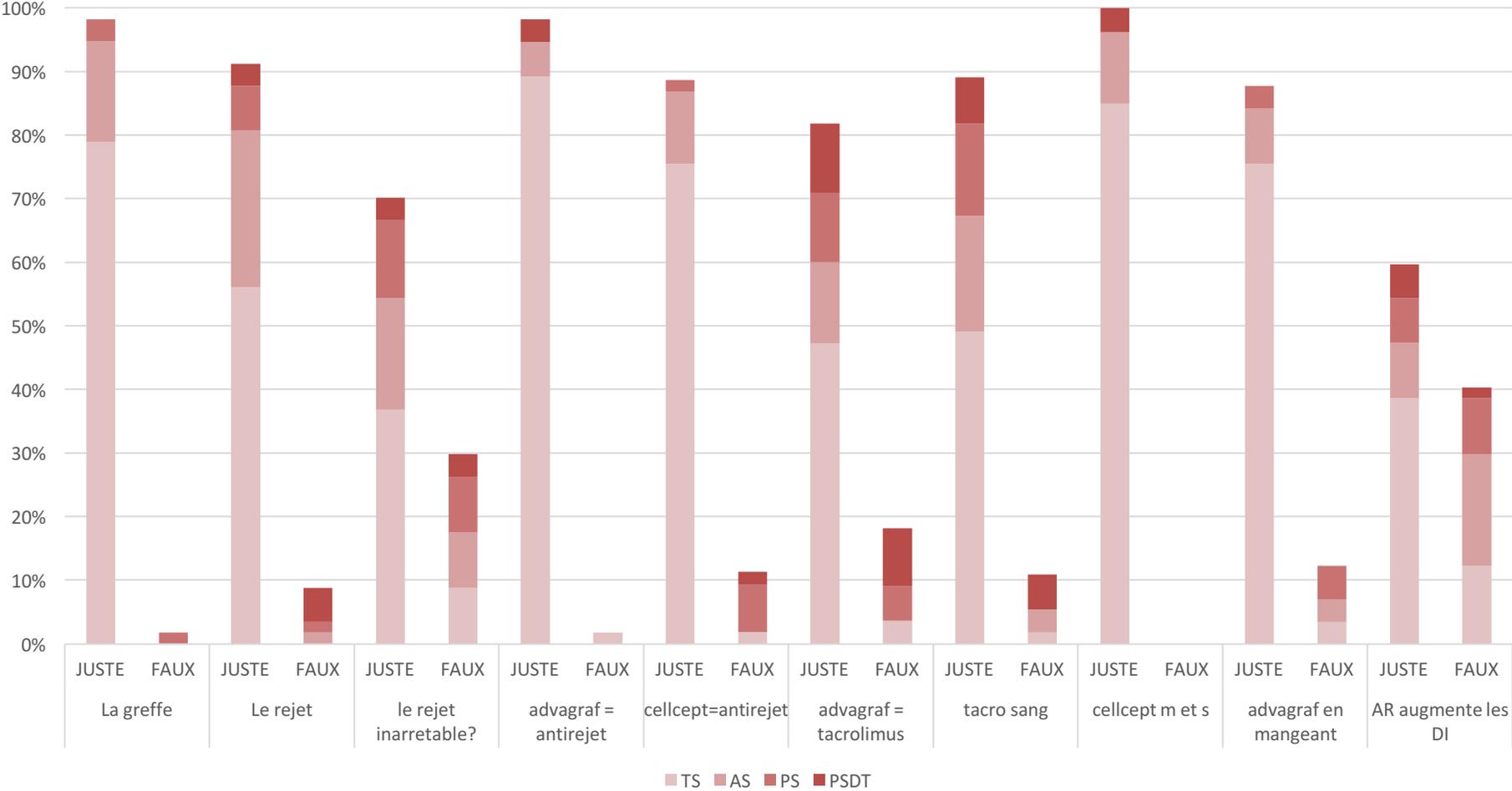
Questions	% Réponses correctes avec HDC	% Réponses correctes avec FDC	% Réponses incorrectes avec HDC	% Réponses incorrectes avec FDC
Q1	94	4	0	2
Q2	80	11	2	7
Q3	54	16	18	12
Q4	94	4	2	0
Q5	86	3	1	10
Q6	60	22	4	14
Q7	67	22	6	5
Q8	96	4	0	0
Q9	84	4	7	5
Q10	48	12	30	10
Q11	90	6	4	0
Q12	96	4	0	0
Q13	66	13	13	8
Q14	63	13	9	15
Q15	100	0	0	0
Q16	87	2	11	0
Q17	96	0	4	0
Q18	90	2	4	4
Q19	72	9	8	11
Q20	52	15	20	13
Q21	76	10	7	7
<b>Moyenne</b>	<b>77,6%</b>	<b>8,4%</b>	<b>7%</b>	<b>7%</b>

*HDC = haut degré de certitude*

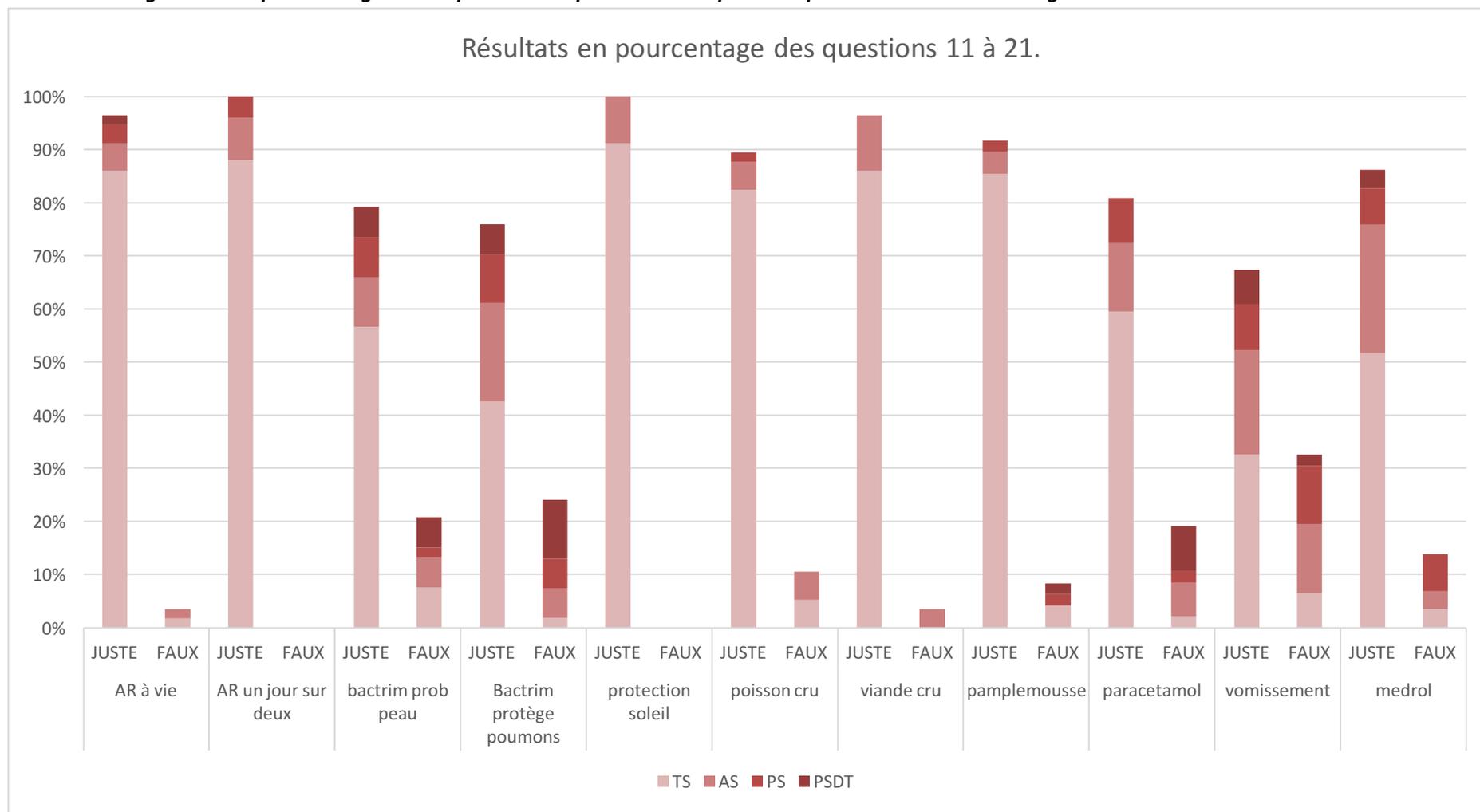
*FDC = faible degré de certitude*

**Annexe 2 : diagramme de pourcentages des réponses aux questionnaires pour les questions 1 à 10 avec degré de certitude.**

Résultats en pourcentage des questions 1 à 10.



