



Élaboration et évaluation d'une grille d'aide à l'entretien pharmaceutique pour accompagner les patients asthmatiques : de l'expérience de l'école de l'asthme grenobloise, à l'application en officine

Maud Jonchery

► To cite this version:

Maud Jonchery. Élaboration et évaluation d'une grille d'aide à l'entretien pharmaceutique pour accompagner les patients asthmatiques : de l'expérience de l'école de l'asthme grenobloise, à l'application en officine. Sciences pharmaceutiques. 2012. dumas-00913759

HAL Id: dumas-00913759

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00913759>

Submitted on 4 Dec 2013

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

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

AVERTISSEMENT

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

Il n'a pas été réévalué depuis la date de soutenance.

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

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

Contact au SICD1 de Grenoble : thesebum@ujf-grenoble.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

Année : 2012



N°

**Élaboration et évaluation d'une grille d'aide à l'entretien
pharmaceutique pour accompagner les patients
asthmatiques : de l'expérience de l'école de l'asthme
grenobloise, à l'application en officine.**

Thèse présentée pour l'obtention du titre de docteur en pharmacie diplôme d'état.

Par Mademoiselle **Maud JONCHERY**

Née le 3 juillet 1988 à ÉCHIROLLES, Isère (38)

Thèse soutenue publiquement à la faculté de pharmacie de Grenoble, le 3 décembre
2012 devant le jury composé de :

Président du jury :	M. le Docteur Benoît ALLENET
Directeur de Thèse :	Mme. le Docteur Catherine LLERENA
Autres membres :	M. le Docteur Pierrick BEDOUCH
	Mme. le Docteur Audrey LEHMANN
	Mme. le Docteur Christel RODRIGUEZ

*La Faculté de Pharmacie de Grenoble n'entend donner aucune approbation ni improbation
aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions sont considérées comme propres à leurs
auteurs.*

Doyen de la Faculté : **M. Christophe RIBUOT**

Vice-doyen et Directeur des Etudes : **Mme Delphine ALDEBERT**

Année 2010-2011

PROFESSEURS A L'UFR DE PHARMACIE (n = 18)

BAKRI	Aziz	Pharmacie Gélénique et Industrielle, Formulation et Procédés Pharmaceutiques (TIMC-IMAG)
BOUMENDJEL	Ahcène	Chimie Organique (D.P.M.)
BURMEISTER	Wim	Biophysique (U.V.H.C.I)
CALOP	Jean	Pharmacie Clinique (TIMC-IMAG, PU-PH)
CORNET	Murielle	Parasitologie – Mycologie Médicale (LAPM, PU-PH)- <i>À partir du 1^{er} mai</i>
DANEL	Vincent	Toxicologie (SMUR SAMU / PU-PH)
DECOUT	Jean-Luc	Chimie Inorganique (D.P.M.)
DROUET	Christian	Immunologie Médicale (TIMC-IMAG)
DROUET	Emmanuel	Microbiologie (U.V.H.C.I) -
FAURE	Patrice	Biochimie (HP2/PU-PH)
GODIN-RIBUOT	Diane	Physiologie-Pharmacologie (HP2)
GRILLOT	René	Parasitologie – Mycologie Médicale (LAPM, PU-PH)
LENORMAND	Jean Luc	Ingénierie Cellulaire, Biothérapies (THEREX, TIMC, IMAG)
MOSSUZ	Pascal	Hématologie (PU-PH) - <i>À partir du 1^{er} mai</i>
PEYRIN	Eric	Chimie Analytique (D.P.M.)
SEVE	Michel	Biochimie – Biotechnologie (IAB, PU-PH)
RIBUOT	Christophe	Physiologie – Pharmacologie (HP2)
ROUSSEL	Anne-Marie	Biochimie Nutrition (L.B.F.A)
WOUESSIDJEW	Denis	Pharmacotechnie (D.P.M.)

ASSISTANTS HOSPITALO-UNIVERSITAIRES (AHU) (n=2)

BUSSER	Benoît	Biochimie (IAB, AHU-Biochimie)
MONNERET	Denis	Biochimie (HP2, AHU-Biochimie)

ENSEIGNANTS ANGLAIS (n=3)

COLLE	Pierre Emmanuel	Maître de conférence
FITE	Andrée	Professeur Certifié
GOUBIER	Laurence	professeur Certifié

ATER (n= 5)

DEFENDI Frédérica	ATER	Immunologie Médicale (GREPI-TIMC)
GRATIA Séverine	½ ATER	Biochimie Biotechnologie (LBFA)
REGENT Myriam	½ ATER	Biochimie Biotechnologie (IAB)
ROSSI Caroline	ATER	Anglais Master ISM (JR)
RUFFIN Emilie	ATER	Pharmacie Galénique (Therex/TIMC, La serve)
SAPIN Emilie	ATER	Physiologie Pharmacologie (HP2)

MONITEUR ET DOCTORANTS CONTRACTUELS (n=7)

BOUCHET	Audrey	(01-10-2009 au 30-09-2012)	Biotechnologie (GIN, ESRF)
DUCAROUGE	Benjamin	(01-10-2008 au 30-09-2011)	Laboratoire HP2 (JR)
FAVIER	Mathieu	(01-10-2009 au 30-09-2012)	Laboratoire HP2 (JR)
GRAS	Emmanuelle	(01-10-2010 au 30-09-2013)	Laboratoire HP2 (JR)
HAUDECOEUR	Romain	(01-10-2008 au 30-09-2011)	Chimie Thérapeutique (DPM)
LESART	Anne-Cécile	(01-10-2009 au 30-09-2013)	Informatique C2i
POULAIN	Laureline	(01-10-2009 au 30-09-2012)	Laboratoire HP2 (JR)

PROFESSEURS ASSOCIES (PAST) (n=3)

BELLET :	Béatrice	Pharmacie Clinique
RIEU	Isabelle	Qualitologie (Praticien Attaché – CHU)
TROUILLER	Patrice	Santé Publique (Praticien Hospitalier – CHU)

ATER : Attachés Temporaires d'Enseignement et de Recherches
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
CIB : Centre d'Innovation en Biologie
DPM : Département de Pharmacochimie Moléculaire
HP2 : Hypoxie Physiopathologie Respiratoire et Cardiovasculaire
IAB : Institut Albert Bonniot, Centre de Recherche « Oncogenèse et Ontogenèse »
IBS : Institut de Biologie Structurale
JR : Jean Roget
LAPM : Laboratoire Adaptation et Pathogenèse des Microorganismes
LBFA : Laboratoire Bioénergétique Fondamentale et Appliquée
LCBM : Laboratoire Chimie et Biologie des Métaux
LCIB : Laboratoire de Chimie Inorganique et Biologie
LECA : Laboratoire d'Ecologie Alpine
LR : Laboratoire des Radio pharmaceutiques
PAST : Professeur Associé à Temps Partiel
PRAG : Professeur Agrégé
TIMC-IMAG : Laboratoire Technique de l'Imagerie, de la Modélisation et de Cognition
UVHCI : Unit of Virus Host Cell Interactions

Doyen de la Faculté : **M. Christophe RIBUOT**
Vice-doyen et Directeur des Etudes : **Mme Delphine ALDEBERT**

Année 2010-2011

MAITRE DE CONFERENCES DE PHARMACIE (n = 34)

ALDEBERT	Delphine	Parasitologie-Mycologie (L.A.P.M)
ALLENET	Benoît	Pharmacie Clinique (ThEMAS TIMC-IMAG / MCU-PH)
BATANDIER	Cécile	Nutrition et Physiologie (L.B.F.A)
BRETON	Jean	Biologie Moléculaire / Biochimie (L.C.I.B – LAN)
BRIANCON-MARJOLLET	Anne	Physiologie Pharmacologie (HP2)
BUDAYOVA SPANO	Monika	Biophysique (I.B.S)
CAVAILLES	Pierre	Biologie Cellulaire et génétique (L.A.P.M)
CHOISNARD	Luc	Pharmacotechnie (D.P.M)
DELETRAZ-DELPORTE	Martine	Droit Pharmaceutique
DEMEILLIERS	Christine	Biochimie (L.B.F.A)
DURMORT-MEUNIER	Claire	Biotechnologies (I.B.S)
GEZE	Annabelle	Pharmacotechnie (D.P.M)
GERMI	Raphaëlle	Microbiologie (U.V.H.C.I / MCU-PH)
GILLY	Catherine	Chimie Thérapeutique (D.P.M)
GROSSET	Catherine	Chimie Analytique (D.P.M)
GUIEU	Valérie	Chimie Analytique (D.P.M)
HININGER-FAVIER	Isabelle	Biochimie (L.B.F.A)
JOYEUX-FAURE	Marie	Physiologie - Pharmacologie (HP2)
KHALEF	Nawel	Pharmacie Galénique (TIMC-IMAG)
KRIVOBOK	Serge	Biologie Végétale et Botanique (L.C.B.M)
MOUHAMADOU	Bello	Cryptogamie, Mycologie Générale (L.E.C.A)
MORAND	Jean-Marc	Chimie Thérapeutique (D.P.M)
MELO DE LIMA	Christelle	Biostatistiques (L.E.C.A)
NICOLLE	Edwige	Chimie Thérapeutique (D.P.M)
PERES	Basile	Pharmacognosie (D.P.M)
PEUCHMAUR	Marine	Chimie Organique (D.P.M.)
PINEL	Claudine	Parasitologie - Mycologie Médicale (GIN / MCU-PH)
RACHIDI	Walid	Biochimie (L.C.I.B)
RAVEL	Anne	Chimie Analytique (D.P.M)
RAVELET	Corinne	Chimie Analytique (D.P.M)
SOUARD	Florence	Pharmacognosie (D.P.M)
TARBOURIECH	Nicolas	Biophysique (U.V.H.C.I.)
VANHAVERBEKE	Cécile	Chimie Organique (D.P.M.)
VILLET	Annick	Chimie Analytique (VP Form Adjoint UJF, D.P.M.)

DOMAINE DE LA MERCI
38706 LA TRONCHE CEDEX – France
TEL : +33 (0)4 75 63 71 00
FAX : +33 (0)4 75 63 71 70

ATER : Attachés Temporaires d'Enseignement et de Recherches
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
CIB : Centre d'Innovation en Biologie
DPM : Département de Pharmacochimie Moléculaire
HP2 : Hypoxie Physiopathologie Respiratoire et Cardiovasculaire
IAB : Institut Albert Bonniot, Centre de Recherche « Oncogenèse et Ontogenèse »
IBS : Institut de Biologie Structurale
JR : Jean Roget
LAPM : Laboratoire Adaptation et Pathogenèse des Microorganismes
LBFA : Laboratoire Bioénergétique Fondamentale et Appliquée
LCBM : Laboratoire Chimie et Biologie des Métaux
LCIB : Laboratoire de Chimie Inorganique et Biologie
LECA : Laboratoire d'Ecologie Alpine
LR : Laboratoire des Radio pharmaceutiques
PAST : Professeur Associé à Temps Partiel
PRAG : Professeur Agrégé
TIMC-IMAG : Laboratoire Technique de l'Imagerie, de la Modélisation et de Cognition
UVHCI : Unit of Virus Host Cell Interactions

Remerciements

À Alex,

Pour ton amour et ton éternel soutien, tes encouragements, ta soif de réussite, qui me donnent des ailes et me permettent d'avancer. Merci aussi pour les longues soirées de relecture et d'amélioration apportées à cette thèse. Ces 4 années à tes côtés m'ont comblée de bonheur.

À mes parents, Laure, Maëlle et Sylvain,

Ma super famille qui m'a soutenu et aidé durant ces 6 ans d'études, tout particulièrement la première année, où chacun m'a apporté son soutien à sa manière.

À Évelyne et Max,

Pour m'avoir aidé dans la syntaxe de cette thèse, et pour m'avoir accueillie dans votre famille.

À Charlotte, Marion, Serge et Jonathan,

Pour votre soutien, vos regards critiques, et votre amitié.

À Christine et Coline,

Pour ces bons moments partagés, et votre soutien dans les coups durs, je vous adore !

À Aurélie, Cécilia, Dorine et Yohan,

Pour ces 6 années, pleines de bons souvenirs et de fou-rires.

À Valentin,

Pour m'avoir suivi dans cette folle aventure des études de santé, et pour les séances de révisions qu'on a partagées.

À Katy, ma maître de thèse,

Pour m'avoir fait partager ta passion de l'éducation thérapeutique aux jeux de l'air, de m'avoir permis de faire une thèse qui me ressemble, et qui soit utile au monde de l'officine.

À Pierrick,

Pour m'avoir suivi et conseillé tout au long de cette aventure, pour m'avoir présenté Katy, et pour avoir accepté de juger mon travail.

À Benoit Allenet,

Pour avoir accepté de présider ce jury et pour vous être adapté à ma situation.

À Audrey,

Pour m'avoir fait part de ton savoir, à la rétrocession comme aux jeux de l'air.

À Christel,

Pour t'être intéressé dès le début à ma thèse et pour avoir accepté de faire partie de ce jury.

À toute l'équipe de la pharmacie Luu Duc,

Pour m'avoir transmis l'amour et les savoirs de ce beau métier.

À tous les pharmaciens ayant participé à l'évaluation de mon travail,

Tout particulièrement à Baptiste et Anne, pour le temps que vous m'avez consacré et les bonnes idées dont vous m'avez fait part.

À toute l'équipe des Jeux de l'air,

Pour m'avoir accueillie et m'avoir fait participer, dans la bonne humeur et la convivialité.

Et enfin, un grand MERCI à tous ceux qui ont répondu présent pour être à mes côtés en ce lundi 3 décembre 2012.

Abréviations

ACT : Asthma Control Test

AINS : Anti-Inflammatoire Non Stéroïdien

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé

ARS : Agence Régionale de Santé

BPCO : Broncho-Pneumopathie Chronique Obstructive

Cespharm : Comité d'Education Sanitaire et Sociale de la Pharmacie Française

CESSPF : Comité d'Education Sanitaire et Sociale de la Pharmacie Française

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CI : Corticoïdes Inhalés

CMEI : Conseiller Médical en Environnement Intérieur
DEP : Débit Expiratoire de
Pointe

EFR : Exploration Fonctionnelle Respiratoire

ESPS : Enquête de Santé et Protection Sociale

ETP : Education Thérapeutique du Patient

GINA : Global Initiative for Asthma

HAS : Haute Autorité de Santé

HPST : Hôpital, Patient, Santé et Territoires

HTA : Hypertension Artérielle

IgE : Immunoglobuline E

INSERM : Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale

INR : International Normalized Ratio

LP : Libération Prolongée

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ORL : Oto-Rhino-Laryngologie

PAPE : Plan d'Action Personnalisé Ecrit

PMSI : Programme de Médicalisation des Systèmes d'Informations

UTIP-FPC : Union inter-technique pharmaceutique de formation pharmaceutique
continue

VEMS : Volume Expiratoire Maximal par Seconde

Sommaire

Remerciements.....	6
Abréviations.....	8
I. Introduction.....	12
II. L'asthme : approche bibliographique	13
1. Définition	13
2. Epidémiologie.....	13
2.1. Prévalence	13
2.2. Mortalité	15
2.3. Dépenses de santé	15
3. Physiopathologie	16
4. Clinique	18
5. Prise en charge	19
5.1. Contrôle des facteurs de risque	19
5.2. Traitement de fond	21
5.3. Traitement de crise	27
III. L'éducation thérapeutique du patient asthmatique	29
1. Définitions	29
2. Modèle d'une démarche éducative : les jeux de l'air du CHU de Grenoble ..	31
2.1. Objectifs des écoles de l'asthme	31
2.2. L'expérience des Jeux de l'air de Grenoble	31
2.3. Résultats des écoles de l'asthme	36
3. Rôle du pharmacien dans l'accompagnement du patient asthmatique	37
3.1 Performance des pharmaciens d'officine	37
3.2 L'entretien pharmaceutique : nouvelle mission du pharmacien d'officine	39
3.3 Rôle éducatif des officinaux et différence avec l'ETP	40
4. Lien entre l'hôpital et l'officine : le PAPE.....	42

4.1. Les recommandations et intérêts	42
4.2. Description du PAPE	42
4.3. Personnalisation	43
4.4. Patients cibles.....	43
4.5. Différents types de PAPE	44
4.6 Présentation du PAPE des jeux de l'air	44
IV. Élaboration d'outils d'aide à l'entretien pharmaceutique	47
1. Guide pratique sur le PAPE	47
2. Grille d'aide à l'entretien pharmaceutique	49
3. Évaluation de la grille et du guide par les officinaux	54
3.1. Méthodes	54
3.2. Résultats et améliorations apportées aux documents.....	55
V. Conclusion.....	62
Bibliographie.....	64
Annexes.....	67

Table des illustrations

<i>Figure 1 : Epidémiologie de l'asthme.</i>	14
<i>Figure 2 : L'asthme dans la population.</i>	14
<i>Figure 3 : Coût financier de l'asthme.</i>	15
<i>Figure 4 : Bronches normale et asthmatique (8).</i>	17
<i>Figure 5 : Facteurs déclenchant la crise d'asthme et stratégie d'éviction (2).</i>	20
<i>Figure 6 : Critères de contrôle de l'asthme selon GINA 2006.</i>	22
<i>Figure 7 : Étapes du traitement en fonction du contrôle de l'asthme chez les adolescents et les enfants de plus de 5 ans selon GINA 2006.</i>	23
<i>Figure 8 : Doses équivalentes des corticostéroïdes à inhaler selon GINA 2006.</i>	25
<i>Figure 9 : PAPE des jeux de l'air de Grenoble : version enfant.</i>	45
<i>Figure 10 : PAPE des jeux de l'air de Grenoble : version pour les parents.</i>	46
<i>Figure 11 : Compétences à acquérir pour le patient (19).</i>	51

Table des annexes

Annexe 1 : Article 36 et 38 de la loi HPST	67
Annexe 2 : Convention nationale entre la sécurité sociale et les titulaires d'officines	68
Annexe 3 : Guide destiné aux pharmaciens	70
Annexe 4 : Grille d'aide à l'entretien pharmaceutique pour asthmatique non équilibré.	79
Annexe 5 : Exemple d'application de la grille	85
Annexe 6 : Questionnaire de satisfaction du guide et de la grille	90

I. Introduction

L'asthme est une maladie chronique fréquente, avec une prévalence de 6,7% en France. Elle est en constante augmentation et touche tous les âges. Malgré des connaissances sur les mécanismes de cette pathologie, les facteurs de risque environnementaux, et un arsenal thérapeutique complet et efficace, en France, 60% des asthmatiques ne sont pas contrôlés, provoquant chaque année 54 000 hospitalisations et 1 000 décès par asthme. En plus du coût engendré, la qualité de vie des patients est altérée, la présence des symptômes et des crises les empêchant de participer à certaines activités du quotidien et pouvant être responsables d'une exclusion sociale. Vivre avec une maladie chronique implique que le patient prenne en main son traitement afin d'être le plus autonome possible, en sachant éviter et gérer les éventuelles crises et exacerbations.

L'éducation du patient asthmatique fait partie des recommandations nationales et internationales. Des séances d'éducation thérapeutique des patients s'organisent sur tout le territoire, afin de les aider à vivre avec leur pathologie. Les écoles de l'asthme sont des modèles d'éducation thérapeutique du patient qui ont prouvé leur efficacité dans le domaine de l'asthme.

La loi « Hôpital, Patients, Santé, et Territoire », puis la convention nationale entre les pharmaciens titulaires et l'assurance maladie, réorganisent les fonctions et rémunérations des officinaux, les plaçant au cœur de l'éducation et de l'accompagnement des patients asthmatiques, par la mise en place d'entretiens pharmaceutiques, prévu pour fin 2013.

L'objectif de cette thèse est de développer un outil pour aider l'officiel dans cette nouvelle mission, d'évaluer son besoin et sa faisabilité.