**Annexe 3 : diagramme de pourcentages des réponses aux questionnaires pour les questions 11 à 21 avec degré de certitude.**



- ✓ Pour seize questions, le taux médian de bonne réponse était au moins égal à 80% sur l'ensemble des personnes interrogées (annexe 2 et 3). Les items, 1, 2, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 11, 12, 15, 16, 17, 18, 19, 21 ont obtenu un score élevé de bonnes réponses. 94% des patients ont répondu correctement à ces affirmations avec degré de certitude très majoritairement haut.
- ✓ Les questions 3, 10, 13, 14 et 20 ont obtenu un score inférieur ou égal à 80%. Seule la question 10, a obtenu un score de bonnes réponses inférieur ou égal à 60%.
- ✓ Les réponses fausses qui ont recueilli un haut degré de certitude varient de 0 à 30% selon les questions. Les réponses fausses avec un faible degré de certitude varient de 0 à 17%.
- ✓ Les réponses vraies avec haut degré de certitude varient de 48 à 100%, les bonnes réponses avec faible degré de certitude de 0 à 22%.
- ✓ Les affirmations « Cellcept m et s », « AR un jour sur deux » et « protection soleil » ont obtenu 100% de bonnes réponses avec haut degré de certitude.
- ✓ L'affirmation « AR augmente le système immunitaire » a été la question qui a posé le plus de difficulté puisque le taux de bonne réponse a été de 60%.

Pour rappel, « m et s » signifie matin et soir et «AR » signifie antirejet.

Notre attention lors de la discussion portera tout particulièrement :

→ sur les réponses justes avec haut degré de certitude.

→ sur les questions dont le score de mauvaise réponse est le plus élevé

→ sur les réponses fausses avec un nombre élevé de patients ayant répondu avec un haut degré de certitude.

→ Sur les réponses juste et fausses avec un faible degré de certitude (apprentissages non acquis ou à acquérir).

## 4. Analyse des résultats

### 4.1 Les connaissances maîtrisées

**Tableau n°4 de pourcentages de bonnes réponses en ordre décroissant avec degré de certitude.**

Propositions	Bonnes réponses	Très sûr	Sûr	Peu sûr	Pas sûr du tout
Cellcept matin et soir	100	85	11	0	4
Antirejet un jour sur deux	100	88	8	4	0
Protection contre soleil	100	91	9	0	0
La greffe	98	80	16	4	0
Advagraf	98	91	5	0	4
Antirejet sont à prendre à vie	96	89	5	4	2
Viande crue autorisée	96	89	11	0	0
Pamplemousse	92	92	5	3	0
Le rejet	91	61	27	8	4
Cellcept	89	85	12	3	0
Tacrolimus dans le sang	89	55	19	17	9
Poisson cru autorisé	89	92	6	2	0
Advagraf en mangeant	88	85	10	5	0
Médrol	86	60	28	8	4
Advagraf = tacrolimus	82	57	17	13	13
Paracétamol	81	74	15	11	0
Bactrim atteinte cutanée	79	72	11	10	7
Bactrim protège les poumons	76	56	25	11	8
Le rejet irrécusable ?	70	52	26	17	5
Vomissement	67	50	30	11	9
Antirejet augmente les défenses immunitaires	60	65	15	12	8

*Ce tableau représente le pourcentage de bonnes réponses de l'ensemble des personnes qui ont répondu aux propositions. Il comporte également le pourcentage du degré de certitude.*

→ Le tableau n°4 montre que les informations concernant la prise du Cellcept et la prise des antirejets quotidiennement étaient quasiment maîtrisées. 100% de bonnes réponses ont été donné sur ces questions. Les patients ont également tous parfaitement assimilé qu'il fallait se protéger du soleil. De plus, ces propositions ont été répondues avec un

degré de certitude élevé (de 96% à 100% des personnes interrogées), ce qui confirme que les patients étaient sûrs de leurs connaissances.

Attention pour les 4 à 6% de patients qui répondu juste avec un faible niveau de certitude, une reprise éducative sera nécessaire.

→ Les patients transplantés ont bien compris la définition de la greffe et très bien compris que l'Advagraf était un antirejet. Seulement 2% des personnes interrogées se sont trompés pour ces questions-là, et parmi tous ceux qui ont répondu correctement 96% étaient « très sûr » ou « sûr » de leurs réponses.

→ Les patients ont bien compris qu'ils devront prendre leur médicament antirejet toute leur vie et que la viande crue était à éviter puisque le taux de bonne réponse est de 96% et que les hauts degrés de certitude sont situés entre 94 et 100%.

→ Ils ont bien assimilé que le pamplemousse était interdit et bien compris la notion de « rejet » : le taux de bonne réponse est respectivement de 92 et 91% pour ces réponses. À noter que la question du rejet a recueilli 12% de personne « peu » ou « pas du tout sûr » de leur choix.

→ Le Cellcept, le dosage du tacrolimus dans le sang, l'interdiction de manger du poisson cru, la prise de l'Advagraf à jeun et la prise du Médrol sont aussi des éléments qui ont été bien assimilés au regard du taux de bonnes réponses : il varie de 86 à 89% de bonnes réponses. Si l'on regarde avec le degré de certitude, les questions sur le dosage du tacrolimus dans le sang et sur le Médrol ont obtenu un pourcentage élevé de patient qui ont répondu sans être certains de leur choix (respectivement 26 et 12% de degré faible de certitude).

## 4.2 Les connaissances partielles

**Tableau n°5 de pourcentages de mauvaises réponses en ordre décroissant avec degré de certitude.**

Propositions	Mauvaises réponses	Très sûr	Sûr	Peu sûr	Pas sûr du tout
Antirejets augmentent les défenses immunitaires	40	30	44	21	5
Vomissement	33	20	38	32	10
Le rejet inarrêtable ?	30	30	30	30	10
Bactrim protège les poumons	24	2	25	25	48
Bactrim atteinte cutanée	21	36	28	8	28
Paracétamol	19	10	31	10	49
Advagraf = tacrolimus	18	21	0	29	50
Médrol	14	25	25	50	0
Advagraf en mangeant	12	33	33	34	0
Cellcept	11	15	0	70	15
Tacrolimus dans le sang	11	18	36	0	46
Poisson cru autorisé	11	50	50	0	0
Le rejet	9	0	22	22	56
Pamplemousse	8	50	0	25	25
Antirejets sont à prendre à vie	4	50	50	0	0
Viande crue autorisée	4	0	100	0	0
La greffe	2	0	0	100	0
Advagraf	2	100	0	0	0
Cellcept matin et soir	0	0	0	0	0
Antirejets à prendre un jour sur deux	0	0	0	0	0
Protection contre soleil	0	0	0	0	0

→ La question sur le mécanisme des antirejets est la question qui a posé le plus de problèmes : 2 patients sur 5 n'ont pas répondu correctement et parmi eux 77% étaient « très sûr » ou « sûr » de leur réponse.

→ La question sur le vomissement est une des questions qui a été la moins bien assimilée, 33% des patients se sont trompés et étaient pourtant 58% à être certains de leur réponse. Le sujet sur la prise ou non du médicament après un vomissement n'a pas été très bien compris de tous les patients.

→ Les connaissances sur le rejet de greffe n'ont pas toutes été parfaitement comprises, même si 91% des patients ont compris ce dont il s'agissait. À la question peut-on arrêter le phénomène de rejet, 30% ont pensé que c'était un phénomène irréversible, dix patients le pensaient avec un haut degré de certitude.

→ Les taux de bonnes réponses concernant les questions sur le Bactrim (13 et 14) sont plus faibles que la moyenne. Puisque 76% et 79% de bonnes réponses ont été données pour ces questions contre 87% en moyenne sur l'ensemble du questionnaire. Surtout, notre attention devra particulièrement se porter sur ces questions-là puisque les mauvaises réponses ont été données avec un haut degré de certitude (27% et 64%).

→ 19% des patients n'auraient pas pensé au Paracétamol comme antalgique de première intention.

→ 18% des patients ne savaient pas que le tacrolimus était la molécule chimique du Prograf ou de l'Advagraf.

### 4.3. Analyse globale

→ A partir du tableau n°4, nous constatons que sur l'ensemble des patients ayant bien répondu le pourcentage de degré de certitude élevé varie de 64% à 100%. Pour les degrés de certitude plus faibles, ils varient de 26 à 0%. Cette statistique montre que la grande majorité des patients étaient confiants de leurs réponses lorsqu'ils ont répondu correctement.

Seule la proposition qui concerne la molécule chimique de l'Advagraf réunit 10% de personnes ayant répondu avec le plus faible degré de certitude « pas sûre du tout ».

À propos de la question sur le paracétamol (question 19) malgré un taux de bonnes réponses supérieur à 80%, sur les 20% de mauvaises réponses, 4 patients ont répondu avec un haut degré de certitude.

→ Après analyse du tableau n°5, nous constatons que le risque de conduite dangereuse est présent :

- Six patients pensaient que le poisson cru était autorisé après la greffe avec un haut niveau de certitude.
- Un seul patient n'a pas répondu correctement à la proposition : l'Advagraf est un antirejet et il était « très sûr » de son choix.
- Deux patients avec un haut niveau de certitude pensaient que le pamplemousse n'influçait pas la biodisponibilité de leurs médicaments.
- Quatre patients pensaient pouvoir prendre l'Advagraf en mangeant.
- Dix-sept patients pensaient que les antirejets augmentaient leurs défenses immunitaires.
- Dix patients pensaient qu'il n'était pas possible d'arrêter le phénomène de rejet de greffe lorsqu'il avait débuté.

## 5. Les connaissances : variation avec le temps.

### 5.1 Durée entre la consultation et l'évaluation

Il sera intéressant lors de l'analyse de comparer les résultats des différents patients en fonction du temps qui sépare le moment de la consultation et le moment de l'évaluation.

Pour simplifier cette analyse, trois tranches ont été définies :

- Le premier intervalle : 0 à 30 jours
- Le deuxième intervalle : 31 à 100 jours
- Et le troisième : > 100 jours

Il s'agissait de trouver des intervalles qui correspondaient à un moment particulier pour les patients. La première tranche correspond au patient qui a été vu quelque temps après la consultation d'éducation thérapeutique et qui revient pour les premières fois en hôpital de jour. Cette tranche comporte aussi les patients qui ont été vus avant la consultation d'éducation thérapeutique en pharmacie. La deuxième tranche correspond au moment où ils reviennent pour la visite du 3<sup>ème</sup> mois dans laquelle sera effectuée une biopsie. La troisième tranche comporte des greffés de longue date qui reviennent pour des visites de contrôles.

Ainsi :

→ 21 patients ont rempli le questionnaire entre 0 et 30 jours après la consultation pharmaceutique.

→ 21 patients l'on fait entre 31 et 100 jours.

→ 10 l'ont rempli 100 jours après la consultation.

## 5.2 Evolution des connaissances en fonction du temps

Les 21 patients de la première tranche ont obtenu en moyenne un score de 90% de bonnes réponses avec des variantes allant de 76 à 100% dont 10% avec un faible degré de certitude.

Les 21 patients de la seconde tranche ont obtenu en moyenne un score de 86% avec une variation allant de 50 à 100% de bonnes réponses avec 9% de faible degré de certitude. Six pourcents avait un faible degré de certitude parmi ces bonnes réponses. À noter, que les deux personnes en dessous de 70% de bonnes réponses se situent dans cette tranche.

Les 10 patients de la tranche > à 100 jours ont obtenu en moyenne 92% de bonnes réponses. Elles varient de 74% à 100% de bonnes réponses. 6% des patients ont répondu avec un faible niveau de certitude qui peut amener à une conduite à risque.

On ne note pas de différence significative entre les deux premières tranches de durée sur leur score. En revanche le niveau de certitude augmente avec le temps. Il est surprenant de voir que les patients de la tranche 3 ont obtenu une meilleure moyenne avec un plus haut degré certitude. Ceci s'expliquer par un groupe moins nombreux que les deux autres et aussi par l'expérience des patients. À partir d'un certain temps après la greffe les patients connaissent très bien leurs médicaments et leur pathologie. Les patients sont revus régulièrement par les médecins, infirmiers et par le pharmacien si nécessaire.

Pour revenir sur les degrés de certitude, entre les différentes tranches concernant le faible degré de certitude des bonnes réponses les résultats sont quasiment identique. En revanche, nous avons pu constater que le degré de certitude augmente avec le temps. La tranche 1 répond aux questions avec un haut degré de certitude à 70%, la tranche 2 à 80% et la tranche 3 à 83%.

**Tableau n°6 de pourcentage de réponses avec degré de certitude en fonction de la tranche d'appartenance.**

	TS	AS	PS	PSDT	NR	Nombre de Propositions	Nombre de questionnaires
<b>Tranche 1 (0 à 30j)</b>	51%	16%	12%	7%	14%	504	24
<b>Tranche 2 (31 à 100j)</b>	62%	16%	6%	7%	9%	483	23
<b>Tranche 3 (&gt;100j)</b>	74%	9%	6%	3%	8%	231	11

*Pour rappel, TS = très sûr ; AS = Assez sûr ; PS = Peu sûr, PSDT = Pas sûr du tout*

NR représente les propositions « non répondues » par les patients :

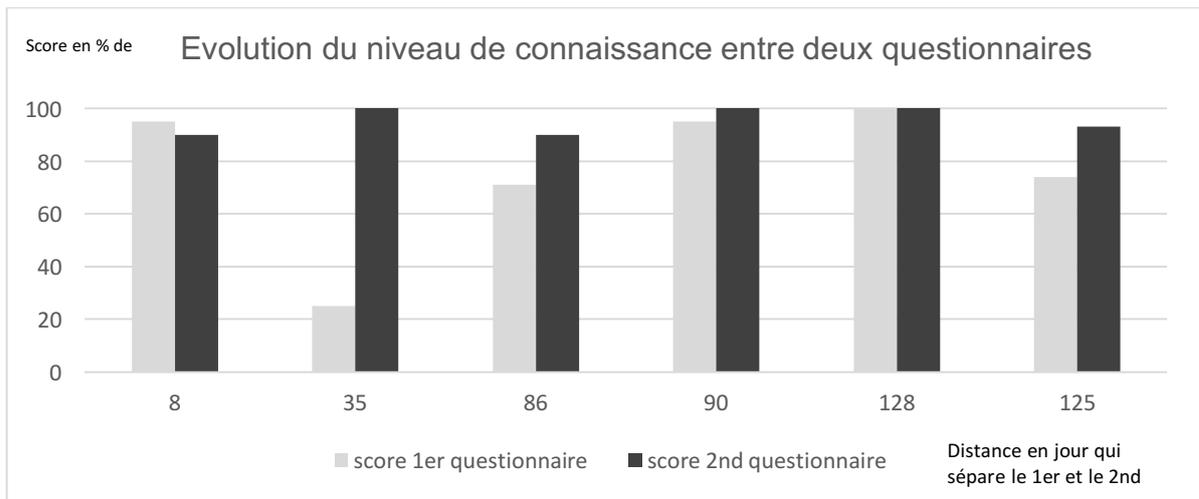
- soit parce qu'ils ne savaient pas
- soit parce qu'ils n'étaient pas concernés
- soit parce que le questionnaire était en phase de test et ne comportait pas encore la proposition.