Après des rappels bibliographiques sur la prise en charge de l'asthme, nous développerons l'éducation thérapeutique du patient asthmatique. Nous illustrerons nos propos grâce à l'expérience de l'école de l'asthme du CHU de Grenoble. Puis nous aborderons le rôle des pharmaciens d'officine dans l'accompagnement du patient asthmatique et nous présenterons un outil qui permet de faire le lien entre l'hôpital et l'officine : le plan d'action personnalisé écrit. Enfin, dans une dernière partie, nous vous proposons un travail original pour l'application à l'officine.

II. L'asthme : approche bibliographique

1. Définition

Selon le GINA (Global Initiative for Asthma) 2011. « L'asthme est une maladie inflammatoire chronique des voies aériennes impliquant de nombreuses cellules, notamment les mastocytes, les éosinophiles et les lymphocytes T. L'inflammation chronique est associée à une hyperréactivité bronchique, menant à la survenue d'épisodes récidivants de sifflements, de gêne respiratoire, d'oppression thoracique et de toux, particulièrement la nuit ou au petit matin. Ces épisodes sont habituellement associés à une obstruction bronchique d'intensité variable et généralement réversible spontanément ou sous l'effet d'un traitement » (1)

2. Epidémiologie

2.1. Prévalence

Selon l'Enquête Santé et Protection Sociale (ESPS) de 2006, la prévalence actuelle de l'asthme (patient ayant présenté des symptômes de l'asthme au cours des douze derniers mois) est de 6,7%. Elle augmente régulièrement (5,8 % en 1998) contrairement à ce qui a été observé ces dernières années dans certains pays (Royaume-Unis, Italie, Australie et Etats-Unis). (2, 3) La prévalence de l'asthme cumulatif (patient ayant eu des symptômes de l'asthme à un moment quelconque de la vie) atteint 10,2 %.

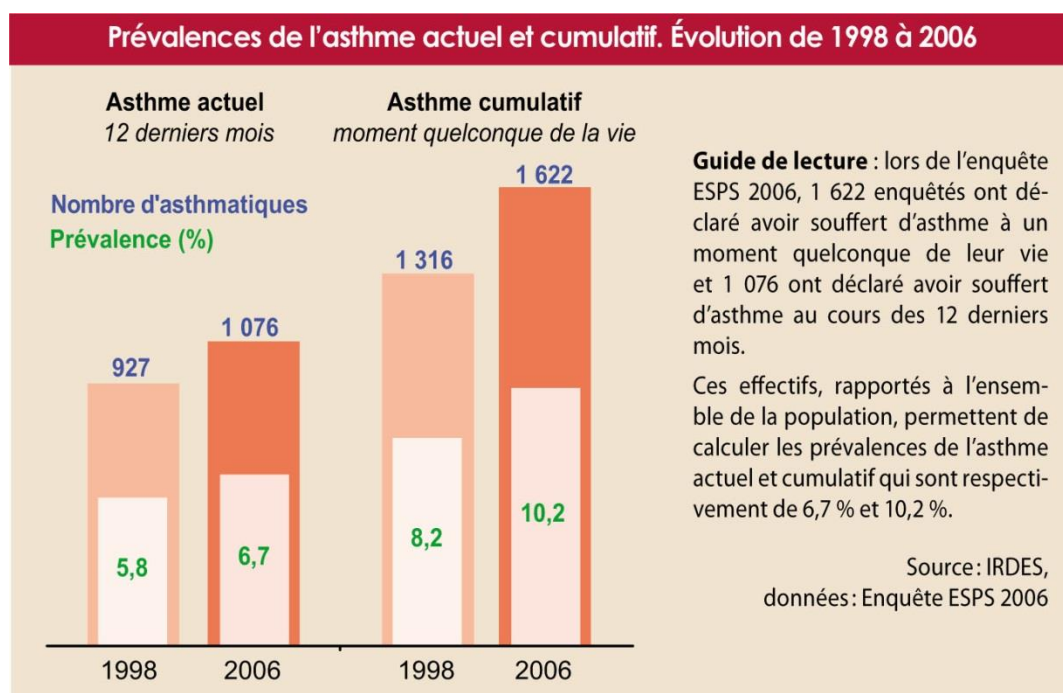
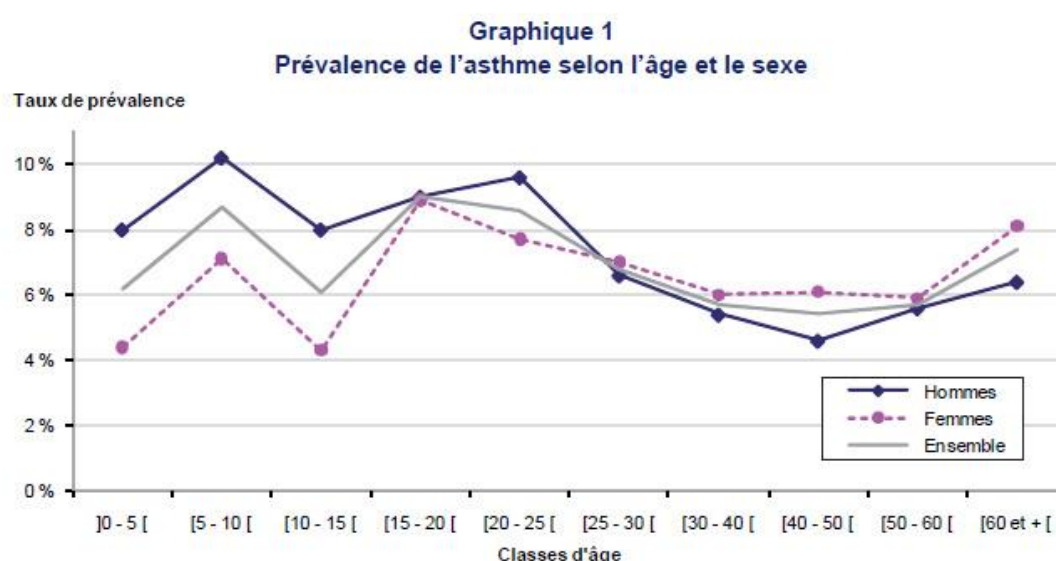


Figure 1 : Epidémiologie de l'asthme.

Chez six asthmatiques sur dix, le niveau de contrôle des symptômes est insuffisant (selon les critères du GINA 2006) : partiellement dans 46 % des cas et totalement dans 15 %. (2-4)

Chez les enfants, il existe de fortes disparités selon le sexe. Alors qu'environ 8 % des garçons de moins de 10 ans souffrent d'asthme, les filles du même âge ne sont que 5 %. Le ratio hommes/femmes s'inverse ensuite, les femmes étant plus souvent asthmatiques que les hommes.(5)



Source : Irdes. Données : Enquête santé protection sociale 2006.

Figure 2 : L'asthme dans la population.

2.2. Mortalité

En 2006 sont survenus 1038 décès par asthme, en France (données du Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (INSERM)).

Vis-à-vis de la mortalité par asthme, la France se situe dans une position moyenne par rapport aux autres pays européens.(3)

2.3. Dépenses de santé

La dépense médicale ambulatoire totale des asthmatiques englobe la prise en charge de l'asthme et celle des autres pathologies déclarées. En 2006, à âge et sexe comparables, elle s'élève en moyenne à 1 605 € contre 1 100 € chez les non-asthmatiques, soit 1,5 fois plus. Les asthmatiques totalement non contrôlés ont une dépense totale annuelle moyenne deux fois plus élevée que les contrôlés (2 920 € versus 1 371 €). Ceci est dû aux dépenses liées à l'asthme mais aussi à la comorbidité, le volume des dépenses pour maladies associées doublant (1 125 € versus 2 207 €). Les asthmatiques insuffisamment contrôlés recourent plus fréquemment au médecin généraliste.(6)

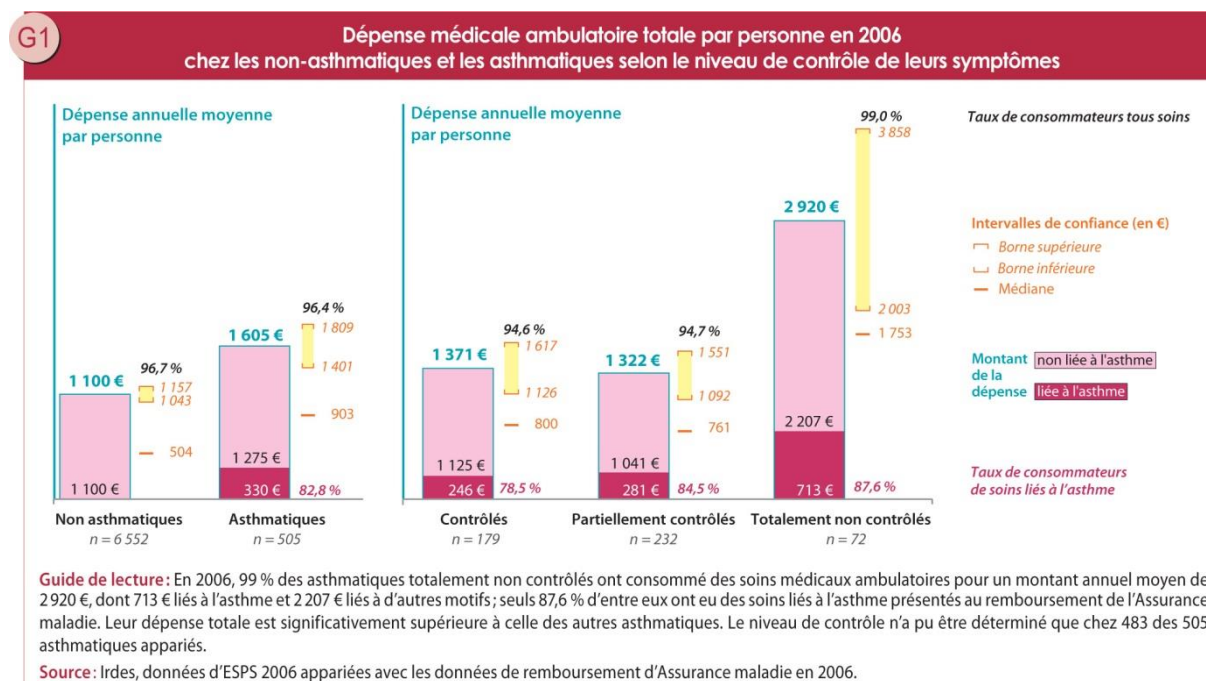


Figure 3 : Coût financier de l'asthme.

Selon les données du Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI), on dénombre en 2007, 54 130 hospitalisations pour asthme. Aucune

diminution des taux d'hospitalisation n'est observée chez l'enfant et, chez l'adulte, après une baisse entre 1998 et 2004, les taux semblent s'être stabilisés.(3)

L'asthme est l'un des cent objectifs prioritaires fixés par la loi de santé publique de 2004. La prévalence élevée qui touche toutes les tranches d'âge, la prévention possible des exacerbations et les coûts engendrés par cette maladie en font un véritable enjeu de santé publique. Il est à noter qu'une prise en charge adaptée et un asthme contrôlé permettent de réduire les coûts de santé.

3. Physiopathologie

L'asthme est une pathologie plurifactorielle et complexe, dans laquelle plusieurs mécanismes physiopathologiques cohabitent :

- L'inflammation est retrouvée de manière quasiment constante dans la pathologie asthmatique et ce, même dans les formes les plus mineures. On retrouve deux composantes :
 - Cellulaire, avec au cœur du processus le polynucléaire éosinophile, pouvant sécréter des médiateurs capables de remodeler l'environnement bronchique, mais aussi les lymphocytes T, principalement TH2, pouvant réguler via une signalisation par cytokines les autres cellules présentes,
 - Humorale, avec notamment les médiateurs classiques de l'inflammation tels que l'histamine, les dérivés de l'acide arachidonique (leucotriènes et prostaglandines), et autres cytokines spécifiques.

La chronicité de cette inflammation peut être responsable d'un remaniement des structures bronchiques, avec altération des structures élastiques, épaississement des membranes basales et hypertrophie du muscle lisse, pouvant amener à terme à insuffisance respiratoire chronique obstructive, proche de celle observée dans la BPCO,

- La constriction des cellules musculaires lisses entourant les conduits aériens (bronchoconstriction) va être provoquée par une sur-stimulation du système parasympathique cholinergique et par l'action directe des médiateurs

de l'inflammation. La rupture de l'équilibre avec les systèmes bronchodilatateurs (système adrénergique agissant sur les récepteurs β_2 bronchiques et responsable d'une relaxation du muscle lisse) entraîne alors une diminution du calibre bronchique,

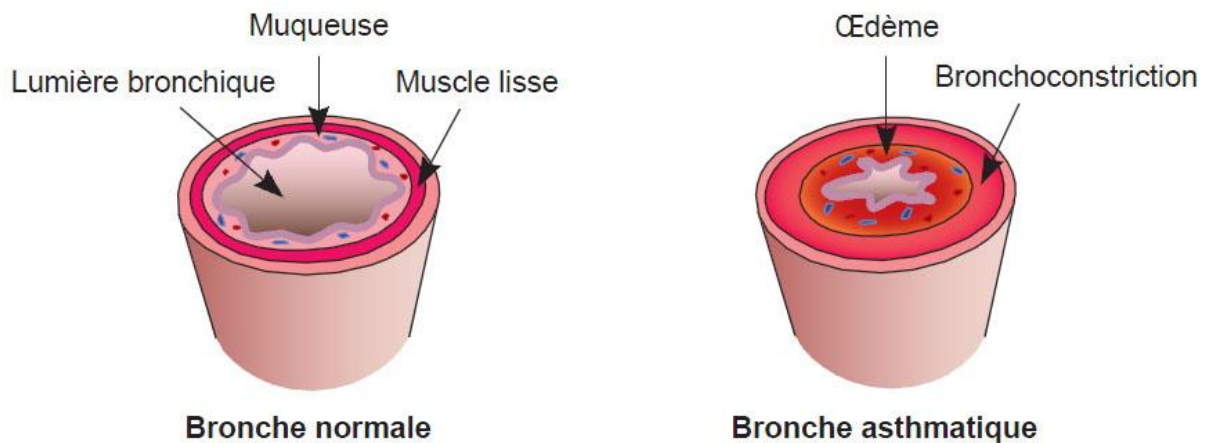


Figure 4 : Bronches normale et asthmatique (8).

- L'hypersécrétion de mucus par les glandes sous muqueuses, associée à l'hyperperméabilité des vaisseaux provoquée par l'inflammation et responsable d'œdème, contribuent également à obstruer la lumière bronchique rendant plus difficile l'écoulement d'air,
- Ces trois phénomènes sont exacerbés par une hyperréactivité globale des bronches qui rend l'arbre respiratoire de l'asthmatique anormalement sensible aux stimuli inhalés (allergènes, toxiques, substances irritantes...).(7)

C'est à partir de cette physiopathologie que la prise en charge de l'asthme s'organise.

4. Clinique

La phase aigüe de la pathologie asthmatique peut se classer en 3 niveaux cliniques de gravité :

- **La crise d'asthme simple**, forme la plus courante, consiste en l'apparition brutale d'une dyspnée avec toux et sifflements thoraciques à l'expiration principalement pouvant être perçus par l'entourage. Le patient est généralement pâle, suant et ressent un inconfort en position allongée. Ces symptômes ont une durée brève, d'environ quelques heures, et sont le plus souvent spontanément résolutifs. La crise s'achève avec une période d'asthénie,
- **L'exacerbation** consiste en un enchaînement de crises sur une période de quelques jours, une nouvelle crise pouvant même commencer avant que la précédente ne se soit achevée. On qualifie cette exacerbation de « grave » à partir du moment où le recours à la corticothérapie per os est nécessaire ou, en cas de chute de 30% du DEP pendant au moins 2 jours. Sa non prise en charge peut l'amener à évoluer en asthme aigu grave,
- **L'asthme aigu grave** correspond à la mise en jeu du pronostic vital : il s'agit d'une urgence médicale absolue. Il peut apparaître de manière spontanée (crise d'asthme sévère et brutale, gravissime mais rare), ou plus souvent après détérioration progressive d'une exacerbation non ou mal prise en charge. Une augmentation de la fréquence ou de l'intensité des crises, une baisse de l'efficacité des traitements habituels ou un non-retour au DEP de base entre chaque crise sont des signes d'alerte constituant le « syndrome de menace d'asthme aigu grave », qui nécessite une surveillance et une prise en charge rapide.(7)

5. Prise en charge

L'asthme est une maladie chronique qui nécessite une prise en charge complète pour diminuer l'inflammation et maintenir le contrôle de la maladie. La prise en charge n'est pas uniquement médicamenteuse ; elle doit aussi permettre d'identifier et de contrôler les facteurs aggravants ou associés par des mesures hygiéno-diététiques et une éducation du patient doit être réalisée, afin qu'il puisse gérer sa maladie au quotidien. [9]

5.1. Contrôle des facteurs de risque

L'identification puis l'éviction des facteurs déclenchant de l'asthme permettent de limiter les symptômes et les crises, entraînant ainsi une diminution du traitement. Une immunothérapie spécifique, ou désensibilisation, peut être entreprise pour soulager et améliorer le quotidien du patient. Le recours à un conseiller en environnement intérieur peut s'avérer utile pour aider les patients à identifier les facteurs de risque à leur domicile et trouver ensemble des solutions pour adapter le quotidien.(1) Les facteurs déclenchant ainsi que les stratégies d'éviction sont répertoriés dans le tableau suivant.

Facteur déclenchant	Éviction
Allergènes des acariens de poussière de maison	➡ Laver les draps et les couvertures une fois par semaine à l'eau chaude. Les sécher au sèche-linge ou au soleil. ➡ Envelopper les oreillers et les matelas dans des housses étanches. ➡ Enlever les tapis et les moquettes, en particulier dans les chambres. ➡ Utiliser des meubles en vinyle, cuir ou bois massif plutôt que des meubles rembourrés. ➡ Utiliser si possible un aspirateur avec filtre.

Tabac actif ou passif	➤ Arrêt du tabac du patient et de son entourage. ➤ Aide au sevrage
Phanères animales	➤ Éviter d'avoir des animaux au domicile, ou du moins dans la chambre du patient.
Allergènes de blattes	➤ Nettoyer régulièrement le domicile. ➤ Utiliser un insecticide en aérosol mais s'assurer que le patient n'est pas à la maison lors de la vaporisation.
Pollens et moisissures extérieures	➤ Aérer le domicile tôt le matin, puis fermer les fenêtres et rester à l'intérieur lors des pics de pollens et de moisissures. ➤ Se laver les mains, le visage, les cheveux et changer de vêtements dès le retour au domicile. ➤ Un traitement antihistaminique peut s'avérer utile.
Moisissures intérieures	➤ Réduire l'humidité dans le domicile. ➤ Nettoyer fréquemment toutes les zones humides.
Activité physique	➤ L'utilisation de β2-mimétique avant l'effort peut prévenir les symptômes ➤ Maintenir une activité physique.
Médicaments	➤ Ne pas utiliser de β-bloquants (toutes formes galéniques), ➤ Éviter l'aspirine et les AINS s'ils induisent des crises chez le patient.
Aliments	➤ Éviction des aliments dont l'allergie est connue
Infections ORL	➤ Vaccination annuelle contre la grippe.

Figure 5 : Facteurs déclenchant la crise d'asthme et stratégie d'éviction (2).

5.2. Traitement de fond

5.2.1. Recommandations et objectifs

Depuis novembre 2006, les recommandations mondiales de « GINA » se basent sur le niveau de contrôle de l'asthme et non plus sur le simple critère de gravité de l'asthme (recommandations de 2004). Cette modification prend en compte un nouveau marqueur : la façon dont le patient réagit au traitement. Le patient et sa personnalité sont mis au centre de la stratégie médicamenteuse.

Le contrôle de l'asthme est évalué en fonction d'un certain nombre de critères (symptômes diurnes et nocturnes, limitation des activités, fonction pulmonaire et utilisation de bronchodilatateurs). L'état du patient est classé comme « contrôlé », « partiellement contrôlé » ou « non contrôlé ». (1)

	Contrôlé (toutes les caractéristiques sont présentes)	Partiellement contrôlé (1 à 2 caractéristiques présentes sur une semaine) ou non contrôlé (>3 caractéristiques présentes sur une semaine)
Symptômes diurnes	Max. 2 x par semaine	Plus de 2 x par semaine
Limitation des activités	Aucune	Toute limitation
Symptômes nocturnes	Aucun	Tout symptôme nocturne
Besoins en bronchodilatateurs	Max. 2 x par semaine	Plus de 2 x par semaine
Fonction pulmonaire (DEP ou VEMS)	Normale	< 80% de la valeur prédictive ou de la meilleure valeur personnelle
Exacerbation	Aucune	Partiellement contrôlé : une ou plusieurs par an Non contrôlé : une par semaine

Figure 6 : Critères de contrôle de l'asthme selon GINA 2006.

L'objectif du traitement de fond est de maintenir un contrôle optimal de l'asthme, afin d'optimiser la fonction respiratoire et d'améliorer la qualité de vie du patient. Sa stratégie est basée sur 3 principes :

- Le traitement est déterminé par le niveau de contrôle de l'asthme. Si l'asthme n'est pas contrôlé, on passe au niveau de traitement supérieur. Après 3 mois de contrôle maintenu, on passe au niveau inférieur.
- Le traitement doit être individualisé pour chaque patient en fonction de ses besoins, de la physiologie de son asthme (allergique ou non), de ses comorbidités, de sa façon de vivre et de ses capacités.
- On cherche toujours la dose minimum efficace permettant un contrôle de la maladie. (Balance bénéfices/risques)

Étape 1	Pas de traitement d'entretien
Étape 2	Premier choix : corticostéroïde à inhaler (CI) à faibles doses Deuxième choix : antagoniste des récepteurs aux leucotriènes
Étape 3	Premier choix : CI à faibles doses + β 2-mimétiques à longue durée d'action Deuxième choix : - CI à posologie moyennement élevée ou élevée - CI à faibles doses + antagoniste des récepteurs aux leucotriènes - CI à faibles doses + théophylline à libération prolongée
Étape 4	CI à posologie moyennement élevée ou élevée + β 2-mimétiques à longue durée d'action Ajouter éventuellement : - antagoniste des récepteurs aux leucotriènes - et/ou théophylline à libération prolongée
Étape 5	Médicaments de l'étape 4 + -Corticoïdes oraux à la posologie la plus faible possible - et/ou Omalizumab

Figure 7 : Étapes du traitement en fonction du contrôle de l'asthme chez les adolescents et les enfants de plus de 5 ans selon GINA 2006.

L'arsenal thérapeutique pour le traitement de fond a pour but de prévenir les crises et de garder l'asthme sous contrôle. Il comprend des médicaments anti-inflammatoires et d'autres bronchodilatateurs à action prolongée. Les anti-inflammatoires, notamment les corticostéroïdes inhalés, sont à l'heure actuelle les plus efficaces à long terme dans le traitement préventif. Ne sont traités ci-après uniquement les traitements figurants dans les recommandations du GINA 2011.

5.2.2 Les corticostéroïdes

Les corticostéroïdes sont les médicaments anti-inflammatoires les plus efficaces, et de première intention dans le traitement de fond. Le but de cette classe thérapeutique est d'enrayer et de prévenir l'inflammation responsable des crises. Ils améliorent la fonction respiratoire en diminuant l'hyperréactivité bronchique, en réduisant l'œdème et l'hypersécrétion bronchique. Ils permettent de réduire et de

prévenir les symptômes, mais aussi de réduire la fréquence et la gravité des crises.(1, 8)

Sous forme inhalée, utilisés dans le traitement de fond, ils sont sûrs et efficaces. L'effet thérapeutique peut être observé au bout de quelques jours de traitement mais l'effet optimal n'est généralement obtenu qu'après 3 à 4 mois. Ce délai impose une administration régulière, quotidienne, pour obtenir un contrôle de l'inflammation, et toute modification de traitement ne se fera qu'après 3 mois de traitement correctement suivi.(9)

Il n'y a toujours pas de preuves quant à un effet dose-dépendant. La réponse peut varier de façon importante d'un individu à un autre. Le tabagisme est une des causes majeures chez l'adulte de diminution des effets des corticoïdes. (10)

Les effets indésirables locaux sont : candidose oropharyngée, gêne pharyngée, dysphonie, raucité de la voix, toux. Ces effets peuvent être prévenus par un rinçage de la bouche après inhalation, une bonne technique d'inhalation ou l'utilisation d'une chambre d'inhalation.

Le risque de survenue d'effets systémiques liés à la corticothérapie inhalée est minime mais ne peut être exclu aux doses élevées. (8)

Le corticoïde peut passer en systémique via deux processus :

- D'une part via la fraction pulmonaire : le dépôt pulmonaire passe dans la circulation systémique, sa concentration plasmatique est variable et fonction de la rétention pulmonaire. Plus la molécule est retenue par le poumon, plus la concentration plasmatique sera faible. Cependant, plus la dose est élevée, plus il y aura un passage systémique important.
- D'autre part, une fraction est déposée au niveau de l'oropharynx, qui est ensuite déglutie et absorbée par voie digestive.(11)

Il a été décrit, avec la corticothérapie par voie inhalée, des observations d'amincissement cutané, d'hématomes sous-cutanés, de dépression des fonctions surrénaliennes biologiques, de raréfaction du tissu osseux, de ralentissement de croissance, de cataracte et de glaucome.(8) L'administration de fortes doses au long cours peut donc nécessiter une surveillance, en particulier chez les enfants et les sujets âgés. La recherche de la posologie minimale efficace doit toujours être recommandée en considérant le risque d'un contrôle insuffisant de l'asthme, qui devra toujours être pesé face à celui du retentissement systémique.

	Posologie journalière faible (µg)	Posologie journalière moyennement élevée (µg)	Posologie journalière élevée (µg)
Béclométasone -adultes - enfants	200-500 100-200	> 500-1000 >200-400	>1000-2000 >400
Budésonide - adultes - enfants	200-400 100-200	>400-800 >200-400	>800-1600 >400
Fluticasone - adultes - enfants	100-250 100-200	>250-500 >200-500	>500-1000 >500

Figure 8 : Doses équivalentes des corticostéroïdes à inhaler selon GINA 2006.

5.2.3 Les β -2 agonistes à longue demi-vie

Les bronchodilatateurs β -2 agonistes exercent une action stimulante sur les récepteurs β -2 adrénergiques du muscle lisse bronchique, assurant ainsi une bronchodilatation qui permet d'améliorer la fonction respiratoire. Ils possèdent une durée d'action d'une douzaine d'heures, variable selon les molécules, et sont recommandés seulement en cas de contrôle insuffisant de l'asthme, malgré un traitement par corticostéroïdes inhalés. Ils doivent toujours être associés à un anti-inflammatoire car ils ne réduisent pas l'inflammation bronchique. Leur utilisation en association avec un corticoïde permet une synergie d'action qui évite l'augmentation des doses de corticoïdes. Cette classe peut être particulièrement utile pour contrôler des symptômes nocturnes, ou en prévention lors d'une activité sportive.(1)

En usage inhalé, les β -2 agonistes provoquent moins d'effets indésirables que par voie systémique ; cependant il peut apparaître, à fortes doses, un passage sérique pouvant induire des tremblements des muscles squelettiques, des palpitations dues à la stimulation cardio-vasculaire, des maux de tête, une hypokaliémie, une irritabilité ou une anxiété. D'autre part, plusieurs avertissements relatifs à un bronchospasme

et à une surmortalité liés à l'utilisation de $\beta 2$ -mimétiques à longue durée d'action (formotérol, salmétérol) dans le cadre du traitement de l'asthme ont été publiés ces dernières années.(1, 12)

L'emploi de cette classe doit donc se limiter, selon les recommandations, aux patients non contrôlés sous corticoïdes inhalés.

5.2.4. Les antileucotriènes

Leur mode d'action permet de limiter l'action des leucotriènes, puissants médiateurs pro-inflammatoires, qui interviennent dans la physiopathologie de l'asthme, mais aussi de la rhinite allergique. Dans l'asthme, les effets médiés par les leucotriènes comprennent la bronchoconstriction, la sécrétion de mucus, la perméabilité vasculaire et le recrutement des éosinophiles.(8) Leur action permet de réduire les symptômes de l'asthme (notamment la toux), augmente la fonction respiratoire, diminue l'inflammation et les exacerbations de la maladie. Ils possèdent une action bronchodilatatrice faible et variable.

Ils ne peuvent se substituer à la corticothérapie. Cependant, en association chez des patients présentant un asthme insuffisamment contrôlé par corticothérapie inhalé, ils permettent de réduire la dose de corticoïdes. Les effets indésirables les plus fréquents sont les céphalées, mais cette classe est généralement bien tolérée.(1)

5.2.5. La théophylline

Elle a un effet anti-inflammatoire, moins puissant que les corticostéroïdes. La théophylline LP dispose d'une longue durée d'action et est donc utile dans le contrôle des symptômes nocturnes. Elle possède de nombreux effets indésirables, ce qui fait de ce traitement une alternative thérapeutique lorsque les corticostéroïdes ou les cromones ne sont pas disponibles ou sont trop coûteux. La théophylline possède une marge thérapeutique étroite. L'objectif est de maintenir un taux sérique de théophylline compris entre 5 et 15 $\mu\text{g/mL}$. Une surveillance est recommandée à l'instauration du traitement et de façon régulière. La surveillance doit être renforcée lorsque les doses sont élevées, ou en présence d'évènements susceptibles d'induire une inhibition de son métabolisme, pour éviter les effets indésirables potentiellement dangereux. Les symptômes d'une intoxication à la théophylline sont initialement

digestifs (nausées, vomissements). La tachycardie, l'arythmie, ou les convulsions sont des signes de gravité et peuvent mettre en jeu le pronostic vital.(1, 8)

5.2.6. Anticorps anti-IgE : l'omalizumab

Le traitement par anticorps monoclonal humanisé ne doit être envisagé que chez les patients présentant un asthme dont la dépendance aux IgE (immunoglobulines E) a été établie sur des critères probants, et d'une part que l'éviction de l'allergène n'est pas possible, et d'autre part que cet asthme n'est pas contrôlable par les autres thérapies. L'administration d'anticorps n'est pas anodine : des réactions au point d'injection, notamment une douleur, un gonflement, un érythème et un prurit, ainsi que des céphalées, une fièvre et des douleurs abdominales ont été rapportés.

De plus, cette thérapie est très onéreuse : elle peut coûter, en fonction du taux d'IgE et du poids du patient, jusqu'à 1767,40 euros toutes les 2 semaines.(8)

5.3. Traitement de crise

5.3.1. Les β -2 agonistes de courte demi-vie

Ce sont les médicaments de premier choix dans l'exacerbation ou la crise d'asthme. Leur action rapide de bronchodilatateur permet de soulager rapidement des symptômes de la crise : toux, oppression thoracique et respiration sifflante. Leur utilisation doit rester « à la demande » à la plus faible dose possible. Leur administration fréquente (consommation de plus d'une boîte par mois), ou le manque d'efficacité de cette classe, sont des signes de détérioration du contrôle de l'asthme, et indiquent que le traitement de fond doit être réévalué. Les effets indésirables sont rares par la voie inhalée, mais du fait de son mécanisme d'action, des tachycardies et des tremblements peuvent avoir lieu. Il est primordial d'éduquer le patient de sorte à ce qu'il consulte un médecin en cas de non amélioration après 2 à 3 prises. Le patient doit toujours avoir son β -mimétique sur lui.

L'abus de β -2 mimétiques peut provoquer à fortes doses, une désensibilisation par internalisation des récepteurs β -2 adrénergiques. Cela se traduit cliniquement par une non-réponse aux β -2 mimétiques.(13, 14)

5.3.2. Les corticoïdes

La corticothérapie orale en cure courte est la base du traitement des exacerbations sévères de l'adulte. Elle peut être utilisée en traitement de fond, chez des patients non contrôlés malgré un traitement optimal par voie inhalée. Les effets indésirables de la corticothérapie orale (ostéoporose, HTA, diabète, freinage de l'axe hypothalamo-hypophysaire, cataracte, atrophie cutanée, amyotrophie, ostéonécrose de la tête fémorale) doivent en permanence être mis en balance avec le risque évolutif de l'asthme sévère. (1, 15)

Le doublement des doses de corticoïdes inhalés peut être prescrit lors d'exacerbation, cependant son effet n'est pas établi.(16)

5.3.3. Les anticholinergiques

Ils permettent de réduire le tonus vagal des voies respiratoires et ainsi procurent une bronchodilatation. L'action est plus lente que les β_2 -agonistes.

L'intérêt d'utiliser l'association anticholinergiques - β_2 -agonistes est reconnu, une méta-analyse prouve qu'elle permet de diminuer le nombre d'hospitalisations et améliore la fonction respiratoire lors de crises.(17) D'autre part, lors d'une crise, les anticholinergiques sont une bonne alternative aux β_2 -mimétiques chez des patients présentant des effets indésirables tels que la tachycardie, l'arythmie ou des tremblements. Cependant l'intérêt d'utiliser les anticholinergiques en traitement de fond n'est pas établi. (1)

III. L'éducation thérapeutique du patient asthmatique

Malgré un arsenal thérapeutique complet et efficace et malgré une bonne connaissance de l'effet de l'environnement sur la maladie asthmatique, on ne peut que déplorer que l'asthme fasse plus de 1000 morts chaque année en France. Chez 6 patients asthmatiques sur 10, l'asthme n'est pas contrôlé, ce qui affecte leur quotidien et leur qualité de vie. L'éducation thérapeutique du patient (ETP), pour qu'il puisse mieux connaître et mieux gérer la pathologie au quotidien est aujourd'hui l'une des missions importantes du professionnel de santé dans la prise en charge des maladies chroniques. Le but est de rendre le patient plus autonome en facilitant son adhésion aux traitements prescrits et en améliorant sa qualité de vie.

Il est aussi important de rappeler que l'efficacité du traitement de fond, est dépendante d'une bonne technique d'inhalation. L'éducation du patient aux manipulations va lui permettre de contrôler son asthme en minimisant les effets indésirables, ce qui va considérablement améliorer sa qualité de vie.

1. Définitions

Commençons par définir l'éducation thérapeutique ; selon l'OMS, «l'éducation thérapeutique du patient 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, et des 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 ensemble et assumer leurs responsabilités dans leur propre prise en charge dans le but de les aider à maintenir et améliorer leur qualité de vie. » (18)

Il importe non pas de traiter la maladie mais de prendre en charge le malade dans toute sa globalité.

Il est ensuite important de préciser l'organisation de la démarche éducative, qui suit un programme autorisé, en quatre étapes. (19)

Premièrement, il faut adapter l'éducation thérapeutique à chaque personne asthmatique grâce au diagnostic éducatif. Cinq questions sont établies pour cerner le patient, ses besoins et ses attentes : qu'est-ce qu'il (elle) a ? Qu'est-ce qu'il (elle) fait ? Qu'est-ce qu'il (elle) sait ? Qui est-il (elle) ? Quel est son projet ?

Ensuite, il faut se mettre d'accord avec le patient sur les compétences qui lui sont les plus utiles à acquérir (sécurité, autonomie...).

Il faut proposer au patient des activités éducatives construites dans le temps de manière programmée : information orale, renforcée par une information écrite, apprentissage à l'autogestion de l'asthme, application pratique, aide psychosociale.

Enfin, il faut évaluer les réussites, les difficultés de mise en œuvre par le patient dans sa vie quotidienne.

2. Modèle d'une démarche éducative : les jeux de l'air du CHU de Grenoble

2.1. Objectifs des écoles de l'asthme

La charte des écoles de l'asthme guide les écoles dans le choix de leurs missions, leur organisation et le recrutement des patients. (20)

Les objectifs de l'école de l'asthme pour le patient sont multiples :

- Connaître ses propres symptômes afin de pouvoir prévoir et éviter les crises.
- Savoir surveiller son souffle avec un débitmètre de pointe.
- Apprendre à aménager son intérieur et son environnement pour éviter les situations à risque.
- Enfin, utiliser correctement son traitement : techniques d'inhalation, savoir l'utiliser au bon moment et dans quel but.

2. 2. L'expérience des Jeux de l'air de Grenoble

2.2.1. Présentation

« Les Jeux de l'Air » est une aire de jeux pour les enfants asthmatiques grenoblois fondée en 2005. Chaque session des Jeux de l'Air est composée de trois séances éducatives. Ces séances se déroulent sur un après-midi, et sont espacées d'environ un mois. Les jeux de l'air sont localisés au sein du CHU de Grenoble, dans l'unité couple-enfant. Deux salles lui sont consacrées un après-midi, de 14h à 17h.

L'équipe est composée d'un médecin pédiatre, d'un pharmacien, d'un kinésithérapeute, d'une infirmière puéricultrice et d'un conseiller médical en environnement intérieur.

Les Jeux de l'Air concernent des enfants âgés de 6 à 15 ans, dont l'asthme a été diagnostiqué cliniquement. Ils peuvent être adressés par tout médecin (médecin

généraliste ou spécialiste), quel que soit le stade de leur asthme. La capacité d'accueil maximale a été fixée à huit enfants par session.

Les Jeux de l'air à Grenoble sont destinés uniquement aux enfants et aux adolescents ; d'autres écoles de l'asthme en France incluent l'éducation des adultes.

Les groupes sont formés selon l'âge des participants et leurs capacités personnelles d'acquisition.

2.2.2. Contrat éducatif

L'équipe des jeux de l'air commence par établir un contrat d'éducation permettant de cibler les besoins et les attentes du patient et de sa famille en matière d'éducation thérapeutique.

L'OMS définit le diagnostic éducatif, appelé aussi anamnèse éducative, comme la « première étape du processus pédagogique. Il s'agit d'un recueil systématique, détaillé et itératif d'informations par le soignant, concernant la situation bioclinique, éducative, psychologique et sociale du patient. Ces informations doivent servir de base pour la construction d'un programme d'éducation thérapeutique personnalisé. »

Il s'élabore à l'aide de fiches de liaison remplies par la famille, l'enfant et le médecin, en amont des jeux de l'air et au cours de la première séance.

2.2.3. La définition des compétences à acquérir et le contrat d'éducation

Grâce à la synthèse du diagnostic éducatif et à l'analyse du potentiel des enfants, l'équipe va définir les compétences à acquérir. Le but est de réunir assez de compétences pour que le patient et sa famille puissent gérer le traitement et prévenir la survenue des complications tout en essayant de maintenir ou d'améliorer la qualité de vie.

2.2.4. Mise en œuvre du programme éducatif

Le programme éducatif planifie les séances éducatives en définissant leur contenu, leur durée, leur planning, les outils pédagogiques à utiliser pour amener les enfants à acquérir les compétences visées. Il se base sur certains principes afin de respecter les recommandations de l'ANAES (19):

- *Un principe d'intégration aux soins* : ces séances sont une continuité de ce que le patient a acquis au cours de son suivi médical, tout en lui apportant de nouvelles connaissances, afin d'acquérir les bons gestes et comportements. Il est primordial qu'il y ait une cohérence dans les informations données au patient.
- *Un principe de hiérarchisation* : En vue du profil et des attentes des patients et de leurs familles, l'équipe va privilégier certains objectifs. Par exemple, si les enfants ont déjà été hospitalisés suite à des crises d'asthme ou des exacerbations, l'équipe va privilégier la reconnaissance des signes de gravité et des prodromes ainsi que les réflexes à avoir pour éviter ces hospitalisations. Une réunion préparatoire, avant chaque séance, permet de fixer les objectifs de la séance.
- *Un principe de personnalisation* : L'enfant et sa famille sont actifs durant les séances d'éducation. L'interactivité facilite l'expression de chacun pour poser des questions ou exposer son vécu et son ressenti.
- *Un principe d'évaluation* : Afin d'être le plus efficace possible, des questionnaires de satisfaction sont remplis par la famille au cours et à la fin de la session. Les résultats obtenus permettent à l'équipe soignante d'améliorer le programme et de répondre aux besoins du patient. Un bilan est réalisé par l'équipe en fin de chaque séance pour partager les ressentis de chaque soignant et permettre ainsi d'adapter la future séance aux besoins du groupe. La mesure des EFRs à la première et à la dernière séance permet d'évaluer sur le plan clinique le bénéfice de ces séances.
- *Un principe de collégialité* : l'éducation thérapeutique relève d'une approche pluridisciplinaire de façon à diversifier l'apprentissage et à s'adapter aux besoins du patient.