*Le total des propositions correspond à l'ensemble des propositions répondues par les patients de chaque tranche.*

Par exemple, chez les patients ayant effectué le questionnaire d'évaluation, dans l'intervalle de 0 à 30 jours après la consultation, sur un total de 504 propositions répondues, 51% étaient accompagnées du degré de certitude « très sûr ».

### 5.3 Résultats des patients qui ont rempli deux fois le questionnaire dans un intervalle de temps x qui sépare le premier du second questionnaire.

Pour évaluer le maintien des connaissances sur la durée, mais aussi pour évaluer l'impact de la consultation et de la reprise éducative six patients ont fait deux fois le questionnaire.



Sur ces 6 patients, aucune perte du niveau de connaissance significative n'est à constater avec le temps. Entre le premier et le second questionnaire, le pourcentage de réponses donné avec un faible degré de certitude a diminué de 4% en moyenne. Si l'on regarde à distance de la consultation, le niveau de connaissance reste constant ou progresse dans 5 cas sur 6. Nous pouvons émettre l'hypothèse que les patients connaissaient déjà le questionnaire et se sentait certainement plus confiant et plus à l'aise avec l'exercice.

De plus, nous constatons que quatre patients sur 6 ont obtenu un meilleur score entre le premier et le second questionnaire (+20% de bonnes réponses en moyenne). Un seul patient a obtenu un moins bon score (nous reverrons les détails dans le paragraphe 7.4). Un patient a maintenu son niveau d'excellence (100% pour les deux questionnaires).

#### 5.4 Avant et après la consultation pharmaceutique

Le questionnaire a été complété par les patients juste avant la consultation. Les résultats sont peu significatifs au vu du nombre de patients interrogés. La méthode a été un peu différente puisqu'il n'y a pas eu correction juste après. Le questionnaire a simplement été récupéré.

- ✓ Les 3 patients qui ont participé à cette partie de l'étude ont obtenu 28, 86 et 95 pourcents de bonnes réponses.
- ✓ Le patient qui a obtenu 86% n'a pas pu être revu.
- ✓ Deux patients ont refait le questionnaire après la consultation :
  - Le patient qui a obtenu 28% de bonne réponse en a obtenu 100% un mois plus tard. Mais il n'avait répondu qu'aux questions qu'ils connaissaient lors du premier questionnaire.
  - Le patient qui a obtenu un score de 95% a obtenu 90% de bonnes réponses 8 jours plus tard. Ce patient avait répondu : 4 fois de façon « sûre » / 8 fois de façon « assez sûre » / 8 fois de façon « peu sûre » / 1 fois de façon « pas sûre du tout »

Dans le questionnaire après la consultation, son score de bonnes réponses a baissé, il s'est trompé pour trois propositions contre une seule dans le premier questionnaire. En revanche, on note une nette augmentation du degré de certitude.

Il a répondu :

- Onze fois de façon « sûre » (+33%)
- Huit fois de façon « assez sûre » (+0%)
- Cinq fois de façon « peu sûre » (-14%)
- Jamais de façon « pas sûre du tout » (-100%)

*Le pourcentage  
représente la progression  
ou régression de chaque  
degré de certitude entre  
le questionnaire 1 et le 2.*

## **Chapitre 3 : Discussions**

### **1. Interprétation des principaux résultats**

#### 1.1 Les sources de satisfaction

Nous pouvons émettre l'hypothèse que le travail d'éducation thérapeutique effectué à l'hôpital de la Croix Rouse est bénéfique pour les patients. Il est important de rappeler que pour 1/3 des questions posées la quasi-totalité des patients (98%) ont répondu correctement et que la moyenne de bonne réponse est de 87% avec 78% de ces patients étaient confiants dans leur choix. La consultation existe depuis 1999 et le personnel des différents services est de plus en plus qualifié. Ceci se ressent sur le niveau de connaissance des patients transplantés. L'apprentissage qui en ressort est de plus en plus cohérent. Les différentes études d'évaluation des connaissances des greffés réalisées autour de la consultation soulignent cette progression (2003 [29], 2013 [2], puis notre étude).

Nous avons pu voir un grand nombre de patients et obtenir des questionnaires de qualité (seuls deux questionnaires étaient incomplets). L'explication détaillée de l'étude en début de séance et la reprise du questionnaire ont participé à la qualité des réponses obtenus. Aucun patient interrogé n'a refusé de participer. Nous avons ainsi pu interroger presque tous les patients qui sont venus en hôpital de jour de la Croix Rouse entre Décembre 2015 et Septembre 2016.

Bien que l'étude n'ait pas mesuré la satisfaction des patients, ceux-ci et les soignants ont montré un grand intérêt pour assister aux discussions. La grande majorité des patients nous ont naturellement témoigné leur satisfaction à la fin de la séance. Les patients nous ont rapporté leurs expériences, ils ont émis le besoin d'être écoutés, de recevoir des informations. Cette séance d'après évaluation et d'après consultation était une première à l'hôpital de la Croix Rousse.

Dans la littérature, peu d'études se sont penchées sur les connaissances des traitements médicamenteux des patients transplantés du foie. Aucune étude évaluant le degré de certitude qui fiabilise les résultats n'a été retrouvée. La plupart des recherches ont été menées sur les connaissances qui entourent la greffe. [48] [49]

## 1.2 Les points à revoir

Le mécanisme d'action des antirejets est le thème qui a posé le plus de problèmes. C'est étonnant puisque lors de la consultation le pharmacien consacre beaucoup de temps à ce sujet : d'abord en abordant le rejet, puis les antirejets, jusqu'à leurs conséquences sur l'affaiblissement général de l'organisme. Les patients savent bien distinguer les médicaments antirejets, 90% d'entre eux en moyenne ont bien associé le nom des antirejets à leur indication. Les résultats relatifs à leur mécanisme d'action ne sont pas satisfaisant. On peut expliquer ceci par la complexité d'action des antirejets. On a pu constater que dans l'esprit des patients un médicament « classique » a pour but de les soigner, de les renforcer. Or, les patients assimilent la diminution de l'immunité à un affaiblissement et ne font pas le lien avec l'utilité que celui-ci peut avoir dans leur cas. Autre point à souligner pour expliquer ces résultats : la formulation de la proposition a été

remise en question par certains patients qui la jugeaient « incompréhensible ». Nous réajustions oralement la proposition quand c'était nécessaire.

La priorisation des connaissances clefs est un point essentiel à retenir. Pour beaucoup de patient le mécanisme d'action n'était peut-être pas l'information essentielle à retenir. Le professionnel de santé doit adapter son discours à l'interlocuteur et prioriser ses messages.

La question sur le rejet a également posé des problèmes car 30% des personnes interrogées se sont trompées. Cela représente 17 personnes pour qui le rejet n'était pas un phénomène que l'on pouvait arrêter. Le rejet semblait bien compris par la majorité des patients, 9% d'erreur seulement sur la définition. Mais beaucoup pensait qu'une fois débuté on ne pouvait pas le soigner et qu'il amenait à une autre greffe ou au décès. Le rejet demeure chez les patients greffés un sujet sensible et qui inquiète. Il faudrait envisager de revoir la façon dont il est abordé en consultation ou peut-être créer un outil pédagogique qui l'explique de façon simple et visuelle.