Dans son rapport, l'OMS considère que les activités éducatives peuvent comporter des temps de sensibilisation, d'information orale et écrite, d'apprentissage de l'autogestion de la maladie, et de soutien psychologique.(18)

2.2.5. Déroulement d'une session des jeux de l'air

Les objectifs et les outils pédagogiques sont différents à chaque séance :

La première séance, outre l'élaboration du contrat éducatif, s'organise autour de l'appareil respiratoire et l'asthme. A l'aide de dessins et de représentations, l'enfant travaille sur la respiration, la physiologie et la pathologie de l'asthme. L'apprentissage passe aussi par la différenciation entre l'inflammation des bronches et la bronchoconstriction. A la fin de la séance, l'enfant est plus apte à comprendre les crises, les facteurs déclenchant et leur traitement. Une spirométrie (EFR) est réalisée ce jour-là ainsi qu'à la fin des trois séances.

La deuxième séance fait le point sur le traitement de fond et celui de la crise. Le rôle de chaque médicament est bien différencié : ceux contre l'inflammation, ceux contre la bronchoconstriction ainsi que leurs différences d'utilisation (traitement de fond et traitement de crise). Cette séance d'éducation permet d'améliorer la manipulation des inhalateurs et du peakflow ainsi que leur entretien. Suit un temps de partage autour de leur vécu pour que chacun identifie ses propres symptômes et différencie aisément ceux de l'exacerbation de ceux de la crise. Comme la clinique peut être difficile à interpréter, la mesure du DEP va permettre aux patients de posséder un outil de plus, pour savoir détecter et évaluer une crise d'asthme. L'équipe pédagogique explique alors le protocole pour mesurer le DEP, et évalue les manipulations des enfants afin de les accompagner dans l'apprentissage de ses gestes. Pour que l'enfant automatise les réflexes et les gestes à avoir face à la variabilité de leur asthme, le groupe travaille sur le Plan d'Action Personnalisé Ecrit. Chaque enfant dessine son propre plan d'action de mémoire, puis le médecin vérifie avec eux s'ils ont les bons réflexes. Ce travail, sur le plan d'action, permet à l'enfant de mettre en relation les signes d'alerte, l'interprétation du DEP et les traitements appropriés. En fin de séance, l'enfant sait reconnaître les signes d'alerte et les conduites à suivre pour chaque situation.

La dernière séance met l'accent sur le contrôle de l'asthme. A l'aide de mises en situation, les enfants travaillent sur les facteurs déclenchant des crises d'asthme dans leur environnement et acquièrent les réflexes à avoir pour éviter les situations à risque. Grâce à une maison Playmobil®, les enfants partagent leurs connaissances sur l'aménagement de l'intérieur. Chaque enfant raconte ensuite ses crises aiguës d'asthme, son vécu et ses répercussions sur sa qualité de vie. La séance éducative se termine par des mises en situation de son quotidien à l'aide d'une ronde des décisions pour de mettre en pratique ce qu'il a appris pendant les trois séances. Une spirométrie de fin de séance éducative est réalisée.

2.2.6. La place des parents dans les jeux de l'air

L'éducation thérapeutique concerne également l'entourage. Les parents n'assistent pas aux jeux de l'air avec leur enfant pour que les enfants puissent travailler en groupe, avec leurs propres mots et représentations. Ils sont conviés à deux séances (la première et la troisième), pour partager leur expérience et apprendre à mieux gérer la maladie de leur enfant.

Lors de la première séance, les parents sont invités à participer à une table ronde (« brainstorming ») ; ils expriment leur représentation de la maladie, leurs inquiétudes et leur vécu quotidien vis-à-vis de leur enfant malade.

Lors de la troisième séance, un conseiller médical en environnement intérieur intervient pour présenter des améliorations possibles à apporter au domicile. Les facteurs déclenchant les exacerbations ou les crises seront alors évités. L'arrêter du tabac des parents est très encouragé au cours des trois séances.

2.2.7. Outils pédagogiques

Les ateliers sont interactifs et permettent aux enfants et à leurs parents d'acquérir des connaissances ou des savoirs, immédiatement applicables dans le quotidien.

Le matériel éducatif est adapté à l'âge et aux capacités de l'enfant. Il est constitué de différents supports de façon à stimuler tous les enfants et de permettre l'expression de tous. Le support multimédia (internet, CD-ROM, vidéos), est réservé aux adolescents, le support papier (schémas, photo-langage) est adapté à tous ; quant aux jeux et expressions orales (marionnettes, maison « Playmobil® », représentation du rôle du diaphragme par l'intermédiaire de bouteilles en plastique,

la ronde des décisions (quelle conduite adopter en fonction de situations à risques divers)) ils sont utilisés pour les plus petits.

Des placébos et des peakflows sont à disposition pour que les enfants manipulent le plus possible.

2.3. Résultats des écoles de l'asthme

L'éducation des patients proposée dans les écoles de l'asthme est réellement considérée aujourd'hui comme faisant partie intégrante du traitement car elle a largement prouvé son efficacité.

Les écoles de l'asthme en France ont été évaluées par le ministère de la santé en 2006 : (21)

- Ces structures répondent à un besoin réel : les patients asthmatiques ont une forte méconnaissance de leur pathologie et des traitements.
- Les patients sont, d'une manière générale, satisfaits des prestations délivrées par ces structures : ils sont moins anxieux après les sessions d'éducation et leur observance s'améliore.
- L'efficacité de l'activité est avérée : diminution du nombre de passages aux urgences et du nombre d'hospitalisations.
- La multidisciplinarité est un atout important : les équipes peuvent faire intervenir des médecins, des infirmiers, des pharmaciens, des psychologues, des kinésithérapeutes, des éducateurs, afin de fonctionner en synergie.

3. Rôle du pharmacien dans l'accompagnement du patient asthmatique

3.1 Performance des pharmaciens d'officine

L'étude de Giraud *et al*, en 2010, montre que l'éducation par le pharmacien des techniques d'inhalation permet de passer de 24% à 79% de patients ayant une technique optimale. Cette étude montre aussi que cela permet d'améliorer le contrôle de l'asthme et de l'observance. Enfin, il a été démontré que cette démarche est compatible avec l'exercice officinal, puisque la durée moyenne d'éducation a été de six minutes(22). Cependant, ces résultats doivent être interprétés avec précautions dues à quelques limites méthodologiques. En effet, la durée de recrutement des patients est réduite (4 mois, de septembre à octobre) et n'englobe ainsi pas la totalité des périodes de pollinisation. Le suivi des patients est également très restreint (1 mois). Les conditions de recrutement sont également discutables : seuls peuvent être inclus des patients utilisant l'un des 3 types d'inhalateurs proposés par les auteurs, et l'inclusion des patients se base apparemment sur leur consommation d'inhalateurs sans réelle vérification qu'il s'agisse bien d'une pathologie asthmatique. Les patients de plus de 90 ans sont-ils de réels asthmatiques, ou des patients BPCO ? La taille de l'échantillon est également limitée, et il n'existe ni randomisation, ni mise en aveugle : le pharmacien intervenant est donc chargé lui-même d'évaluer l'efficacité de son entretien, ce qui peut être source de biais. Enfin, cette étude mesure uniquement des paramètres « techniques » sur la manipulation des dispositifs. Il n'est pas fait mention du ressenti patient : comment sa relation vis-à-vis de la maladie a-t-elle évolué ? Sa qualité de vie subjective s'est-elle améliorée ? Les marqueurs de contrôle objectifs de l'asthme (nombre de consultations, arrêts de travail, passage aux urgences...) ont-ils évolué ?

En 2008, l'agence pour la promotion de la pratique officinale (Pharmakeion), a évalué l'impact d'un entretien pharmaceutique structuré sur la prise en charge du patient asthmatique. Il en ressort que l'entretien a conduit à une amélioration significative, progressive et surtout durable de l'état de contrôle de l'asthme des patients sur 12 mois, passant de 39 % à 64 % de patients présentant un contrôle

satisfaisant de leur asthme. Ces résultats sont en faveur d'un impact très positif de l'entretien pharmaceutique sur la prise en charge de l'asthme, par sa contribution à l'éducation thérapeutique du patient. Le fait de mieux connaître et comprendre sa maladie, d'être aidé et accompagné augmente la motivation des patients. Cette étude confirme donc le rôle majeur que peuvent jouer les pharmaciens français par une intervention structurée auprès des patients. Elle permet aussi de faire ressortir que la plupart des pharmaciens ayant participé à l'étude estiment qu'il est conseillé (25%), voire indispensable (75%) de suivre une formation.(23). L'échantillon étudié est cependant assez petit (270 patients), notamment dans le groupe « intervention différée ».

L'analyse du comité d'éducation sanitaire et social de la pharmacie française (CESSPF) réalisée en 1999, étudiait le bénéfice d'entretiens éducatifs comportant 2 à 3 séances permettant d'évaluer la technique d'inhalation, de corriger ses techniques et d'apporter les informations nécessaires sur l'asthme et le traitement. Elle met en évidence une amélioration des connaissances des patients sur l'asthme et ses traitements, une progression de leurs performances aux techniques d'inhalation et, enfin, une amélioration de leurs performances quant à la mise en œuvre pratique du traitement(24). Cependant, cette étude évalue là encore des aspects techniques ou fondamentaux tels que la manipulation des dispositifs, ou encore les bases physiopathologiques. Il aurait été intéressant d'étudier l'évolution du ressenti patient et du contrôle de sa pathologie (hospitalisations, consultations...).

Les pharmaciens d'officine ont à plusieurs reprises démontré leur rôle dans l'accompagnement du patient asthmatique. Cet accompagnement est souvent très technique et ne prend pas en compte le patient dans sa globalité avec son vécu, son quotidien et son ressenti. Notre expérience en éducation thérapeutique, va permettre d'apporter une vision nouvelle de l'accompagnement du patient à l'officine. Il est cependant évident, que les pharmaciens doivent suivre des formations sur l'accompagnement et l'éducation du patient asthmatique, pour avoir la compétence de faire des entretiens pharmaceutiques.

3.2 L'entretien pharmaceutique : nouvelle mission du pharmacien d'officine

Tout commence en juillet 2009, avec la parution au journal officiel de la loi « Hôpital, Patients, Santé, et Territoire », qui reconnaît aux pharmaciens d'officine la possibilité d'exercer de nouvelles missions : prévention et dépistage, conseils personnalisés, participation à l'éducation thérapeutique et aux actions d'accompagnement de patients sont désormais autant de domaines dans lesquels le pharmacien peut s'impliquer, confirmant son rôle clé dans notre système de santé. (25)

[CF Annexe 1 : Article 36 et 38 de la loi HPST].

En 2012, une nouvelle convention nationale entre les pharmaciens titulaires et l'assurance maladie est signée afin de prendre en compte les nouvelles missions des pharmaciens prévues dans la loi HPST (conseils, suivis de certains patients). Ces nouvelles missions sont maintenant inscrites dans le budget de la Sécurité sociale 2012. (26)

[CF Annexe 2 : Extrait de la convention nationale qui régit l'entretien pharmaceutique afin d'accompagner les patients asthmatiques.]

Les modalités de mise en œuvre de l'accompagnement des patients asthmatiques seront précisées par voie d'avenant le 30 juin 2013. D'ici là, on peut s'inspirer de ce qui va être fait pour le suivi des patients sous anti-coagulants oraux. L'accompagnement des patients sous anti-coagulants oraux se fera sous forme d'entretiens pharmaceutiques au cours desquels le pharmacien exercera un rôle de conseil pour l'initiation, l'observance et le suivi des traitements. Les entretiens seront proposés aux patients qui s'inscriront auprès de leur pharmacien. Ce suivi régulier fait l'objet d'une rémunération annuelle de 40€, en fonction du respect des engagements individuels de santé publique : réaliser un entretien à l'instauration du traitement et au moins 2 entretiens par an, s'assurer de la réalisation de l'INR et en cas de besoin prendre contact avec le prescripteur avec le consentement du patient. (27)

Le but des entretiens pharmaceutiques est que le patient asthmatique sache quel médicament prendre, à quel moment et comment. Dans le cadre de la thèse, notre démarche est de faire le lien entre les jeux de l'air et les officines, grâce notamment aux PAPE. Il s'agit également d'élaborer une grille d'aide à l'entretien pharmaceutique et de la tester.

3.3 Rôle éducatif des officinaux et différence avec l'ETP

L'asthme étant une maladie chronique, sa prise en charge comprend donc l'éducation du patient. Un rapport de l'ANAES de juin 2001(19), organise l'éducation thérapeutique du patient asthmatique. Dans ce rapport, les pharmaciens sont impliqués dans l'éducation thérapeutique de l'asthmatique, tout comme les médecins, les infirmiers, les psychologues, les assistantes sociales et les conseillers d'environnement. Il indique également que l'éducation thérapeutique doit être proposée précocement à tous les patients asthmatiques. Une attention particulière doit être portée aux patients mal contrôlés et aux patients à risque d'asthme aigu grave. L'ANAES recommande que le patient puisse acquérir des compétences dans l'évaluation de l'asthme (contrôle et sévérité), la connaissance des mécanismes d'action et de l'utilisation des médicaments, et le contrôle de l'environnement. Ces connaissances doivent pouvoir être appliquées et être utiles pour le quotidien du patient.

Il est rappelé que l'éducation thérapeutique structurée est plus efficace que l'information seule. Elle comporte au minimum un apprentissage à l'autogestion du traitement par le patient (plan de traitement écrit, appréciation des symptômes et/ou mesure du débit expiratoire de pointe (DEP)) et nécessite un suivi régulier.

L'éducation doit s'inscrire dans la durée, elle doit être renouvelée régulièrement. Citons la réflexion de K.Lorenz reprise par Y. Magar dans son éditorial sur l'éducation thérapeutique des asthmatiques : (28)

« Il écoute, mais entend-il ?

Il entend, mais comprend-il ?

Il comprend, mais applique-t-il ?

Il applique, mais pour combien de temps ? »

Du fait de leur proximité et du renouvellement mensuel des traitements, le pharmacien officinal est particulièrement bien placé pour effectuer un suivi des patients asthmatiques, les accompagner, pour vérifier périodiquement les connaissances du patient acquises lors de séances pluridisciplinaires d'éducation thérapeutique et répondre à ses questions.

Cependant à l'officine, un programme d'éducation thérapeutique du patient, de l'ampleur de celui de l'école de l'asthme, n'est pas envisageable. On va alors parler de « programme simplifié d'éducation ». Il s'agit d'un transfert d'informations dispensées individuellement ou en groupe, à des personnes asthmatiques, par un professionnel de santé, sur la physiopathologie de l'asthme, la maîtrise des facteurs déclenchant et les effets indésirables des médicaments.

L'impact d'un tel programme a été évalué par la Cochrane Library (11 études randomisées). Le programme pouvait être interactif ou non, par l'intermédiaire de supports remis au patient (écrit, audio, vidéo ou informatique). Ces programmes «simplifiés» excluaient la mesure du DEP, la remise d'un plan d'action personnalisé écrit et l'évaluation ou la modification du traitement. Les critères de jugement utilisés étaient l'absence d'hospitalisation pour asthme, le nombre de consultations aux urgences, le nombre de visites non programmées chez le médecin, la fonction pulmonaire, la consommation de médicaments, l'absentéisme professionnel ou scolaire, la limitation des activités, la perception des symptômes. Les résultats des 11 études contrôlées randomisées ont montré que les programmes d'éducation «simplifiés» ou programmes fondés sur la seule information des patients ne réduisaient ni la fréquence des hospitalisations, ni les consultations aux urgences, ni les consultations non programmées, et n'avaient pas d'effet sur la fonction respiratoire ou sur la consommation de médicaments. Aucune réduction de l'absentéisme n'a été observée, en revanche, la perception par le patient de ses symptômes s'est améliorée.(29)

Face à ses conclusions, nous avons décidé d'inclure dans l'entretien, en plus des notions sur la physiopathologie, sur la maîtrise des facteurs déclenchant et sur les traitements, une partie pour aider le patient à s'approprier son plan d'action. Pour répondre aux besoins des officinaux en terme de formation avant qu'ils ne se lancent

dans un entretien pharmaceutique, nous avons élaboré un guide rappelant les notions indispensables à connaître et à maîtriser avant l'entretien, notamment le PAPE et le DEP, pour qu'ils puissent intégrer ces notions dans leur intervention, et ainsi mieux accompagner leurs patients

4. Lien entre l'hôpital et l'officine : le PAPE

4.1. Les recommandations et intérêts

Le PAPE est recommandé par les autorités de santé françaises et internationales, pourtant moins de 10% des patients asthmatiques en disposent. (30) Pour l'ANAES, le plan d'action est un outil indispensable pour l'apprentissage de l'autogestion du traitement par le patient.(19) L'intérêt du plan d'action écrit est rapporté depuis les années 1990 et a été récemment validé : son utilisation permet de réduire la morbidité et d'améliorer la qualité de vie du patient. La délivrance de ce plan, mais surtout son intégration par le patient dans la gestion de son asthme, font partie des objectifs « de sécurité », au même titre que l'acquisition d'une technique d'inhalation correcte.(31, 32)

4.2. Description du PAPE

Le plan d'action personnalisé écrit est un document simple et visuel qui indique au patient comment adapter son traitement et les conduites à tenir en cas de détérioration de son asthme. Dans la majorité des cas, il comporte trois parties : la gestion de la crise d'asthme, les modalités du traitement de fond et les réactions à avoir face à une exacerbation. Il peut aussi contenir un protocole pour pratiquer une activité sportive, donner des conseils personnalisés vis-à-vis des facteurs environnementaux,...(33)

Ces plans permettent aux patients d'identifier la situation dans laquelle ils se trouvent, grâce aux signes cliniques classiques (sifflements, gêne respiratoire) mais aussi aux signes propres du patient, qui ont pu être identifiés comme prodromes de l'exacerbation ou de la crise. Un autre moyen d'identifier la zone dans laquelle le patient se situe est la mesure du débit expiratoire de pointe (DEP). Les deux

méthodes, appréciation de symptômes ou mesure du DEP, semblent équivalentes d'après la littérature.(31, 32)

Le PAPE doit comporter les éléments suivants :

- Le nom du patient et les coordonnées de son médecin.
- Evaluer le moment où il faut intensifier le traitement, selon un certain nombre de critères (cliniques ou mesure du DEP).
- Comment l'intensifier.
- Pendant combien de temps.
- A quel moment le patient doit faire appel à son médecin ou à un service d'urgence. Ce sont les limites de l'autogestion qui sont fixées par le PAPE.(34, 35)

Un plan d'action doit permettre de se positionner « en amont » des exacerbations : la reconnaissance des premiers signes d'une crise est un élément majeur de l'éducation des patients, de même que la reconnaissance des signes de gravité, en particulier la non-réponse rapide au traitement habituel.(33)

4.3. Personnalisation

Il est important que le plan d'action soit personnalisé pour chaque patient, tant sur les signes de dégradation que sur la prise en charge. En effet, un document qui ne fait que donner des recommandations générales a moins d'impact. Le plan d'action doit être adapté au degré d'activité et de sévérité de l'asthme, ainsi qu'aux capacités du patient. La plus grande difficulté pour le patient est celle de décider à quel moment il doit déclencher de lui-même, ou intensifier un traitement. Le médecin va donc se baser sur des symptômes très précis (nombre de réveils nocturnes, nombre de bouffées de bronchodilatateur,...), et sur les signes ressentis par le patient, afin qu'il soit guidé au mieux dans l'adaptation de son traitement.

4.4. Patients cibles

Le plan d'action s'adresse à tous les patients, plus particulièrement à ceux ayant un asthme persistant et qui souhaitent suivre une éducation pour pouvoir être en charge de leur propre santé. Les patients les plus ciblés sont ceux qui ont été

hospitalisés pour crise d'asthme aiguë ou ceux ayant reçu au moins une fois des corticoïdes per os pour une exacerbation, car ce sont les patients les plus à risque de récidiver.(34) Le plan d'action permet de faciliter la prise d'autonomie chez les enfants.

4.5. Différents types de PAPE

La mémorisation d'un référentiel écrit et imagé, par rapport à l'oral, est établie. Un plan d'action peut se présenter sous différentes formes ; le type « feux tricolores » (modèle utilisé au CHU de Grenoble), le type « organigrammes », le référentiel écrit, ou encore sous forme de bande dessinée. Un plan d'action peut faire office d'ordonnance ou en être distinct. Comme il l'a été dit précédemment, le plan d'action peut être établi soit en fonction des signes cliniques, soit selon les valeurs du DEP, soit en associant les deux méthodes. Le PAPE doit être réévalué et mis à jour régulièrement, principalement chez l'enfant, car la mesure du DEP est fonction de sa taille.

4.6 Présentation du PAPE des jeux de l'air

Afin de convenir à chacun, les jeux de l'air possèdent deux versions de PAPERs, l'une destinée aux jeunes enfants, l'autre aux parents ou aux adolescents.

La délimitation des zones associe les valeurs du DEP aux symptômes de l'enfant, identifiés lors des séances éducatives. Ces deux versions, sont personnalisables à la fois dans la prise en charge et dans l'identification des symptômes de chaque zone, pour transcrire les signes que ressent l'enfant lors des exacerbations ou des crises.

Les plans d'actions sont colorés et attractifs pour encourager le patient à l'accrocher chez lui, et à le consulter régulièrement. Afin de faciliter la compréhension du PAPE, la zone verte qui correspond au traitement de fond est volontairement placée en premier, c'est la base du traitement de l'asthmatique, et doit donc être lue et comprise en premier. Ensuite vient la problématique de l'exacerbation, et enfin, la réaction à avoir face à une crise aiguë.

Enfin, l'implication du pharmacien aux côtés du médecin est entérinée dans la phrase de présentation. Le pharmacien est ainsi présenté comme référent pour expliquer ou aider le patient dans le contrôle de son asthme.

Nom :

Nom du médecin :

Date :



N° des urgences :

N° de votre médecin :

*Ce plan d'action est un guide, n'hésitez pas à demander conseil à votre médecin ou votre pharmacien, si vous n'êtes pas certain de ce que vous devez faire.
Pour ne pas avoir de symptômes, il faut prendre les médicaments de contrôle tous les jours.*

Asthme maîtrisé	Zone Verte	
	<u>Votre enfant a de l'asthme sans symptômes.</u> * Pas de toux, de respiration sifflante, d'oppression ou de souffle court * Ne tousse pas ou n'a pas de respiration sifflante quand il fait de l'exercice ou quand il dort. * Peut faire toutes ses activités habituelles * N'a pas besoin de s'absenter de l'école 	
	DEP de à L/min	
Symptômes de l'asthme	Zone orange	
	<u>Votre enfant a les symptômes de l'asthme</u> * Il tousse, a une respiration sifflante, se sent oppressé. * Il a l'impression d'être en train d'attraper un rhume ou la grippe. * Il doit utiliser son inhalateur plus de 3 fois/semaine pour se soulager des symptômes. <i>Mes symptômes personnels :</i> * * * 	
	DEP de à L/min	
Crise d'asthme	Zone Rouge	
	<u>Votre enfant a besoin d'aide il est en danger</u> * Il a été dans la zone orange pendant 24h * Ses symptômes d'asthme s'aggravent * Il ne peut plus faire aucune activité * Il a des difficultés à marcher ou parler * Il a peur ou cette crise est arrivée subitement <i>Mes symptômes personnels :</i> * * 	C'est une urgence : appeler le 15 !
	DEP < L/min	

Figure 10 : PAPE des jeux de l'air de Grenoble : version pour les parents.

IV. Élaboration d'outils d'aide à l'entretien pharmaceutique

1. Guide pratique sur le PAPE

Avant qu'un pharmacien ne se lance dans un entretien pharmaceutique avec un patient asthmatique, il est important qu'il ait les connaissances requises. Le pharmacien, de part sa formation, est un des experts du traitement : il connaît et maîtrise les différents traitements proposés dans l'asthme, il sait manipuler les dispositifs, et connaît la physiopathologie de l'asthme.

Cependant trop peu d'officinaux connaissent le PAPE et savent comment prendre en charge les exacerbations ou les crises de leurs patients asthmatiques. Nous avons donc voulu faire un guide pratique sur la prise en charge de l'asthme au quotidien, et nous l'avons présenté sous un angle peu connu des officinaux : l'explication du plan d'action. Il est important que le pharmacien soit à l'aise avec le PAPE afin qu'il aide son patient à se l'approprier

Notre but était que le pharmacien soit intéressé par les informations dispensées, qu'il ait une lecture active et qu'il y trouve un intérêt dans sa pratique au quotidien.

Pour réaliser ce guide, nous nous sommes aidés du guide de la HAS « Elaboration d'un document écrit d'information à l'intention des patients et des usagers du système de santé », dont la première étape est de définir le guide.

Afin d'impliquer au maximum les officinaux, nous avons utilisé un ton personnel, et inclus des données chiffrées pour donner de l'impact aux propos.

Pour avoir un visuel attractif, nous avons privilégié des schémas, organigrammes et illustrations.

[CF Annexe 3 : Guide destiné aux pharmaciens.]

Définition du guide d'aide à l'entretien pharmaceutique

Thème : Le plan d'action personnalisé écrit (PAPE)

Public cible : les pharmaciens d'officine

Objectifs spécifiques : donner aux pharmaciens les clés pour pouvoir réaliser un entretien pharmaceutique afin d'aider leurs patients asthmatiques non équilibrés.

Élaborer une stratégie de diffusion et d'utilisation du document : accès à tous les pharmaciens sur le site du Cespharm par exemple, ou une diffusion par les organismes de formation accessibles à tous (UTIP par exemple)

Définir le contenu du document écrit d'information :

- Le principe du plan d'action, son intérêt.
- Les symptômes de chaque zone.
- La mesure du DEP et la variation de ses valeurs permettant de situer le patient dans le contrôle de son asthme, et savoir identifier le degré de la crise.
- Le traitement associé à chaque situation.
- La conduite à tenir face à une crise ou à une exacerbation.
- Informations utiles et adresses pour trouver l'information.
- Les règles d'un entretien réussi.
- Contacts pour rediriger un patient asthmatique vers l'école de l'asthme.
- Contact des laboratoires pour obtenir des placébos, indispensables pour expliquer et contrôler les techniques d'inhalation.
- Rappels sur le contexte des entretiens pharmaceutiques : les nouvelles missions du pharmacien, encore à ce jour trop peu connues des officinaux.

2. Grille d'aide à l'entretien pharmaceutique

Le but de la grille est d'aider l'officinal à structurer son entretien et de le guider. Pour un entretien réussi, le pharmacien doit s'adapter à son patient, à ses attentes et ses besoins pour l'aider à être autonome. Il a alors fallu faire une grille flexible, où le pharmacien est acteur et décide des informations utiles à son patient, le principe des modules facultatifs nous a semblé un bon moyen d'y parvenir. La grille permet de :

- Guider le pharmacien dans son entretien, sans sauter ou oublier des étapes et des informations.
- S'adapter au patient.
- Avoir un historique des entretiens précédents, ne pas se répéter.
- Savoir où en est le patient, ce qu'il sait ou ne sait pas.
- Évaluer l'action de l'entretien.
- Synthétiser les informations récoltées pour faciliter l'éventuel compte rendu aux autres soignants, notamment au médecin du patient.

Les connaissances à acquérir par le patient	Traité ou non dans la grille
<i>Évaluation de l'asthme et compréhension de la maladie</i>	
Percevoir les symptômes indiquant l'évolution de son état respiratoire vers la crise d'asthme : - reconnaître les signes annonciateurs d'une aggravation de l'asthme - interpréter une gêne respiratoire	Module 3 « Comprendre et s'approprier le plan d'action du médecin »
Mesurer correctement son DEP	Module 2 « Manipulations »
Exprimer ses représentations et son vécu sur la maladie et son traitement.	Non traité, hors du champ de compétence du pharmacien
Réagir en décidant de faire appel à un médecin en temps opportun selon des critères préétablis de détérioration de l'état respiratoire.	Module 3 « Comprendre et s'approprier le plan d'action du médecin »

Le traitement pharmacologique	
Expliquer l'action des médicaments en s'aidant éventuellement des mécanismes de l'asthme · Différencier l'action du traitement de fond et du traitement de la crise · Différencier une inflammation des bronches et un bronchospasme	<i>Module 4</i> <i>«Médicaments leur but, traitement de la crise ou de fond »</i> <i>Et Module 5</i>
Utiliser correctement un aérosol-doseur standard (éventuellement avec une chambre d'inhalation) ou auto déclenché, ou un dispositif à poudre.	<i>Module 2</i> <i>« Manipulation »</i>
Interpréter la valeur observée du DEP et des symptômes ressentis pour se situer dans l'une des trois zones d'autogestion du traitement (verte, orange, rouge). Noter sur son carnet de suivi les résultats de son DEP et les événements, le contexte dans lequel surviennent les crises d'asthme	<i>Module 3</i> <i>« Comprendre et s'approprier le plan d'action du médecin »</i>
Adapter son traitement en tenant compte du plan de traitement écrit et défini avec le médecin, en cas d'exacerbation	<i>Module 3</i> <i>« Comprendre et s'approprier le plan d'action du médecin »</i>
Adapter son traitement en fonction des risques présents dans son environnement personnel, social et lors d'un changement de contexte	<i>Module 3</i> <i>« Comprendre et s'approprier le plan d'action du médecin »</i>
Expliquer à l'entourage la maladie et la conduite à tenir lors d'une crise d'asthme	<i>L'entretien peut être réalisé si besoin en présence d'une personne de l'entourage.</i>
Sélectionner les informations utiles concernant sa maladie, son traitement (revues, magazines, Internet)	<i>Non traité</i>

Le contrôle de l'environnement	
Agir sur la présence de facteurs asthmogènes dans son environnement domestique, sa vie sociale et professionnelle · Identifier la présence d'allergènes dans son environnement Identifier les situations asthmogènes afin d'adopter une attitude de prévention	Module 3 « Comprendre et s'approprier le plan d'action du médecin » Et module 5 « Compréhension de la maladie »
Adapter ses activités quotidiennes et de loisirs en fonction de la pollution atmosphérique	Non traité
Programmer avec l'aide du médecin un arrêt du tabac · Reconnaître les méfaits du tabac sur son état respiratoire · Limiter la quantité de cigarettes consommées et les occasions de fumer	Module 5 « Compréhension de la maladie »
Agir sur son environnement pour réduire le risque lié à l'exposition tabagique passive	Module 5 « Compréhension de la maladie »
La pratique de l'exercice physique	
Pratiquer de l'exercice physique en fonction de sa tolérance à l'effort · Reconnaître l'absence de contre-indication de toute activité physique, à l'exception de la contre-indication légale de la plongée sous-marine avec bouteille	Non traité, domaine de la consultation médicale
Améliorer sa tolérance à l'effort (séances de kinésithérapie)	Non traité, domaine de la consultation médicale

Figure 11 : Compétences à acquérir pour le patient (19).

Pour préparer son entretien, le pharmacien doit connaître le traitement de son patient. Il peut se renseigner grâce aux ordonnances, en consultant l'historique des délivrances, ou le dossier pharmaceutique si le patient en possède un. Cette étape permet au pharmacien, d'identifier les circonstances du non contrôle de l'asthme, et d'avoir à l'esprit quels inhalateurs et quelles classes thérapeutiques utilise le patient. Un espace dédié au traitement du patient est prévu au début de la grille, pour que l'officinal ne saute pas cette étape.

La première étape de l'entretien, qui est voulue obligatoire, est celle qui situe le patient dans le contrôle de son asthme. En effet, l'entretien s'adresse aux patients asthmatiques non contrôlés par un traitement de fond. Cependant, il existe plusieurs profils de patients asthmatiques : il faut différencier un patient totalement non contrôlé d'un patient partiellement contrôlé, pour adapter au mieux l'entretien aux besoins. Le GINA 2006, propose une classification du contrôle de l'asthme, reposant sur les symptômes et la fonction respiratoire. Nous avons choisi d'utiliser le test Asthma Control Test dans notre grille, car il est plus simple d'utilisation. Le pharmacien peut plus aisément évaluer le contrôle de l'asthme de son patient, car elle ne repose pas sur les volumes et débit respiratoire. L'historique médicamenteux aide aussi à situer le contrôle de l'asthme ; le pharmacien est le seul professionnel médical à avoir accès à ce que consomme le patient.

Le deuxième module est dédié à la manipulation des dispositifs : inhalateurs et peakflow.

Des grilles d'évaluation et de contrôle des manipulations existant déjà, nous avons inclus les « grilles d'évaluation des gestes » élaborées par le Cespharm et l'UTIP-FPC en partenariat avec la société de pneumologie de langue française, l'Association Asthme & Allergie, le Comité national contre les maladies respiratoires et l'Ordre des Pharmaciens. Pour plus de lisibilité, nous avons inséré des images correspondant à chaque inhalateur, pour que le pharmacien identifie plus rapidement quel inhalateur utilise son patient. Nous avons choisi d'intégrer une grille d'évaluation des gestes du débitmètre de pointe, non traitée par le Cespharm, extraite du site de l'association pulmonaire du Canada.

Un espace « Commentaire » est présent pour que le pharmacien note et précise les erreurs qu'il a corrigées. L'évaluation de chaque geste (Acquis/ Non Acquis) permet au pharmacien de garder une trace des gestes non maîtrisés et de vérifier au prochain entretien qu'ils sont bien corrigés, et que le patient a retenu les explications données.

Le troisième module s'articule autour du plan d'action (si le patient en possède un). Le but de cette partie est de s'assurer que le patient sache identifier les signes qui traduisent une détérioration de son asthme : les symptômes cliniques et l'interprétation des valeurs du débitmètre de pointe.

Une fois que le patient sait identifier les zones d'exacerbation et de crise, il doit intégrer les réponses adaptées à chaque situation : le traitement, mais aussi les mesures hygiéno-diététiques pour contrôler le plus rapidement possible son asthme. Le patient peut alors être mis en situation, afin qu'il puisse s'approprier pleinement son PAPE.

La quatrième partie s'oriente sur les traitements médicamenteux. Le patient va alors apprendre à distinguer le traitement de crise du traitement de fond. La gestion des effets indésirables et des réticences sur les médicaments doivent être abordés.

Le patient sera alors sensibilisé à l'observance, et l'identification de ses freins permettra de trouver des solutions pour ainsi améliorer la qualité de vie du traitement chronique.

Enfin la dernière partie est celle sur la physiopathologie. A l'issue de l'entretien, le patient devra être capable de faire la différence entre l'inflammation et la bronchoconstriction. Il devra également être en mesure d'identifier les facteurs déclenchant et savoir comment les éviter.

Le pharmacien, s'il l'estime nécessaire, peut rediriger le patient vers un Conseiller Médical en Environnement Intérieur (CMEI), qui se rend au domicile du patient pour un audit de son environnement afin de mettre en œuvre une éviction des allergènes.

Cette grille présente notamment une limite ; elle comprend quelques questions fermées pour pouvoir évaluer facilement l'entretien et en garder une trace. La transposition en question ouverte est complexe pour un pharmacien peu habitué. Une préparation de l'entretien reste indispensable.

3. Évaluation de la grille et du guide par les officinaux

3.1. Méthodes

Nous avons choisi de suivre la méthodologie du guide de l'HAS «Élaboration d'un document écrit d'information à l'intention des patients et des usagers du système de santé» ⁽²⁷⁾.

Ce guide préconise de tester la compréhension des documents et la présentation de l'information auprès d'un échantillon de la population ciblée par les documents, afin de rechercher si des améliorations peuvent être apportées.

Le test est, bien entendu, réalisé sur les maquettes quasi-définitives, qui seront par la suite mises à disposition des pharmaciens à l'issue du travail.

Les éléments suivants sont appréciés : l'opinion générale sur les documents, la lisibilité et la compréhension, la présentation et l'organisation, la quantité d'information, l'utilité des illustrations, l'utilité pour la pratique officinale.

Le guide de l'HAS préconise de limiter le nombre de participants au test à 10 à 12 personnes maximum, afin de pouvoir tenir compte des remarques et observations, et ainsi pouvoir adapter les documents.

3.1.1 La population

L'échantillon comprend 11 pharmaciens de 25 à 60 ans, exerçant dans des officines de la région grenobloise. Deux pharmaciens sont maitres de stage, un pharmacien est à l'initiative de monter un réseau d'accompagnement des maladies chroniques. Sur les 11 pharmaciens, 3 sont titulaires d'officine,

Les pharmaciens exercent dans 4 officines différentes, deux sont situées en centre-ville, alors que les autres sont des pharmacies de quartier, en périphérie de Grenoble.

3.1.2. Méthodologie du test

Après avoir expliqué à chaque participant, le contexte et le but de la démarche, nous leur avons remis les documents avec un questionnaire anonyme à remplir en ligne sur internet dans les 15 jours suivants la remise des documents. Le questionnaire a été élaboré suivant le guide de l'HAS, il comprend des questions à choix simple permettant d'évaluer facilement les documents, et des questions à réponse rédigée, afin que l'officinal puisse proposer des améliorations et émettre des critiques. Le questionnaire se termine par la possibilité pour le pharmacien de me rencontrer afin de réaliser un entretien en face-à-face, pour discuter et échanger autour des documents.

**[CF Annexe 6 : Questionnaire de satisfaction du guide et de la grille
"Comment aider vos patients à mieux contrôler leur asthme ?"]**

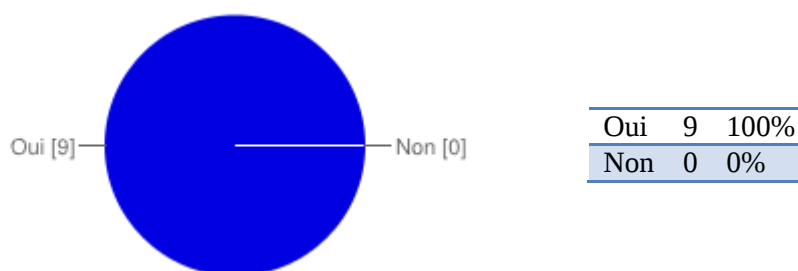
3.2. Résultats et améliorations apportées aux documents

9 pharmaciens sur 11 ont répondu au questionnaire.

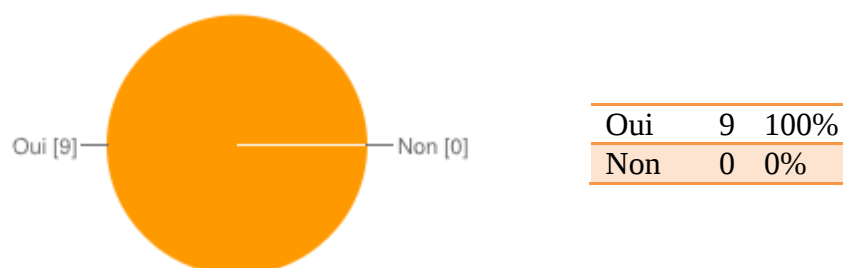
3.2.1. Le guide

3.2.1.1. La forme

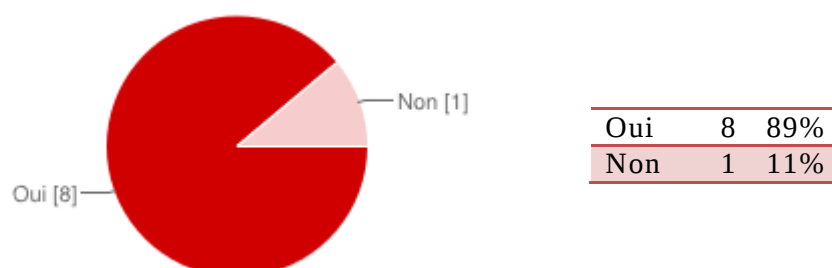
Est-il facile de retrouver une information dans le guide ?