Enfin, le dernier point concerne les médicaments associés à la greffe qui sont beaucoup moins bien connus que les antirejets.

À noter qu'il faut rester vigilant vis-à-vis de la diététique autour de la greffe. Peu de patient n'ont pas répondu correctement aux propositions sur la viande crue et le poisson cru. Un pourcentage important de patients a répondu faux avec haut degré de certitude ce qui peut les amener à des conduites dangereuses. Il en est de même pour les connaissances sur les antirejets. Les quelques personnes qui n'ont pas répondu correctement l'on fait avec un haut degré de certitude (notamment pour la proposition sur « l'Advagraf » et sur les « AR à prendre à vie »).

## 2. Limites de notre étude

Certains facteurs ont pu influencer la faisabilité du questionnaire et ainsi la qualité des résultats obtenus.

Nous n'avions pas d'espace spécifique réservé à la séance. L'administration du questionnaire et la reprise éducative étaient pour la grande majorité des patients effectuées dans le couloir de l'hôpital de jour. Ce ne sont pas les conditions idéales de confidentialité et d'apprentissage. L'aspect psychosocial peut également influencer les résultats du test, puisque les patients venaient en hôpital de jour pour des contrôles ou des examens. On peut rapprocher ceci à des perturbations de la vie quotidienne du greffé.

Les résultats des questionnaires remis avant consultation sont peu significatifs à la vue du faible nombre de patients interrogés. Les questionnaires incomplets ont compliqué l'analyse.

Les conditions d'administrations dans la chambre du patient et de remplissages seul sans reprise éducative n'ont pas permis de faire compléter le questionnaire par les patients.

Autre point, il aurait pu être intéressant de comparer le niveau d'étude et les connaissances des patients. Cet aspect n'a pas du tout été mesuré dans notre étude. Nous ne pouvons donc pas déterminer l'influence du niveau d'étude de base sur les connaissances médicamenteuses du greffé.

Les trois patients qui avaient obtenu les plus faibles scores de bonnes réponses n'ont pas pu être revus pour une seconde évaluation. Ceci ouvre la question de l'accessibilité à l'éducation thérapeutique et de la nécessité du suivi éducatif. Peut-être qu'à terme, ces séances deviendront systématiques et qu'elles pourront être mieux planifiées.

### 3. Perspectives

#### 3.1 Comparaison des résultats avec les précédentes études menées à l'hôpital de la Croix Rousse.

L'étude menée en 2003, avait pour objectif d'évaluer les effets d'une consultation de pharmacie sur les connaissances du traitement par les patients : vingt-neuf patients avaient été interrogés sur la connaissance des médicaments, leurs rôles et les modalités de prise [29]. Si l'on compare les résultats avec notre étude, le taux de connaissance justes était de 53,7 % avant consultation, après celle-ci, il atteignait 75 %. Les traitements antirejets principaux sont dans les deux travaux bien connus : après la consultation, le taux de connaissance atteignait 93 % en 2003 et 98% pour l'Advagraf et 88% pour le Cellcept en 2017. Concernant les traitements associés : moins de 15 % connaissaient initialement le rôle des anti-infectieux contre 50–60 % après l'entretien, et 80% dans notre étude. Cette classe de médicament demeure toujours moins bien connue par les patients. Lors de la consultation, on insiste particulièrement sur les connaissances à propos des médicaments antirejets. Ceci a probablement pour conséquence de faire passer les anti-infectieux au second plan. Pour les corticoïdes, ce taux passait de 26 % à 70 % dans l'étude de 2003, il est de 87% en post-consultation dans notre étude.

La consultation d'éducation thérapeutique de pharmacie contribue à améliorer les connaissances des patients concernant leur traitement post-transplantation, mais ceci n'est pas vrai pour tous les greffés et certains thèmes restent encore peu maîtrisés. On note de façon générale un meilleur niveau de connaissances sur les connaissances identifiées par l'équipe éducative comme importantes. Cette amélioration est sans doute due à une amélioration de la consultation au fil des années, mais peut aussi être mise sur le compte de la faisabilité du questionnaire ou sur le nombre de participants à l'étude. [29]

**Si l'on compare avec les résultats obtenus en 2013 dans la thèse d'Olivier Dufour.**

**[2]**

Le sujet du vomissement reste encore peu ou mal connu des patients comme il l'était déjà souligné dans cette étude. Nous retrouvons aussi une part importante de mauvaises réponses avec un haut degré de certitude (33% de mauvaises réponses). Ce sujet est souvent abordé en fin de séance, on peut supposer que la baisse d'attention et la quantité d'informations apportées influencent l'acquisition des connaissances pour certains patients. La priorisation des apprentissages favorise l'acquisition de connaissances de sécurité mais induit une diminution des connaissances jugées moins importantes.

Olivier Dufour précisait dans sa thèse qu'il serait intéressant de « revoir les personnes transplantées plusieurs mois après la consultation pour savoir si les principes du traitement antirejet sont durablement acquis ». Dans notre étude, la mise en place d'un second questionnaire a pu nous donner un aperçu de cette suggestion. Les gens qui savaient « très bien » ont maintenu leur niveau de connaissance, tandis que ceux qui ne connaissaient « pas tout » ont obtenu de meilleurs résultats ou ont répondu avec un plus haut degré de certitude. Les explications à ce sujet peuvent être nombreuses, mais nous avons estimé que les patients étaient certainement plus à l'aise lors du second questionnaire et qu'ils pouvaient se souvenir des bonnes réponses. Une étude à plus grande échelle de ce type serait intéressante pour obtenir des résultats plus probants en évaluant les connaissances à différents temps de la prise en charge : avant la consultation, à J15 post consultation d'ETP en HDJ, puis 3 mois après la greffe.

### 3.2 Discussion des résultats avec les données de l'étranger

Une étude menée en Espagne, avait pour objectif de mettre en évidence l'utilité d'un programme d'éducation thérapeutique sur les connaissances des transplantés hépatiques. Les thèmes abordés étaient similaires à ceux traités dans notre travail : le processus de la maladie, le régime alimentaire, les médicaments sur l'ordonnance, la protection contre les infections [50]. Deux thèmes supplémentaires étaient abordés, la prise en charge de l'hyper et de l'hypo-glycémie. Un questionnaire de connaissances associant réponses à choix multiples et questionnaires vrai ou faux a été conçu et était basé sur les 6 thèmes abordés avec un score total compris entre 5 et 30 points. Il a été rapporté une différence de 7,19 points entre les questionnaires d'évaluation du groupe contrôle et du groupe d'intervention ayant reçu le programme d'éducation thérapeutique. Ces séances d'ETP ont apparemment fourni une diminution d'anxiété et des complications postopératoires. Nous n'avons pas évalué cet aspect dans notre étude. Aussi, cette étude nous fait le lien entre connaissance et adhérence aux traitements. Elle souligne que les connaissances seules ne suffisent pas pour définir une bonne adhérence des patients aux traitements. La certitude vis-à-vis des connaissances intervient dans la mise en pratique de ces connaissances au quotidien. Les interventions doivent se faire à plusieurs niveaux pour que l'efficacité soit significative : interventions éducatives, consultation, interventions psychologiques. Ce n'est pas parce que le patient a de bonnes connaissances, qu'il les met systématiquement en pratique. D'autres déterminants vont influencer la bonne observance du patient. Pour exemple, l'analyse des compétences des patients par des mises en situation permet de mesurer la capacité du patient à réagir face à une situation à risque.

Pour notre étude, aucune variable démographique ou clinique (sexe, niveau de scolarité, soins primaires, durée sur liste d'attente, durée en unité hospitalière, séjour à l'hôpital) a été significativement associée au niveau de connaissances.