La présentation donne-t-elle envie de lire la brochure ?



Les illustrations permettent-elles de mieux comprendre le texte ?



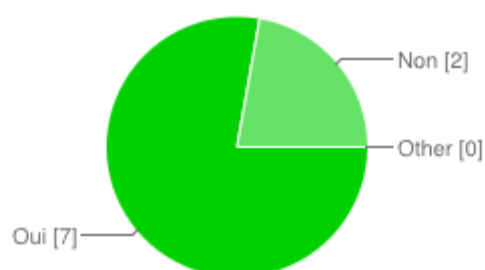
Globalement la forme du guide est satisfaisante. Le format du guide, l'aspect coloré et visuel leur convient également. Le guide est jugé bien lisible, seul le plan d'action est jugé trop petit, nous l'avons donc agrandi pour en faciliter la lecture.

3.2.1.2. Le fond

D'une manière générale, est-ce que l'information contenue dans ce guide est facile à comprendre ?

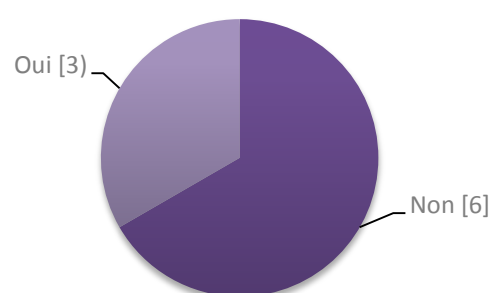


Après la lecture, avez-vous appris des informations supplémentaires ?



Oui	7	78%
Non	2	22%
Autre	0	0%

Manque-t-il des informations ?



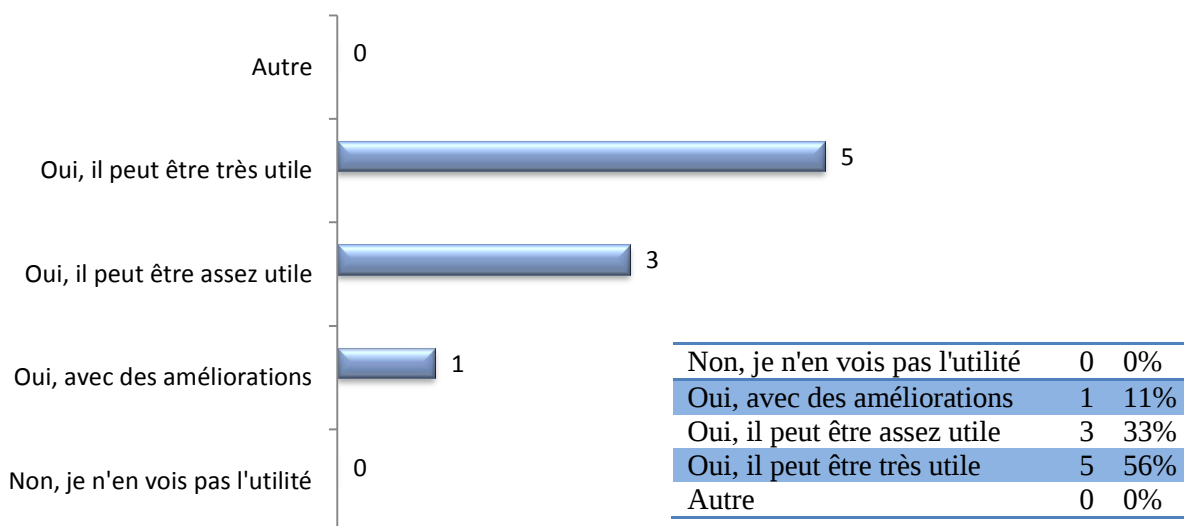
Non	6	66,66%
Oui	3	33,33%

Le contenu du guide leur paraît clair, concret, concis en apportant de nouvelles informations. Les pharmaciens étaient cependant demandeurs d'informations sur les facteurs déclenchant et les mesures d'éviction, ce qui a été rajouté au guide, ainsi qu'un paragraphe sur l'importance de l'éducation thérapeutique chez le patient asthmatique. Les demandes de classement des molécules par classe thérapeutique et fonction ont aussi été retenues et intégrées au guide. Un paragraphe sur les effets d'une surconsommation de β 2-mimétiques de courte durée d'action et sur les effets systémiques de la cortisone inhalée ont été également ajoutés pour aider le pharmacien dans son entretien pharmaceutique.

Seule la demande de rappel sur les manipulations des inhalateurs n'a pas été retenue pour ne pas alourdir ce guide d'information. De plus, les étapes de manipulation des différents inhalateurs sont détaillées dans la grille, et des références pour trouver les protocoles si besoin, sont présentes dans le guide.

5.2.1.3. Le besoin à l'officine

Pensez-vous que ce guide soit utile à la profession pour mettre en place l'entretien pharmaceutique du patient asthmatique ?

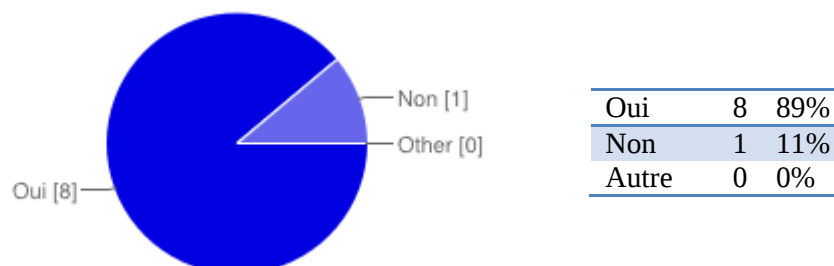


La totalité des pharmaciens juge utile ce document pour l'instauration des entretiens pharmaceutiques. Ce guide a permis à la plupart des intervenants de découvrir le plan d'action personnalisé écrit. Ils sont alors plus aptes à aider le patient à s'approprier son plan d'action, et ainsi accompagner celui-ci dans l'ensemble de la prise en charge de son asthme.

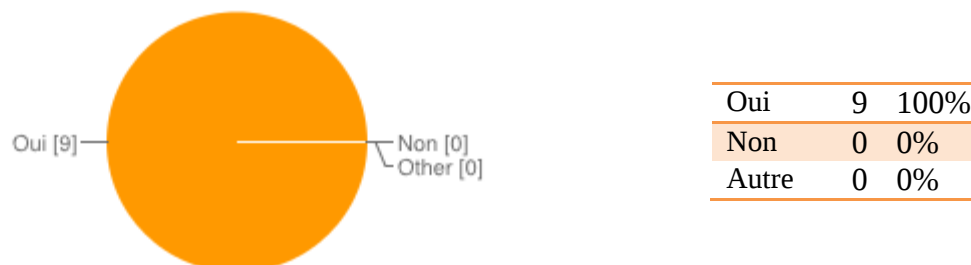
5.2.2. La grille

5.2.2.1. La forme

La présentation donne-t-elle envie de lire la grille ?



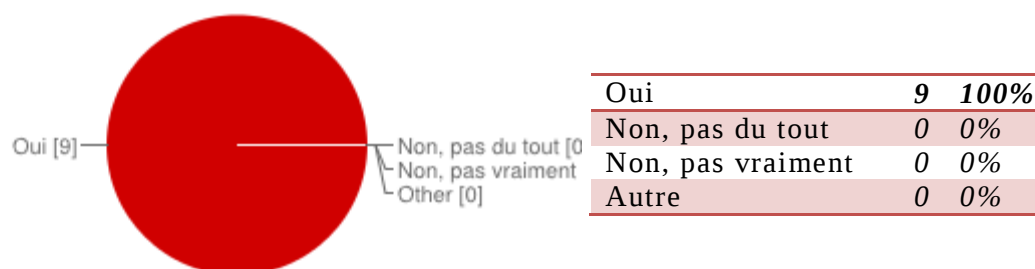
D'une manière générale, la grille est-elle facile à comprendre ?



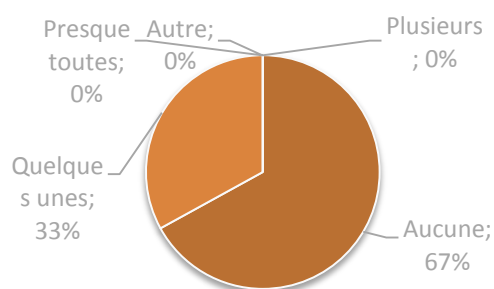
L'intégralité des pharmaciens estime que la grille est fonctionnelle du point de vue de sa présentation.

5.2.2.2. Le fond

Après avoir lu la grille, avez-vous compris son but ?

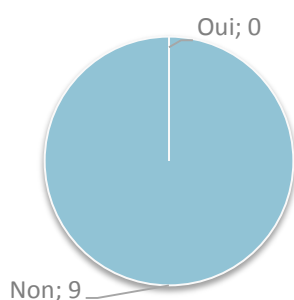


Y-a-t-il une (ou des) question(s) qui vous a (ont) posé problème ?



Aucune	6	67%
Quelques unes	3	33%
Plusieurs	0	0%
Presque toutes	0	0%
Autre	0	0%

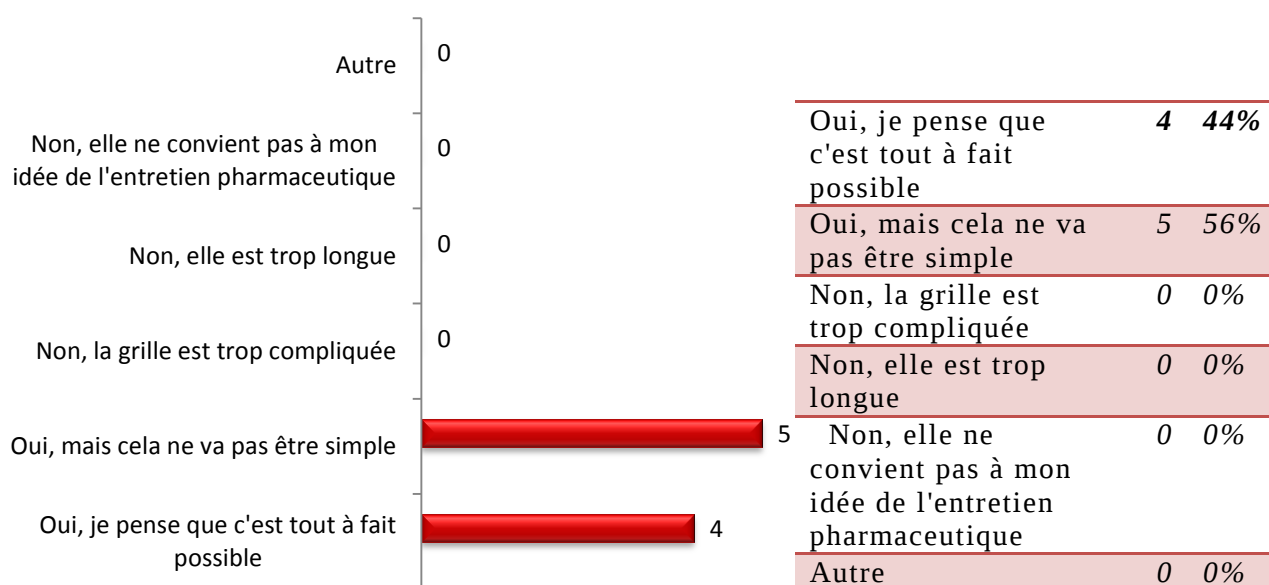
Manque-t-il des questions, des points à discuter avec le patient, des étapes ?



Oui	0
Non	9

5.2.2.3. L'application à l'officine

Pensez-vous que cette grille soit applicable à l'officine ?



La totalité des pharmaciens juge cette grille applicable à l'officine, même si certains sont moins optimistes ou moins à l'aise à l'idée de réaliser des entretiens pharmaceutiques. Un des pharmaciens a fait la remarque pertinente qu'il serait intéressant de faire plusieurs versions de la grille pour s'adapter aux patients : enfants, adolescents, personnes illettrées ou ne parlant pas bien le français. C'est en effet une amélioration qui pourrait être utile à la profession.

En conclusion, les officinaux jugent les documents utiles et nécessaires à leur pratique quotidienne. Leur vision pratique a permis de faire des modifications pour convenir au mieux à l'exercice de la profession et rendre facile la mise en place des entretiens pharmaceutiques dans le suivi du patient asthmatique.

V. Conclusion

Thèse soutenue par : Maud JONCHERY

Titre : Élaboration et évaluation d'une grille d'aide à l'entretien pharmaceutique pour accompagner les patients asthmatiques : de l'expérience de l'école de l'asthme grenobloise, à l'application en officine.

Conclusion :

L'asthme étant une maladie chronique, sa prise en charge se doit d'être complète. Les recommandations préconisent en effet un traitement médicamenteux, des mesures hygiéno-diététiques afin d'éviter les facteurs déclenchant de la crise ainsi qu'une éducation du patient. L'intérêt de l'éducation thérapeutique du patient asthmatique est reconnu et fait dorénavant partie des recommandations de la prise en charge de l'asthme chez l'adulte, comme chez l'enfant.

D'une part, en 2006, les recommandations internationales ont changé pour mettre au centre de la prise en charge le contrôle de l'asthme et non plus uniquement la gravité de la maladie ; le patient et sa réaction au traitement sont alors placés au centre de la prise en charge.

D'autre part, la loi Hôpital, Patient, Santé et Territoires de 2009 et la nouvelle convention entre les pharmaciens titulaires d'officine et la caisse d'assurance maladie, signée en avril 2012, élargissent les missions des pharmaciens avec leur participation à l'éducation thérapeutique et aux actions d'accompagnement des patients. L'entretien pharmaceutique et le suivi des patients asthmatiques, sont désormais des domaines dans lesquels le pharmacien peut s'impliquer, confirmant son rôle clé dans notre système de santé.

Face à cette nouvelle mission, notre démarche a été de faire le lien entre l'école de l'asthme grenobloise et les officines, grâce notamment au plan d'action personnalisé écrit. Nous avons élaboré une grille, adaptable aux besoins du patient,

pour guider et aider l'officinal à mettre en place l'entretien pharmaceutique du patient asthmatique non contrôlé par un traitement de fond. Nous avons axé l'entretien pharmaceutique sur la prise en charge globale du patient asthmatique, en se servant d'un outil d'éducation thérapeutique de l'asthme, reconnu mais néanmoins mal connu : le plan d'action personnalisé écrit. Ainsi le pharmacien accompagne le patient asthmatique et peut améliorer le contrôle de son asthme.

Nous avons également élaboré un guide pour aider le pharmacien à accompagner ses patients asthmatiques et pour qu'il soit capable d'aider ses patients à s'approprier leur plan d'action.

Ces deux outils ont été testés et évalués auprès de onze pharmaciens d'officine de la région grenobloise. Leur utilité pour la pratique à l'officine est reconnue et des améliorations ont pu être faites pour convenir au mieux à la pratique officinale.

Vu et permis d'imprimer

A Grenoble

Le doyen,
Professeur Christophe Ribuot

Le président de la thèse
M. Benoit Allenet

Bibliographie

1. GINA. Global strategy for asthma management and prevention. Global Initiative for Asthma 2011. Consulté sur le site www.ginasthma.org
2. von Hertzen L, Haahtela T. Signs of reversing trends in prevalence of asthma. *Allergy*. 2005;60(3):283-92. Epub 2005/02/01.
3. Delmas MC, Fuhrman C. Asthma in France: a review of descriptive epidemiological data. *Rev Mal Respir*. 2010;27(2):151-9. Epub 2010/03/09.
4. Afrite A. AC, Con-Ruelle L., et al. L'asthme en France en 2006 : prévalence et contrôle des symptômes. *Questions d'économie de la santé IRDES*. 2008;138, :8 p.
5. CREDES. L'asthme en France (rapport 2000). Février 2000.
6. IRDES. Les dépenses médicales en ville des asthmatique en 2006. *Questions d'économie de la santé*. Mars 2010;n°152.
7. Collège des enseignants de Pneumologie. Asthme de l'adulte. Référentiel pour la préparation de l'ECN. Item 226. 2010.
8. Vidalpro. 2012. Consulté sur le site www.univadis.fr
9. Révision des recommandations "GINA" sur l'asthme, et "GOLD" sur la BPCO. *Folia Pharmacotherapeutica*. 2007;34.
10. Chalmers GW, Macleod KJ, Little SA, Thomson LJ, McSharry CP, NC T. Influence of cigarette smoking on inhaled corticosteroid treatment in mild asthma. *Thorax* 2002;57:226-30.
11. Groupe de recherche sur les avances en pneumopédiatrie. Du bon usage des corticoïdes inhalés chez l'enfant asthmatique. *Mal Respir*. 2004;21:1215-24.
12. Chowdhury BA, Dal Pan G. The FDA and safe use of long-acting beta-agonists in the treatment of asthma. *N Engl J Med*. 2010;362(13):1169-71. Epub 2010/02/26.
13. January B, Seibold A, Whaley B, Hipkin RW, Lin D, Schonbrunn A, et al. beta2-adrenergic receptor desensitization, internalization, and phosphorylation in response to full and partial agonists. *J Biol Chem*. 1997;272(38):23871-9. Epub 1997/09/20.
14. January B, Seibold A, Allal C, Whaley BS, Knoll BJ, Moore RH, et al. Salmeterol-induced desensitization, internalization and phosphorylation of the human beta2-adrenoceptor. *Br J Pharmacol*. 1998;123(4):701-11. Epub 1998/03/28.

15. Molimard M, M M. Rôle du pharmacien dans la prise en charge du patient asthmatique. Cespharm. 2009. Consulté sur le site www.cespharm.fr
16. Harrison TW, Osborne J, Newton S, Tattersfield AE. Doubling the dose of inhaled corticosteroid to prevent asthma exacerbations: randomised controlled trial. *Lancet*. 2004;363(9405):271-5. Epub 2004/01/31.
17. Rodrigo G, Rodrigo C, Burschtin O. A meta-analysis of the effects of ipratropium bromide in adults with acute asthma. *Am J Med*. 1999;107(4):363-70. Epub 1999/10/20.
18. OMS. Therapeutic Patient Education - Continuing Education Programmes for Health Care Providers in the field of Chronic Disease. 1996.
19. ANAES. Éducation thérapeutique du patient asthmatique. Adulte et adolescent. Juin 2001.
20. Asthme et allergie. Charte des écoles de l'asthme. 2007. Consulté sur le site www.asthme-allergies.org
21. Direction générale de la santé. Evaluation des écoles de l'asthme en France. Rapport 2006. Ministère de la santé et des solidarités.
22. Giraud V, Allaert FA, Roche N. Inhaler technique and asthma: feasibility and acceptability of training by pharmacists. *Respir Med*. 2011;105(12):1815-22. Epub 2011/08/02.
23. G Chamba. Evaluation de l'impact d'un entretien pharmaceutique structuré sur la prise en charge du patient asthmatique. Pharmakeion. 2008.
24. CESSPF. Suivi des patients asthmatiques à l'officine : la performance des pharmaciens démontrée. *Les nouvelles pharmaceutiques*. 2000;190:6-8.
25. Loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Legifrance. 21 juillet 2009.
27. HAS. Elaboration d'un document écrit d'information à l'intention des patients et des usagers du système de santé. Guide méthodologique. 2008.
26. Convention nationale organisant les rapports entre les pharmaciens titulaires d'officine et l'assurance maladie. Avril 2012. Consulté sur le site ameli.fr
28. Magar Y. Education thérapeutique des asthmatiques : choisir une approche personnalisée. *La lettre du Pneumologue*. 2001;4:207-8.

29. Gibson PG, Powell H, Coughlan J, Wilson AJ, Hensley MJ, Abramson M, et al. Limited (information only) patient education programs for adults with asthma. *Cochrane Database Syst Rev*. 2002(2):CD001005. Epub 2002/06/22.
30. Kallstrom TJ. Evidence-Based Asthma Management. *Respiratory care*. 2004;49(7).
31. Powell H, Gibson PG. Options for self-management education for adults with asthma. *Cochrane Database Syst Rev*. 2003(1):CD004107. Epub 2003/01/22.
32. Gibson PG, Powell H, Wilson A, Abramson MJ, Haywood P, Bauman A, et al. Self-management education and regular practitioner review for adults with asthma. 2002.
33. C. Feuillet-Dassonval, R. Gagnayre, B. Rossignol, E. Bidat, Stheneur C. Le plan d'action écrit : un outil pour l'autogestion de l'asthme. *Archive de pédiatrie*. 2005;12:1788–96.
34. Magar Y. La motivation en éducation thérapeutique. 9ème journées Francophone Asthme & education. 2005:30-4.
35. HAS, Association Francaise de Pédiatrie Ambulatoire. Education thérapeutique de l'enfant asthmatique et sa famille en pédiatrie. Référentiel d'auto-évaluation des pratiques en pédiatrie. Juillet 2005.

ANNEXES

Annexe 1 : Article 36 et 38 de la loi HPST

Article 36

Les pharmaciens sont contributeurs des soins de premiers recours qui englobent :

- La prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des patients ;*
- La dispensation et l'administration des médicaments, produits et dispositifs médicaux, ainsi que le conseil pharmaceutique ;*
- L'orientation dans le système de soins et le secteur médico-social ;*
- L'éducation pour la santé.*

Article 38

Les pharmaciens d'officine :

- Contribuent aux soins de premier recours ;*
- Participent à la coopération entre professionnels de santé ;*
- Participent à la mission de service public de la permanence des soins ;*
- Concourent aux actions de veille et de protection sanitaire organisées par les autorités de santé ;*
- Peuvent participer à l'éducation thérapeutique et aux actions d'accompagnement de patients (...) ;*
- Peuvent assurer la fonction de pharmacien référent pour un établissement (...) qui ne dispose pas de pharmacie à usage intérieur ou qui n'est pas membre d'un groupement de coopération sanitaire gérant une pharmacie à usage intérieur ;*
- Peuvent être désignés comme correspondants au sein de l'équipe de soins par le patient. A ce titre, ils peuvent, à la demande du médecin ou avec son accord, renouveler périodiquement des traitements chroniques, ajuster, au besoin, leur posologie et effectuer des bilans de médications destinés à en optimiser les effets ;*
- Peuvent proposer des conseils et prestations destinés à favoriser l'amélioration ou le maintien de l'état de santé des personnes.*

Annexe 2 : Convention nationale entre la sécurité sociale et les titulaires d'officines

« 28.2. Accompagner les patients atteints de pathologies chroniques

Les parties signataires conviennent de la pertinence de développer dans un premier temps une action d'accompagnement des patients asthmatiques.

28.2.1. Eléments de contexte

L'asthme concerne 6,8 % de la population générale, soit environ 4,5 millions de patients. Parmi ceux-ci, on compte 50 % de patients atteints d'un asthme dit « intermittent », ne nécessitant qu'un traitement des crises, et 50 % de patients atteints d'un asthme dit « persistant », nécessitant un traitement de fond au long cours.

Il est possible d'estimer qu'un patient asthmatique sur 4 est insuffisamment contrôlé. Un asthme insuffisamment contrôlé se caractérise par des crises fréquentes, une altération de la qualité de vie et parfois des hospitalisations voire même des décès. On compte annuellement environ 15 000 hospitalisations liées à l'asthme (chez les 5-44 ans) et 1 000 décès dans la population générale.

Les parties signataires reconnaissent la nécessité de s'assurer outre de la bonne observance du traitement par les patients visés, de sa bonne administration à long terme, s'agissant de traitements inhalés, afin de permettre la prise en charge optimisée des populations concernées. Pour ce faire, elles estiment nécessaire de s'attacher à l'accompagnement des patients asthmatiques non contrôlés sous traitement de fond.

28.2.2. Rôle du pharmacien

Les parties signataires s'entendent pour que l'accompagnement du pharmacien se traduise par :

- le contrôle de l'observance du traitement de fond ;*
- la réalisation d'entretiens pharmaceutiques au cours desquels le pharmacien informe et conseille le patient sur la bonne utilisation de son traitement ;*
- le contrôle régulier de la maîtrise de la technique d'inhalation par le patient ainsi que la bonne observance du traitement ;*
- en cas de besoin, la prise de contact avec le prescripteur avec l'accord du patient.*

Les parties signataires s'engagent à définir par voie d'avenant, au plus tard pour le 30 juin 2013, les modalités de la valorisation de la pratique professionnelle en matière d'accompagnement des patients asthmatiques. (26) »

Comment aider vos patients à mieux contrôler leur asthme ?

En France, en 2006, 6 patients asthmatiques sur 10 sont insuffisamment contrôlés. (Selon l'enquête ESPS)*

Voici quelques aides pour vous lancer dans l'entretien pharmaceutique avec vos patients asthmatiques et les aider à éviter la crise d'asthme.



** se reporter au glossaire p14.*

Sommaire

Règles pédagogiques pour l'entretien pharmaceutique	3
Une nouvelle mission : accompagner le patient asthmatique.....	4
Le plan d'action.....	7
Connaître les symptômes et le traitement de chaque zone...	7
Exemple d'un plan d'action.....	8
Les facteurs déclenchant et stratégie d'éviction	9
Le DEP.....	11
Les traitements : classe thérapeutiques, risque de la corticothérapie et de la surconsommation de β 2-agonistes d'action brève.....	12
Que faire en cas de crise.....	13
Les bonnes techniques d'inhalation.....	13
Glossaire	14
Contacts des laboratoires pour commander des placebos.....	15
Contacts de l'école de l'asthme de Grenoble.....	16

Règles pédagogiques pour l'entretien pharmaceutique :

- ✓ Dialoguer en toute **confidentialité**.
- ✓ Définir avec le patient, la **durée** de la séance.
- ✓ Expliquer clairement le **but** de l'entretien.
- ✓ Poser des **questions ouvertes** qui facilitent le dialogue.
- ✓ **Reformuler** les pensées du patient pour être certain de l'avoir bien compris.
- ✓ Savoir **écouter**, respecter les temps de silence.
- ✓ Garder une **trace écrite** de l'entretien.
- ✓ **Évaluer** l'entretien, a-t-il été utile au patient.

Une nouvelle mission : accompagner le patient asthmatique

Extrait de la convention nationale entre les pharmaciens titulaires d'officine et la sécurité sociale :

Les parties signataires s'entendent pour que l'accompagnement du pharmacien se traduise par :

- le contrôle de l'observance du traitement de fond ;
- la réalisation d'entretiens pharmaceutiques au cours desquels le pharmacien informe et conseille le patient sur la bonne utilisation de son traitement ;
- le contrôle régulier de la maîtrise de la technique d'inhalation par le patient ainsi que la bonne observance du traitement ;
- en cas de besoin, la prise de contact avec le prescripteur avec l'accord du patient.

Notre rôle dans l'accompagnement des patients asthmatiques ?

En tant que pharmacien, nous devons nous assurer régulièrement :

- que le patient maîtrise les techniques d'inhalation,
- qu'il sait différencier le traitement de crise, de celui du traitement de fond,
- qu'il connaît son traitement, et sait expliquer l'action des différents traitements,
- qu'il sait reconnaître les signes de détérioration de son asthme, afin d'avoir recours au traitement de la crise,
- qu'il sait les situations à risque pouvant déclencher une crise d'asthme et qu'il sait éviter ces facteurs déclenchants au quotidien,
- qu'il est observant dans son traitement de fond.

Pourquoi une éducation du patient asthmatique ?

- L'éducation du patient, pour qu'il puisse mieux connaître et mieux gérer la pathologie au quotidien, est aujourd'hui l'une des missions importantes du professionnel de santé dans la prise en charge des maladies chroniques. Le but est de rendre le patient plus autonome en facilitant son adhésion aux traitements prescrits et en améliorant sa qualité de vie.
- L'asthme, étant une maladie chronique, nécessite dans sa prise en charge une éducation du patient. Celui-ci doit être capable de reconnaître les signes de non contrôle de son asthme et savoir quelle prise en charge est adaptée à chaque situation. Il doit aussi connaître les signes de gravité qui marquent la limite de l'autogestion, et qui nécessitent une prise en charge médicale.
- Le plan d'action* est un outil de l'éducation du patient asthmatique, chaque soignant intervenant dans l'éducation doit aider le patient à comprendre et à s'approprier le plan d'action.
- L'éducation du patient s'inscrit dans la durée et nécessite d'être répétée régulièrement. « dit mais pas entendu, entendu mais pas compris, compris mais pas accepté, accepté mais pas fait, mis en pratique, mais pour combien de temps ». Konrad Lorenz

Le plan d'action

Le plan d'action peut aussi être appelé : plan de traitement, PAPE (plan d'action personnalisé écrit) ...

Pourquoi un plan d'action ?

- L'information écrite est toujours plus efficace qu'une information donnée oralement. Avec un plan d'action, tous les soignants ont le même discours, le patient s'approprie alors mieux la conduite à tenir.

Qu'est-ce qu'un plan d'action ?

- Le plan d'action, établi par le médecin, est composé de 3 zones, qui correspondent à 3 périodes différentes que peut connaître le patient asthmatique.
- La **zone verte** (stabilité), correspond à une période où **l'asthme est contrôlé**, le patient va bien.
La **zone orange** (vigilance) correspond à une **exacerbation de l'asthme**.
La **zone rouge** (alerte) est celle de la **crise d'asthme**.
- Chaque zone est définie par des symptômes et/ou des valeurs du DEP pour aider le patient à se situer dans celle qui correspond au mieux à sa situation du moment.
- A chaque zone sont associées les modalités de traitement mais aussi la conduite à tenir (appel au médecin, recours aux services d'urgences, conseil pour pratiquer une activité physique, conseils personnalisés vis-à-vis des facteurs environnementaux...). Le plan d'action est adapté aux symptômes et au quotidien du patient, c'est pour cela qu'il est qualifié de personnalisé.
- Un plan d'action doit permettre au patient de reconnaître les signes précurseurs annonçant une crise, mais aussi les signes de gravité, en particulier la non-réponse au traitement habituel.

Connaître les symptômes et le traitement de chaque zone.

A titre d'exemple, à adapter aux signes cliniques que présente le patient

Zone orange

- × Dyspnée
- × Toux sèche (nocturne)
- × Sibilances*
- × Oppression thoracique lors d'exercice ou la nuit.
- × Utilisation de β_2 stimulants plus de 3 fois/semaine
- × Symptômes propres à chacun, allergie principalement : démangeaison, rhinite, conjonctivite...

Zone rouge

- × Symptômes qui durent depuis 24h ou qui s'aggravent
- × Aucun activité n'est possible, difficulté à marcher
- × Impossibilité de parler, orthopnée*, pauses respiratoires
- × Crise qui arrive subitement
- × Sueurs, cyanose, vertiges
- × Trouble de la vigilance, agitation

Il est essentiel que le patient s'approprie bien les réactions à avoir en fonction des différentes situations.

zone verte

- Traitement de fond +/- traitement antiallergique...

zone orange

- ajustement thérapeutique : bronchodilatateur +/- augmentation traitement de fond +/- corticoïdes per os

zone rouge

- appel immédiat au médecin et mise en place d'un traitement de la crise : bronchodilatateur toutes les 15 minutes.

Exemple d'un plan d'action

Nom : _____
 Nom du médecin : _____
 Date : _____

Ce plan d'action est un guide, n'hésitez pas à demander conseil à votre médecin ou votre pharmacien, si vous n'êtes pas certain de ce que vous devez faire. Pour ne pas avoir de symptômes, il faut prendre les médicaments de contrôle tous les jours.

Asthme maîtrisé	Symptômes de l'asthme	Crise d'asthme
Zone verte <i>Dep de</i> _____ <i>L/min</i> _____ 1 <i>Traitement de fond :</i> <i>Exercice de 1 heure matin et soir</i> <i>Aliments le soir</i>	Zone orange <i>Dep de</i> _____ <i>L/min</i> _____ 2 <i>Multiplication du traitement :</i> <i>Salmeterol 2cp le matin, Ventoline 2 bouffées si besoin</i> <i>Exercice de 1 heure matin et soir</i> <i>Aliments le soir</i>	Zone rouge <i>Dep de</i> _____ <i>L/min</i> _____ 3 <i>C'est une urgence : appeler le 15 !</i>

Il a été dans la zone orange pendant 24h
 Ses symptômes d'asthme s'aggravent
 Il ne peut plus faire aucune activité
 Il a des difficultés à marcher ou parler
 Il a peur ou cette crise est arrivée subitement
 Mes symptômes personnels : _____

Il doit être simple, synthétique, visuel, et servir de repère à l'autogestion.

- 1 A chaque zone sont assimilés les symptômes que ressent le patient (ou qu'il peut ressentir).
 Le prescripteur note les valeurs DEP* seuils de chaque zone :
 Zone verte : 100 à 80% du DEP normal
 Zone orange : 80 à 60% du DEP normal
 Zone rouge : < 60% du DEP normal
- 2 Le prescripteur note le traitement et la conduite à tenir pour chaque situation.

Les facteurs déclenchant et stratégie d'éviction :

Allergènes des acariens de poussière de maison

- ➔ Laver les draps et les couvertures une fois par semaine à l'eau chaude. Les sécher au sèche-linge ou au soleil.
- ➔ Utiliser des meubles en vinyle, cuir ou bois massif plutôt que des meubles rembourrés.
- ➔ Envelopper les oreillers et les matelas dans des housses étanches.
- ➔ Utiliser si possible un aspirateur avec filtre.
- ➔ Enlever les tapis et les moquettes, en particulier dans les chambres.

Tabac actif ou passif

- ➔ Arrêt du tabac du patient et de son entourage.
- ➔ Aide au sevrage

Phanères animales

- Éviter d'avoir des animaux au domicile, ou du moins dans la chambre du patient.

Allergènes de blattes

- Nettoyer régulièrement le domicile.
- Utiliser un insecticide en aérosol mais s'assurer que le patient n'est pas à la maison lors de la vaporisation.

Pollens et moisissures extérieures

- Aérer le domicile tôt le matin, puis fermer les fenêtres et rester à l'intérieur lors des pics de pollens et de moisissures.
- Un traitement antihistaminique peut s'avérer utile.
- Se laver les mains, le visage, les cheveux et changer de vêtements dès le retour au domicile.

Moisissures intérieures

- Réduire l'humidité dans le domicile.
- Nettoyer fréquemment toutes les zones humides.

Activité physique

- L'utilisation de β 2-mimétiques avant l'effort peut prévenir les symptômes
- Maintenir une activité physique.

Médicaments

- Ne pas utiliser de β -bloquants (toutes formes galéniques),
- Éviter l'aspirine et les AINS s'ils induisent des crises chez le patient.

Aliments

- Éviction des aliments dont l'allergie est connue

Infections ORL

- Vaccination annuelle contre la grippe.

Le DEP

Qu'est-ce que c'est ?

- Le Débit expiratoire de Pointe est le débit maximal réalisé au cours d'une expiration forcée. Il est exprimé en L/min.
- Cette mesure permet de refléter le calibre des voies aériennes. Attention, le DEP, ne se substitue pas aux EFR*, qui restent indispensables au diagnostic et au suivi de la maladie.

Comment le mesurer à l'officine ?

- Le DEP se mesure avec un peakflow (ou débitmètre de pointe).
- Voici le protocole :
 - Se mettre debout, le dos bien droit.
 - Vérifier que l'indicateur est à zéro.
 - Tenir le débitmètre à l'horizontal sans que les doigts ne gênent le curseur
 - Inspirer profondément
 - Serrer les lèvres autour de l'embout buccal
 - Souffler aussi fort et aussi vite que possible dans le dispositif.
 - Noter le débit
 - Recommencer pour avoir 3 mesures. Garder la meilleure valeur des 3.



Quelle utilité dans le plan d'action ?

- Dans le suivi de l'asthme, les patients peuvent effectuer régulièrement des mesures de DEP, afin de les comparer à leur meilleure valeur connue, ce qui les aide à se situer dans le contrôle de leur asthme.
- Le plan d'action à 3 zones s'appuie entre autres sur des valeurs de DEP, afin que le patient soit capable de surveiller sa maladie et de reconnaître rapidement une exacerbation* nécessitant un traitement précoce.
- Les valeurs du DEP (meilleure valeur, seuils des 3 zones) sont retranscrites par le médecin sur le plan d'action. Chez l'enfant, ces valeurs doivent être revues périodiquement, car les valeurs théoriques moyennes sont fonction du sexe, de la taille et de l'âge.
- En savoir + : courbes des valeurs du DEP théorique disponible sur <http://www.mediflux.fr/mesurer.htm>

Les traitements

Classe thérapeutiques	Molécules
bronchodilatateurs bêta-2 agonistes d'action brève	* salbutamol * terbutaline
bronchodilatateurs bêta-2 agonistes d'action prolongée	* bambutérol * formotérol * salmétérol * terbutaline
corticoïdes inhalés	* béclométasone * budésonide * ciclesonide * fluticasone

Risques de la corticothérapie inhalée

Le passage en systémique des corticoïdes inhalés est fonction de la dose administrée. En effet, à faible dose, la partie retrouvée en systémique est négligeable, il n'y a alors qu'un effet local. Cependant pour de fortes doses de corticoïdes inhalés, il peut survenir des effets indésirables dus à leur passage dans la circulation, une surveillance doit alors être effectuée, notamment chez l'enfant et la personne âgée.

On entend par posologie élevée une posologie journalière de :

- * >1000-2000µg (chez l'adulte) ou >400µg (chez l'enfant) de béclométasone,
- * >800-1600µg (chez l'adulte) ou >400µg (chez l'enfant) de budésonide,
- * >500-1000µg (chez l'adulte) ou >500µg (chez l'enfant) de fluticasone.

Risques de la surconsommation β2 agonistes d'action brève

La surconsommation de β2 agonistes est un signe d'instabilité de l'asthme, pouvant être annonciateur d'une crise aigue grave. D'autre part, il existe une diminution de la sensibilité aux β2 agonistes lorsque la consommation devient quotidienne, entraînant une non-réponse au traitement de crise.

Que faire en cas de crise ?

1. Restez calme, et rassurez le patient : le stress augmente la crise.
2. Mettez la personne dans la position où elle se sent le mieux, c'est souvent la position assise, ne pas l'allonger.
Desserrer son col, cravate,... pour qu'il puisse mieux respirer.
3. Demandez-lui de respirer lentement et profondément.
4. Mesurer le DEP si possible avec un peakflow, en cas de doute, afin de le comparer au DEP normal.
5. Donnez-lui son traitement pour la crise. N'hésitez pas à utiliser une chambre d'inhalation si besoin
6. S'il n'y a pas d'amélioration, ou si vous avez le moindre doute : Appeler le 15 !

Les bonnes techniques d'inhalation

Toujours faire manipuler le patient, le corriger et lui remettre un protocole écrit.

Revoir régulièrement s'il maîtrise les techniques.

Il est important d'avoir des placébos de chaque inhalateur.

Pour en savoir + :

www.ameli.fr : Asthme : Comment bien utiliser les dispositifs d'inhalation

www.cespharm.fr : Education du patient asthmatique : un outil pour évaluer les techniques d'inhalation

Ou « Grille d'aide à l'entretien pharmaceutique pour asthmatique non équilibré. »

Glossaire

ESPS : Enquête Santé et Protection Sociale réalisé par l'IRDES (Institut de recherche et documentation en économie de la santé). La dernière enquête sur l'asthme a été réalisée en 2006, en population générale.

Plan d'action : Le plan d'action, établi par le médecin, est une aide pour l'auto-gestion du patient. Il est composé de 3 zones, qui correspondent à 3 périodes différentes que va connaître le patient asthmatique, chaque zone est associée à une conduite à tenir en cas de détérioration de son asthme.

Sibilance : sifflement caractéristique de la crise d'asthme, consécutifs au passage de l'air dans les bronches rétrécies.

Orthopnée : Difficulté à respirer en position couchée, obligeant la personne à le faire en position assise ou debout.

DEP : Le Débit expiratoire de Pointe est le débit maximal réalisé au cours d'une expiration forcée. Il est exprimé en L/min.