L'entretien éducationnel en post greffe a conduit à une augmentation significative du niveau de connaissance des patients transplantés après leur greffe. Les objectifs de ce programme en Espagne rejoignent ceux de l'hôpital de la Croix Rouse qui sont notamment de fournir des informations aux patients pour qu'ils puissent prendre des décisions pour leur santé. [50]

Une étude brésilienne a mesuré l'impact d'un programme d'éducation thérapeutique sur les connaissances des patients et sur la contribution à un traitement médicamenteux plus efficace. Cette étude a été menée dans un hôpital de Sao Paulo auprès de patients transplantés hépatiques. L'évaluation des connaissances après l'éducation thérapeutique s'est faite avec un questionnaire à choix multiple et portait sur les connaissances qui entourent la greffe en pré-, per- et post-opératoire. Ils ont mis en évidence un lien entre l'âge et le taux de bonnes réponses : les patients de plus de 55 ans donnaient plus de bonnes réponses (67,97% contre 54,71% pour les patients <55ans). Ils ont établi une corrélation entre le niveau d'étude et le taux de bonnes réponses ce que nous n'avons pas pris en compte dans notre analyse. Les résultats ont montré que le taux de bonnes réponses global après le programme d'éducation thérapeutique atteignait les 76,08% et avait été significativement amélioré (63,53% en pré-éducation). Les plus faibles taux de bonnes réponses après la séance d'éducation thérapeutique concernaient les traitements immunosuppresseurs [48].

Une autre étude brésilienne a voulu mettre en évidence les facteurs d'observance chez les patients transplantés du foie et avance des réponses à certains facteurs que nous n'avons pas mesurés dans notre étude. Les chercheurs ont observé que les patients qui avaient un emploi étaient 5,5 fois plus susceptibles d'avoir des problèmes à prendre leurs médicaments chaque jour en comparaison avec les patients sans emploi ou retraité.

Les patients qui n'avaient pas ou pas assez de connaissances sur la maladie étaient 1,5 fois plus susceptibles d'avoir des problèmes à prendre leur médicament tous les jours par rapport à ceux qui avaient une connaissance modérée, bonne ou excellente. Ceux qui n'avaient pas assez de connaissances sur la transplantation étaient 3,48 fois plus susceptibles d'avoir des problèmes pour prendre leurs médicaments tous les jours. Le lien entre connaissances et observance est clairement mis en avant ici [49].

### 3.3 Amélioration des actions pédagogiques relatives au traitement : mise en place d'une séance collective

Pour pallier au manque de connaissances des patients vis-à-vis de leur traitement, il semble nécessaire de faire évoluer les stratégies d'éducation thérapeutique. La consultation s'inscrit dans le parcours de soins du patient et a pour finalité de le rendre acteur dans la prise de ses médicaments et dans la prise en charge de sa pathologie. Quand le niveau est jugé insuffisant, il peut arriver que les patients soient revus en consultation. Ce point avait été souligné lors de la thèse d'Olivier Dufour en 2016 et la mise en place a été faite.

Pour continuer de renforcer les connaissances et compétences des patients, l'hôpital de la Croix Rousse continue d'innover et de mettre en place de nouvelles séances.

En date du 12 octobre 2017, j'ai assisté à la première consultation collective pour les patients greffés du foie organisée à l'hôpital de la Croix Rousse. L'infirmière éducatrice du programme, un médecin hépato-gastro-entérologue et le pharmacien qui s'occupent des consultations étaient présents pour l'animer. Sept patients étaient présents, ainsi qu'un aidant. Parmi eux, trois étaient greffés de plus de 10 ans, deux de 3-4 mois et deux de 2 mois. Le thème de la séance : « le quotidien des traitements » a été établi à partir des questions qui avaient le taux le plus bas de bonnes réponses dans le questionnaire de connaissances. Ce qui a pu être mis en évidence c'est que les antirejets sont bien connus par les patients, sauf le Médrol qui pose encore problème pour certains. Aucun des patients ne se rappelait pourquoi le Bactrim Forte avait été prescrit. En revanche, tous avaient bien compris les mesures à prendre en cas de forte chaleur protection et conservation de leurs médicaments. D'autres thèmes ont été abordés comme « l'oubli de prise » des antirejets et du Bactrim. Ces sujets ont abouti aux conseils pratiques suivants: en cas de voyage à l'étranger s'adapter aux horaires ; pour la prise du Bactrim forte, décaler la prise d'un jour en cas d'oubli de prise du médicament ; l'utilisation des nouvelles technologies pour ne pas oublier de prendre ses médicaments (application smartphone « keep it simple »). Ces astuces ont été données par les animateurs, mais aussi par les greffés entre eux. Pour finir, un questionnaire d'évaluation a été distribué. Il portait sur des thèmes abordés pendant la séance. Nous constatons qu'après la séance les connaissances ne sont pas acquises pour tout le monde. Pour « l'oubli de prise » des antirejets et du Bactrim 2 patients sur 7, n'ont pas répondu correctement. Pour la conservation des médicaments, 1 personne sur les 7 n'a pas correctement répondu. L'apprentissage est un long processus jusqu'à l'obtention de résultats satisfaisants. La diversification et la multiplication des séances tendent vers une amélioration générale du niveau de connaissance des patients.

3.4 Comment tirer les avantages de cette expérience à un niveau plus global de la pratique pharmaceutique ? Et comment la transposer à l'officine ?

Une étude prospective de 8 mois, publiée en mars 2017, auprès des pharmaciens de 62 officines a montré une grande ignorance des traitements immunosuppresseurs et un embarras sur les conseils à délivrer (moyenne des questionnaires d'auto-évaluations estimées à 4,9/10) [51]. Cette étude a également mis en avant une réelle demande d'information venant des pharmaciens d'officine. 98% étaient motivés pour avoir une formation plus poussée sur les traitements immunosuppresseurs [51]. On peut imaginer que le questionnaire de connaissances de ce travail puisse servir de base d'évaluation du niveau de connaissances des pharmaciens d'officine pour mieux cibler les formations futures.

D'autres études se sont penchées sur l'importance des connaissances à l'officine dans le cadre de la greffe hépatique. On retrouve dans le travail de Mélanie Gaignard rédigé en 2013-2014 des éléments de réponses pour le suivi général d'un patient greffé à l'officine, des réponses sur l'automédication chez le greffé hépatique qui sont complémentaires à la consultation. Par exemple dans la prise en charge des troubles digestifs, mais aussi des symptômes associés au rhume, on trouve pour chaque pathologie quel médicament est le plus adapté pour le patient. Ce sont des sujets qui ne sont pas abordés à l'hôpital. C'est au pharmacien d'officine de prendre le relais du travail effectué en amont par les équipes hospitalières [20].

La consultation pharmaceutique des greffés hépatiques menée à l'hôpital de la Croix Rousse est un bon exemple de trame principale pour réaliser un entretien pharmaceutique et pourrait se transposer à d'autres cas de patients.

## Conclusion

L'objectif de notre travail a été d'évaluer les connaissances des patients transplantés hépatiques sur les médicaments prescrits et certaines circonstances qui conditionnent leur efficacité, ainsi que quelques règles hygiéno-diététiques. Ce travail devrait permettre dans un second temps d'évaluer l'efficacité de la consultation d'éducation thérapeutique du pharmacien par l'identification de possibles insuffisances de son contenu afin de proposer des pistes d'amélioration. Notre travail mené a aussi permis une réactualisation des connaissances des traitements par les patients.

Nous retiendrons principalement de cette étude que la consultation thérapeutique réalisée par le pharmacien permet un accès à l'information et l'amélioration des connaissances des patients transplantés hépatiques. Avant la consultation, les patients ne connaissent pas ou peu les traitements prescrits pour la greffe, leur niveau de connaissance est faible. Les résultats obtenus lors de l'évaluation en post consultation sont encourageants (87% de bonnes réponses). Le réalisme et la qualité de ces connaissances est appuyé par un degré de certitude élevé : 78% des patients ont répondu correctement avec un haut degré de certitude. Trois propositions, sur le cellcept, la prise des anti-rejets et la protection contre le soleil ont obtenu 100% de bonnes réponses avec un haut degré de certitude. Malgré cette séance et les reprises éducatives des divers professionnels de la santé, nous avons constaté que certaines lacunes persistent et peuvent mener les patients à des conduites à risque pour leur santé.

Il faut garder à l'esprit que principalement après la consultation pharmaceutique d'éducation thérapeutique, le manque de connaissances concerne :

- les médicaments associés à la greffe (anti-infectieux)
- le mécanisme des antirejets
- l'arrêt du rejet de greffe
- la conduite à tenir lors d'un vomissement après la prise du médicament.

Le degré de certitude a permis de mettre en évidence certaines errances que l'évaluation des connaissances seul n'aurait pas pu mettre en avant. Ceci concerne les patients qui n'ont pas bien répondu avec degré élevé ou faible de certitude. Ces propositions analysées plus spécifiquement peuvent induire une mauvaise observance et à terme une conduite à risque pour le patient. Six patients sur quarante-huit pensaient avec un haut degré de certitude que le poisson cru était autorisé après la greffe. L'information transmise n'a pas bien été assimilée par le patient. Concernant la prise de l'advagraf quatre patients ont répondu avec un haut degré de certitude que l'on pouvait le prendre en mangeant. Il faut rester vigilant quant à l'apprentissage des connaissances sur les antirejets et sur la diététique de la greffe.

Le suivi éducatif devrait se poursuivre à l'officine. Or les compétences des pharmaciens officinaux concernant les médicaments de la greffe hépatique semblent limitées. Des mises à jour plus fréquentes des connaissances par les formations pourraient permettre une prise en charge des patients plus optimale.

## Bibliographie

- [1] Agence de la biomédecine - Le rapport annuel médical et scientifique 2015 [Internet]. [cité 18 mai 2017]. Disponible sur: <https://www.agence-biomedecine.fr/annexes/bilan2015/donnees/organes/05-foie/synthese.htm>
- [2] Dufour O. Evaluation des questionnaires remis aux patients transplantés après la consultation pharmaceutique: épreuve de l'hôpital de la Croix-Rousse, Hospices civils de Lyon [PhD Thesis]. 2013.
- [3] Starzl TE, Van Thiel D, Tzakis AG, Iwatsuki S, Todo S, Marsh JW, et al. Orthotopic liver transplantation for alcoholic cirrhosis. *JAMA: the journal of the American Medical Association*. 1988;260(17):2542.
- [4] Suivi médical après une Greffe de Foie [Internet]. Centre Hépatobiliaire Paul Brousse. 2014 [cité 21 sept 2017]. Disponible sur: <http://www.centre-hepato-biliaire.org/transplantation-greffe-foie/suivi-medical-post-greffe.html>
- [5] Post-Liver Transplantation Management [Internet]. [cité 21 sept 2017]. Disponible sur: <http://www.clevelandclinicmeded.com/medicalpubs/diseasemanagement/hepatology/post-liver-transplantation-management/>
- [6] Fisher RA, Cotterell AH, Maluf DG, Stravitz RT, Ashworth A, Nakatsuka M, et al. Adult living donor versus deceased donor liver transplantation: A 10-year prospective single center experience. :10.
- [7] Gruttadauria S, Vasta F, Mandalà L, Cintonino D, Piazza T, Spada M, et al. Basiliximab in a Triple-Drug Regimen With Tacrolimus and Steroids in Liver Transplantation. *Transplantation Proceedings*. 1 juill 2005;37(6):2611-3.
- [8] Late hepatic allograft dysfunction - Wiesner - 2001 - Liver Transplantation - Wiley Online Library [Internet]. [cité 15 mars 2018]. Disponible sur: <https://aasldpubs.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1053/jlts.2001.29094>
- [9] Late Acute Liver Allograft Rejection; A Study of Its Natural... : Transplantation [Internet]. [cité 15 mars 2017]. Disponible sur: [https://journals.lww.com/transplantjournal/Fulltext/2013/04150/Late\\_Acute\\_Liver\\_Allograft\\_Rejection\\_\\_A\\_Study\\_of.9.aspx](https://journals.lww.com/transplantjournal/Fulltext/2013/04150/Late_Acute_Liver_Allograft_Rejection__A_Study_of.9.aspx)
- [10] Methylprednisolone therapy for acute rejection: Too much of a good thing? - Goddard - 2002 - Liver Transplantation - Wiley Online Library [Internet]. [cité 17 mars 2017]. Disponible sur: <https://aasldpubs.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1053/jlts.2002.33486>
- [11] Bardet J-D, Charpiat B, Bedouch P, Rebillon M, Ducerf C, Gauchet A, et al. Illness representation and treatment beliefs in liver transplantation: An exploratory qualitative study. In: *Annales pharmaceutiques francaises*. Elsevier; 2014. p. 375–387.
- [12] Abraham SC, Furth EE. Receiver operating characteristic analysis of serum chemical parameters as tests of liver transplant rejection and correlation with histology. *Transplantation*. 1995;59(5):740–746.
- [13] Demetris AJ, Batts KP, Dhillon AP, Ferrell L, Fung J, Geller SA, et al. Banff schema for grading liver allograft rejection: an international consensus document. *Hepatology*. 1997;25(3):658–663.

- [14] Calmus Y. Immunosuppression après transplantation hépatique. *La Presse Médicale*. 2009;38(9):1307–1313.
- [15] Hodson EM, Craig JC, Strippoli GF, Webster AC. Antiviral medications for preventing cytomegalovirus disease in solid organ transplant recipients. *Cochrane Database Syst Rev*. 2008;2.
- [16] Martin SI, Fishman JA. Pneumocystis pneumonia in solid organ transplantation. *American Journal of Transplantation*. 2013;13(s4):272–279.
- [17] Fishman JA. Pneumocystis carinii and parasitic infections in transplantation. *Infectious disease clinics of North America*. 1995;9(4):1005–1044.
- [18] La vie après une Greffe du Foie [Internet]. Centre Hépato-Biliaire Paul Brousse. 2014 [cité 21 sept 2017]. Disponible sur: <http://www.centre-hepato-biliaire.org/transplantation-greffe-foie/apres-la-greffe.html>
- [19] AFEF» E-learning Medical Education» Vidéoconférences :: Suivi à long terme après transplantation hépatique [Internet]. [cité 5 aou 2018]. Disponible sur: <http://www.afef.asso.fr/ELEARNING/videoconferences/suivi-long-terme-apres-tc>
- [20] Gaignard M. Rôle du pharmacien d’officine dans la délivrance et les conseils associés aux traitements immunosuppresseurs chez le patient adulte transplanté hépatique. 2014;
- [21] Anastácio LR, Diniz KG, Ribeiro HS, Ferreira LG, Lima AS, Correia MIT, et al. Prospective evaluation of metabolic syndrome and its components among long-term liver recipients. *Liver International*. 2014;34(7):1094–1101.
- [22] Organization WH. Therapeutic patient education: continuing education programmes for health care providers in the field of prevention of chronic diseases: report of a WHO working group. 1998;
- [23] d’Ivernois J-F, Gagnayre R. Apprendre à éduquer le patient: approche pédagogique. Vol. 4. Maloine; 2004.
- [24] Barrios C, Benoît C. Hygiène, médecine préventive. santé publique. l’infirmière et la prévention. Document pédagogique de Mssistance publique sur l’éducation sanitaire. 1986;
- [25] Kurtz SM, Silverman JD. The Calgary—Cambridge Referenced Observation Guides: an aid to defining the curriculum and organizing the teaching in communication training programmes. *Medical education*. 1996;30(2):83–89.
- [26] Richard C, Lussier MT, Kurtz S. Une présentation de l’approche Calgary-Cambridge. *La communication professionnelle en santé*. 2005;291–324.
- [27] Marcotte S, Tardif, J. (1992). Pour un enseignement stratégique: l’apport de la psychologie cognitive. Montréal: Éditions Logiques. *Revue des sciences de l’éducation*. 1993;19(2):421.
- [28] Jacquemet S, Certain A. Education thérapeutique du patient: rôles du pharmacien. *Bulletin de l’Ordre*. 2000;367:269–275.
- [29] Monnier G, Charpiat B, Serratrice F, Bossaert S, Fourcade N, Ducerf C. Evaluation de l’apport d’une consultation de pharmacie sur les connaissances des patients transplantés hépatiques. *Thérapie*. 2003;58(4):305–311.

- [30] Patel PH, Bibee K, Lim G, Malik SM, Wu C, Pugliano-Mauro M. Evaluating retention of skin cancer education in kidney transplant recipients reveals a window of opportunity for re-education. In: *Transplantation proceedings*. Elsevier; 2017. p. 1318–1324.
- [31] Jacquemet S. Comment assurer l'évaluation en éducation thérapeutique des patients?: Enseignement du patient. *Médecine et hygiène*. 2004;62(2484):1154–1158.
- [32] d'Ivernois J-F, Gagnayre R. Propositions pour l'évaluation de l'éducation thérapeutique du patient. *ADSP*. 2007;58:57–61.
- [33] Founini M. Éducation thérapeutique du patient en transplantation rénale au CHU de Nantes: présentation du programme, implication pharmaceutique et démarche d'évaluation [PhD Thesis]. 2013.
- [34] Bilan Pré-Greffe [Internet]. Centre Hépato-Biliaire Paul Brousse. 2014 [cité 21 sept 2017]. Disponible sur: <http://www.centre-hepato-biliaire.org/transplantation-greffe-foie/bilan-pre-greffe.html>
- [35] Brandon M-T, Charpiat B. La consultation pharmaceutique en transplantation hépatique: une contribution à l'éducation thérapeutique des patients. In: *Annales Pharmaceutiques Françaises*. Elsevier; 2009. p. 41–53.
- [36] Lamouroux A, Magnan A, Vervloet D. Compliance, observance ou adhésion thérapeutique: de quoi parlons-nous? 2008;
- [37] Germani G, Lazzaro S, Gnoato F, Senzolo M, Borella V, Rupolo G, et al. Nonadherent behaviors after solid organ transplantation. In: *Transplantation proceedings*. Elsevier; 2011. p. 318–323.
- [38] Fine RN, Becker Y, De Geest S, Eisen H, Ettenger R, Evans R, et al. Nonadherence consensus conference summary report. *American Journal of Transplantation*. 2009;9(1):35–41.
- [39] Baudrant-Boga M. Penser autrement le comportement d'adhésion du patient au traitement médicamenteux: modélisation d'une intervention éducative ciblant le patient et ses médicaments dans le but de développer des compétences mobilisables au quotidien- Application aux patients diabétiques de type 2 [PhD Thesis]. Université Joseph-Fourier-Grenoble I; 2009.
- [40] Penta M, Arnould C, Decruynaere C. Développer et interpréter une échelle de mesure: applications du modèle de Rasch. Editions Mardaga; 2005.
- [41] Les étapes de la démarche éducative - EM|consulte [Internet]. [cité 2 jan 2018]. Disponible sur: <http://www.em-consulte.com/rmr/article/151363>
- [42] Finetti B de. Methods for discriminating levels of partial knowledge concerning a test item. *British Journal of Mathematical and Statistical Psychology*. 1965;18(1):87–123.
- [43] Bruttomesso D, Gagnayre R, Leclercq D, Crazzolaro D, Busata E, d'Ivernois J-F, et al. The use of degrees of certainty to evaluate knowledge. *Patient Education and Counseling*. 2003;51(1):29–37.
- [44] Leclercq D. La connaissance partielle chez le patient: pourquoi et comment la mesurer. *Education thérapeutique du patient-Therapeutic patient education*. 2009;1(2):S201–S212.
- [45] Twain M. citation attribuée sans date de référence

- [46] Boulé S, Laveault D. dans un contexte d'évaluation diagnostique. Des mécanismes pour assurer la validité de l'interprétation de la mesure en éducation. 2011;2:31.
- [47] Bordenave-Gabriel C, Giraud-Baro E, De Beauchamp I, Bougerol T, Calop J. Peut-on établir un lien entre information, connaissance et observance médicamenteuse chez les patients souffrant de troubles psychotiques? *Journal de Pharmacie clinique*. 2002;21(2):123-9.
- [48] Mendes KDS, Junior S, E O de C, Ziviani L da C, Rossin FM, Zago MMF, et al. Educational intervention for liver transplantation candidates. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. févr 2013;21(1):419-25.
- [49] de Oliveira PC, Mucci S, Silva E Silva V, Leite RF, Paglione HB, Erbs JL, et al. Assessment of Factors Related to Adherence to Treatment in Liver Transplantation Candidates. *Transplant Proc*. sept 2016;48(7):2361-5.
- [50] Arenas-González FM, Padín-López S, González-Escobosa AC. Effects of a pre-transplant educational program on the improvement of knowledge at hospital discharge after a liver transplant. *Enfermeria clinica*. 2012;22(2):83-90.
- [51] Talavera-Pons S, Jury F, Mulliez A, Lamblin G, Laurent D, Abergel A, et al. Le patient greffé hépatique à l'officine: analyse des besoins des pharmaciens pour optimiser le relais hôpital-ville. *Le Pharmacien Hospitalier et Clinicien*. 2017;52(1):58-63.

**BARTHOLLET Timothée**

**Evaluation des connaissances avec degré de certitude des patients transplantés hépatiques sur leurs traitements médicamenteux. *Expérience de l'hôpital de la Croix Rousse, Hospices Civils de Lyon.***

Th. D. Pharm., Lyon 1, 2018, 78p.

## **RESUME**

Cette étude a pour objectif d'évaluer les connaissances des patients transplantés hépatiques de l'hôpital de la Croix Rousse. L'étude concerne les médicaments prescrits et ce qui entoure la médication de la greffe. Elle était prospective sur 9 mois. Un questionnaire vrai/faux avec une échelle verbale de certitude a été élaboré. Au total, 58 entretiens auprès de 52 greffés ont été réalisés.

87% de bonnes réponses sur l'ensemble du questionnaire ont été données et 78% de ces réponses avec un haut degré de certitude. Il y a eu 100% de bonnes réponses avec haut degré de certitude sur la prise du cellcept, la prise des anti-rejets et la protection contre le soleil. Six patients sur quarante-huit pensaient avec un haut degré de certitude que le poisson cru était autorisé après la greffe. Pour l'advagraf quatre patients ont répondu avec un haut degré de certitude que l'on pouvait le prendre en mangeant. 76% et 79% de bonnes réponses ont été obtenues pour les questions sur le Bactrim FORTE avec 27% et 64% de haut degré de certitude parmi les greffés qui n'ont pas répondu correctement.

Cette étude a permis d'identifier les errances et les acquis des patients transplantés hépatiques. Elle a permis d'analyser les points essentiels sur lesquels la consultation d'éducation thérapeutique de pharmacie doit insister. Par son contact régulier avec le patient, le pharmacien d'officine doit jouer un rôle majeur dans le suivi thérapeutique.

## **MOTS CLES**

Transplantation Hépatique ; Education thérapeutique ; Evaluation ; Connaissances ; Degré de certitude

## **JURY**

M. TOD Michel, Professeur Universitaire - Praticien Hospitalier

M. CHARPIAT Bruno, Docteur en Pharmacie - Praticien Hospitalier

Mme FEUTRIER Corinne, Docteur en Pharmacie - Praticien Hospitalier

Mme RADENNE Sylvie, Docteur en médecine - Gastro-entérologue et Hépatologue

## **DATE DE SOUTENANCE**

Mardi 24 Avril 2018

## **ADRESSE DE L'AUTEUR**

71, Place Voltaire – 69003 Lyon