EFR : exploration fonctionnelle respiratoire ou spirométrie. Permet d'explorer et de quantifier la capacité respiratoire du patient (les débits bronchiques, les volumes pulmonaires, les échanges gazeux).

Exacerbation : Dégradation de la fonction respiratoire, sans pour autant que ça soit une crise aiguë.

Ecole de l'asthme : Une équipe pluridisciplinaire (médecin, pharmacien, kiné, puéricultrice,...) formée à l'éducation thérapeutique. Adaptées aux enfants, 3 séances en groupe sont consacrées à l'acquisition d'information et à la compréhension de l'asthme, par une approche ludique. Cela permet à l'enfant et à sa famille d'optimiser sa prise en charge thérapeutique et d'améliorer sa qualité de vie.

Contacts des laboratoires pour commander des placebos :

GlaxoSmithKline	• Seretide®, ventoline®, serevent® • 100, route de Versailles. 78163 Marly-le-Roi cdx - Tél : 01 39 17 84 44. Fax : 01 39 17 84 45
Boehringer	• Bronchodual® • 12, rue André-Huet. 51100 Reims - Tél : 03 26 50 45 33
Astrazeneca	• Symbicort®, Bricanyl®, Peakflow® • 1, place Louis Renault 92500 Rueil-Malmaison - Tél : 01 41 29 40 00 Fax : 01 41 29 40 01
Novartis	• Foradil® • 2 rue Lionel-Terray 92500 Rueil-Malmaison - Tel : 01 55 47 60 00 Fax: 01 55 47 60 50
Meda Pharma	• Ventilastin® • 25, bd Amiral-Bruix 75016 Paris • Tel : 01 56 64 10 70 Fax : 01 56 64 10 80
Teva France	• Airomir®, Ecobec®, Qvar® • 110 esplanade du Général-de-Gaulle 2931 La Défense cdx - Tél (n° Vert) : 08 00 51 34 11

École de l'asthme : les jeux de l'air



Contact de l'école de l'asthme* de Grenoble :

Dr Llerena Cathy

Département de pédiatrie - CHU de Grenoble

BP 217 - 38043 Grenoble Cedex 09

Standard : 04 76 76 75 75

Accueil pédiatrique : 04 76 76 54 18

Secrétariat : 04 76 76 53 95

Mail : jeuxdelair@chu-grenoble.fr

Rédaction : Maud Jonchery, Pharmacien. Octobre 2012.

Relecture : Dr Catherine Llerena, Pneumo-pédiatre au CHU Grenoble.

Sources : HAS, vidalpro, asthme-allergies.org, www.ginasthma.org, C. Feuillet-Dassonval RG, B. Rossignol, E. Bidat, C. Stheneur. Le plan d'action écrit : un outil pour l'autogestion de l'asthme. Archive de pédiatrie. 2005 ; ANAES. Éducation thérapeutique de patient asthmatique. Adulte et adolescent. Juin 2001.

Annexe 4 : Grille d'aide à l'entretien pharmaceutique pour asthmatique non équilibré.

Comment aider vos patients à mieux contrôler leur asthme ?

Nom :

Son traitement de l'asthme :

Prénom :

Date de l'entretien :

Cette grille est une **aide pour construire votre entretien**. Elle vous permet d'avoir un plan sur lequel vous appuyer, elle permet d'évaluer votre travail, de garder une trace de l'entretien. Pour que l'entretien soit une réussite, ne vous contentez pas de lire les questions, le dialogue est la clé de la réussite, privilégiez les questions ouvertes.

Pour un entretien : choisissez 2 modules facultatifs pour convenir au mieux aux besoins de votre patient.

Et maintenant, à vous de jouer !

1. Contrôle de l'asthme (étape obligatoire)

Test de contrôle de l'asthme : ACT (Asthma control test)

Source : asthme-allergies.org

Au cours des 4 dernières semaines, votre asthme vous a-t-il gêné(e) dans vos activités au travail, à l'école/université ou chez vous ?

Tout le temps 1	La plupart du temps 2	Quelquefois 3	Rarement 4	Jamais 5	Points

Au cours des 4 dernières semaines, avez-vous été essoufflé(e) ?

Plus d'une fois par jour 1	Une fois par jour 2	3 à 6 fois par semaine 3	1 ou 2 fois par semaine 4	Jamais 5	Points

Au cours des 4 dernières semaines, les symptômes de l'asthme (sifflements dans la poitrine, toux, essoufflement, oppression ou douleur dans la poitrine) vous ont-ils réveillé(e) la nuit ou plus tôt que d'habitude le matin ?

4 nuits ou + par semaine 1	2 à 3 nuits par semaine 2	Une nuit par semaine 3	1 ou 2 fois en tout 4	Jamais 5	Points

Au cours des 4 dernières semaines, avez-vous utilisé votre inhalateur de secours ou pris un traitement par nébulisation ?

3 fois par jour ou plus 1	1 ou 2 fois par jour 2	2 ou 3 fois par semaine 3	1 fois par sem. ou moins 4	Jamais 5	Points

Comment évalueriez-vous votre asthme au cours des 4 dernières semaines ?

Pas contrôlé du tout 1	Très peu Contrôlé 2	Un peu Contrôlé 3	Bien Contrôlé 4	Totalement Contrôlé 5	Points

☞ *Savoir comment votre patient estime contrôler son asthme (conséquences sur son quotidien, angoisse...) vous permettra d'avoir des arguments pour favoriser son observance.*

Score > 20 : asthme contrôlé
Score < 20 : asthme non contrôlé

Score total

Consommation de médicaments

☞ *La consommation de médicaments peut être subjective, aidez-vous du dossier pharmaceutique pour être objectif.*

Nb d'utilisations de bronchodilatateur dernièrement

☐ < 4 doses /semaine

☐ >4 doses /semaine

Recours à une corticothérapie orale dernièrement ?

☐ Oui, quand ?

☐ Non

Évolution de la consommation de médicaments (de fond ou de crise) :

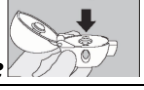
☐ En augmentation

☐ En diminution

2. Manipulations (étape facultative)

☞ Faites manipuler le patient, corrigez-le en étant le plus pédagogue possible : « selon-vous, quelle est la meilleure manière d'utiliser le peakflow ? » Montrez-lui les bons gestes. Pensez à valoriser les gestes acquis et à remettre un document écrit du protocole.

		
	✓	✗
Peakflow		
Se mettre debout, le dos bien droit.		
Vérifier que l'indicateur est à zéro.		
Tenir le débitmètre à l'horizontal sans que les doigts ne gênent le curseur		
Inspirer profondément		
Serrer les lèvres autour de l'embout buccal		
Souffler aussi fort et aussi vite que possible dans le dispositif.		
Noter le débit		
Recommencer pour avoir 3 mesures. Garder la meilleure valeur des 3.		

		
	✓	✗
Inhalateur de poudre en gélule		
ouvrir/ enlever le bouchon		
Faire pivoter l'embout buccal dans le sens de la flèche		
Placer la gélule dans le logement prévu à cet effet, puis refermer l'inhalateur		
Tenir l'inhalateur verticalement (embout buccal vers le haut)		
Appuyer simultanément sur les 2 boutons poussoirs <i>jusqu'au clic</i> , puis les relâcher aussitôt		
Expirer profondément avant l'inhalation, hors de l'inhalateur		
Serrer l'embout buccal entre ses lèvres		
Inspirer profondément par la bouche à travers l'embout buccal, la tête inclinée en arrière		
Retirer l'inhalateur de la bouche et retenir sa respiration pendant quelques secondes		
Expirer normalement		
Vérifier s'il reste de la poudre dans la gélule S'il reste de la poudre dans la gélule, renouveler l'opération		
Après usage, sortir la gélule vide, refermer l'inhalateur et replacer le capuchon sur l'embout buccal		
Après inhalation d'un corticoïde, se rincer la bouche		

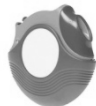
		
	✓	✗
Spray		
Retirer le capuchon		
Agiter le spray		
Tenir le spray verticalement (embout buccal vers le bas)		
Expirer profondément avant l'inhalation		
Serrer l'embout buccal entre ses lèvres		
Commencer à inspirer par la bouche à travers l'embout buccal et appuyer simultanément sur la cartouche		
Continuer à inspirer lentement et profondément		
Retirer le spray de la bouche et retenir sa respiration pendant quelques secondes		
Expirer normalement		
Si 2 bouffées sont nécessaires, renouveler l'opération		
Après usage, replacer le capuchon sur l'embout buccal		
Après inhalation d'un corticoïde, se rincer la bouche		

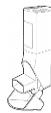
		
	✓	✗
Inhalateur à auto-déclenchement		
Retirer le capuchon		
Agiter l'inhalateur		
Tenir l'inhalateur verticalement (embout buccal vers le bas)		
Soulever le levier		
Expirer normalement avant l'inhalation		
Serrer l'embout buccal entre ses lèvres		
Inspirer profondément par la bouche à travers l'embout buccal		
Retirer l'inhalateur de la bouche et retenir sa respiration pendant quelques secondes		
Expirer normalement		
Après usage, rabaisser le levier en position fermée et replacer le capuchon sur l'embout buccal		
Après inhalation d'un corticoïde, se rincer la bouche		

Commentaires :

	✓	✗
Turbuhaler		
Dévisser le capuchon		
Tenir l'inhalateur verticalement (molette vers le bas)		
Tourner la molette à fond vers la droite, puis à fond vers la gauche <i>jusqu'au clic</i>		
Expirer profondément avant l'inhalation, hors de l'inhalateur		
Serrer l'embout buccal entre ses lèvres		
Inspirer profondément par la bouche à travers l'embout buccal		
Retirer l'inhalateur de la bouche et retenir sa respiration pendant quelques secondes		
Expirer normalement		
Après usage, revisser le capuchon		
Après inhalation d'un corticoïde, se rincer la bouche		

	✓	✗
Clickhaler		
Retirer le capuchon		
Agiter l'inhalateur		
Tenir l'inhalateur verticalement (embout buccal vers le bas)		
Appuyer fermement sur le bouton poussoir		
Expirer profondément avant l'inhalation, hors de l'inhalateur		
Serrer l'embout buccal entre ses lèvres		
Inspirer profondément par la bouche à travers l'embout buccal		
Retirer l'inhalateur de la bouche et retenir sa respiration pendant quelques secondes		
Expirer normalement		
Après usage, replacer le capuchon sur l'embout buccal		
Après inhalation d'un corticoïde, se rincer la bouche		

	✓	✗
Diskus		
Tenir l'inhalateur horizontalement (embout buccal face à soi)		
Pousser le levier à fond <i>jusqu'en butée</i>		
Expirer profondément avant l'inhalation, hors de l'inhalateur		
Serrer l'embout buccal entre ses lèvres		
Inspirer profondément par la bouche à travers l'embout buccal		
Retirer l'inhalateur de la bouche et retenir sa respiration pendant quelques secondes		
Expirer normalement		
Après usage, refermer l'inhalateur		
Après inhalation d'un corticoïde, se rincer la bouche		

	✓	✗
Easyhaler		
Ouvrir l'étui (ou retire le capuchon)		
Agiter l'inhalateur		
Tenir l'inhalateur verticalement (embout buccal vers le bas)		
Presser le déclencheur <i>jusqu'au déclic</i> , puis le relâcher		
Expirer profondément avant l'inhalation, hors de l'inhalateur		
Serrer l'embout buccal entre ses lèvres		
Inspirer profondément par la bouche à travers l'embout buccal		
Retirer l'inhalateur de la bouche et retenir sa respiration pendant quelques secondes		
Expirer normalement		
Après usage, fermer l'étui (ou replacer le capuchon sur l'embout buccal)		
Après inhalation d'un corticoïde, se rincer la bouche		

Source : Grilles d'évaluation de l'utilisation des systèmes d'inhalation utilisés dans l'asthme du Cespharm juin 2012

Commentaires :

3. Comprendre et s'approprier le plan d'action du médecin (étape facultative)

Connaître et reconnaître les 3 zones du plan d'action

☞ *Se référer au guide pour avoir des exemples de symptômes qui correspondent à chaque zone, s'adapter aux signes cliniques que présente le patient.*

Le patient cite des signes cliniques qui lui sont propres dans chaque situation (zone verte = je vais bien, zone orange = symptôme de l'asthme, zone rouge = crise dangereuse)

☐ Pas du tout ☐ Un peu ☐ Beaucoup

Le patient sait placer les symptômes que lui propose son pharmacien dans chaque zone.

☐ Pas du tout ☐ Un peu ☐ Beaucoup

Le Débit Expiratoire de Pointe

☞ *Le DEP de référence du patient est celui mesuré aux EFR, si le patient n'a pas amené les résultats de ces EFR, faire souffler le patient dans le peakflow s'il est dans une période d'asthme contrôlé.*

Le DEP de référence est de L/min

☞ *Il existe deux modèles de peakflow : - un modèle destiné à l'enfant → débits jusqu'à 400 l/min
- un modèle destiné à l'adulte → débits jusqu'à 800 l/min*

Son peakflow est-il adapté à sa capacité respiratoire ?

☐ Oui
☐ Non → ☎ médecin

Vérifier et expliquer les valeurs du DEP qui correspondent aux différentes zones

Zone verte : 100 à 80% du DEP normal	☐ Conforme	☐ ☎ médecin
Zone orange : 80 à 60% du DEP normal	☐ Conforme	☐ ☎ médecin
Zone rouge : < 60% du DEP normal	☐ Conforme	☐ ☎ médecin

☞ *Il est possible d'établir un plan d'action sans DEP, uniquement basé sur les signes cliniques.*

→ *Vérifier que les symptômes correspondent aux bonnes zones*

Vérifier que le patient a bien compris le traitement associé à chaque zone

☞ *Faire dessiner ou réécrire le plan d'action au patient de mémoire est un moyen simple et efficace pour vérifier s'il le connaît et le comprend. Vous pouvez aussi vous aider des boîtes de médicaments.*

Zone verte : traitement de fond :

corticoïdes inhalés +/- β_2 longue durée +/- traitement per os ☐ Acquis ☐ A revoir

Zone orange : traitement de fond + bronchodilatateur ☐ Acquis ☐ A revoir

Zone rouge : bronchodilatateur toutes les 20 min ☐ Acquis ☐ A revoir

Savoir éviter et gérer la crise : Mesures hygiéno-diététiques (allergies +++)

☞ *Au quotidien, que fait le patient pour éviter d'avoir des crises*

Éviter les facteurs déclenchant (cigarette, RGO, stress...) ☐ Acquis ☐ A revoir

Se laver les mains, les cheveux et le visage en rentrant chez soi ☐ Acquis ☐ A revoir

Utiliser des housses de matelas anti-acariens ☐ Acquis ☐ A revoir

Bien aérer le matin (quotidiennement et assez longtemps) ☐ Acquis ☐ A revoir

Effort physique adapté, bon échauffement

Mise en situation

☞ *Profitez-en pour imaginer ensemble des solutions aux problèmes que rencontre le patient au quotidien.*

Ex : Tu es en weekend chez un ami et tu sens que tu es en train de faire une crise d'asthme, que fais-tu ? Et si cela ne marche pas ? À quel numéro faut-il téléphoner ? Que dirais-tu aux services d'urgence ?

Commentaires :

4. Les médicaments (étape facultative)

Différences entre le traitement de fond et celui de la crise	✓	✗
Le patient sait citer le nom de ses différents médicaments		
Le patient dissocie l'inhalateur du traitement de fond et celui de la crise		
Le patient sait le but de chaque médicament : anti-inflammatoire, bronchodilatateur, anti allergique, ...		
Importance & motivation à l'observance		
Le patient prend-il son traitement régulièrement ?		
Le patient renouvelle-t-il son traitement de fond régulièrement ?		
La prise de médicament est-elle contraignante ?		
Si oui pourquoi ? ☐ trop de prises de médicaments ☐ les médicaments sont trop compliqués à utiliser	☐ Oubli fréquent ☐ Regard des autres ☐	
Effets indésirables ressentis par le patient		
Le patient a-t-il déjà ressenti un/des effet(s) indésirable(s) lié(s) à son traitement ? (palpitations, tremblements, mycose, enrouement, excitation, maux de tête,...)		
Si oui lesquels :		
Est-ce qu'il a des réticences sur certains médicaments (ventoline, corticoïdes ?)		

🔊 *Rassurez le patient : le passage des corticoïdes en systématique n'est que très faible, les effets indésirables sont essentiellement locaux. Se rincer la bouche ou se brosser les dents après l'inhalation permet d'éviter les effets indésirables. Il n'y a pas non plus de dépendance à la cortisone lorsqu'elle est inhalée. Si le patient a besoin de faire des cures de corticoïdes lors d'exacerbation, lui expliquer qu'il n'y a pas de risque pour des cures courtes.*

Organiser le quotidien pour favoriser l'observance

A-t-il une astuce pour penser à son traitement ? ex : Inhalateurs à coté de la brosse à dent, sur la table de nuit, dans la cuisine...		
A-t-il toujours sur lui un inhalateur (un chez soi, un à l'école, dans un sac de sport, un inhalateur chez chaque parent ...)		
Vous est-il déjà arrivé que le traitement de crise ne soit pas efficace ? ☐ Oui ☐ Non		
Avez-vous alors pensé à appeler le 15 ? ☐ Oui ☐ Non	Avez-vous eu la bonne technique d'inhalation ? ☐ Oui ☐ Non	

Commentaires :

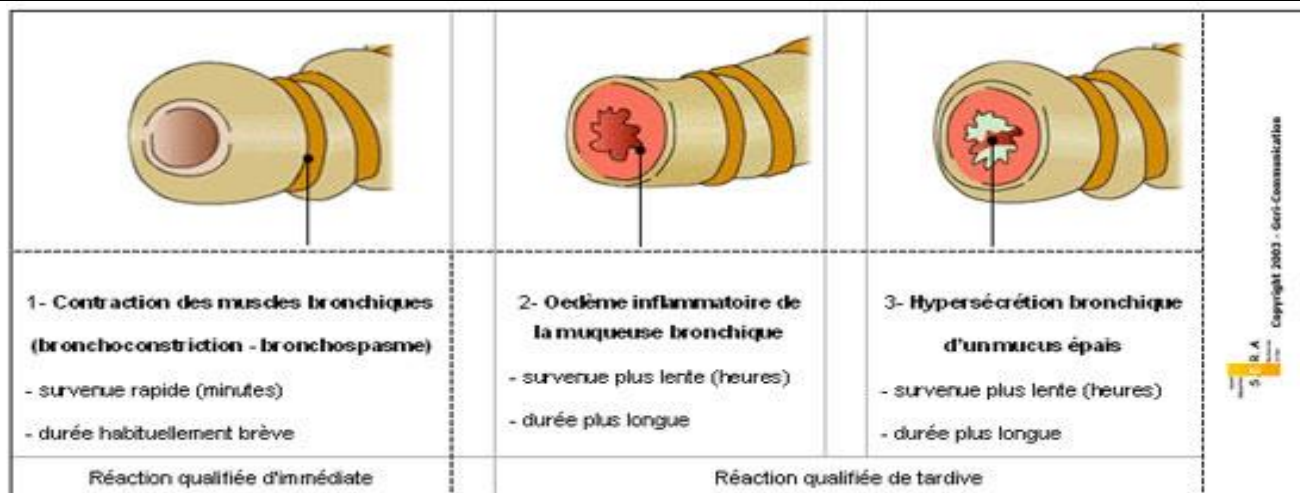
5. Compréhension de la maladie et de la physiologie (étape facultative)

☞ Dans cette étape, il faut vraiment s'adapter aux connaissances du patient et s'aider de schéma, d'analogie, utiliser des mots simples... Voici quelques aides :

Inflammation & bronchoconstriction

L'asthme est une obstruction des voies aériennes : l'air a donc du mal à circuler, l'asthmatique a principalement du mal à expirer.

L'obstruction est due à une association de facteurs qui comprennent : un spasme du muscle lisse bronchique, un œdème de la muqueuse des voies aériennes, l'augmentation des sécrétions muqueuses et une infiltration cellulaire (globules blancs : lymphocytes et éosinophiles)



Identifier les facteurs déclenchant de la crise d'asthme et savoir y remédier

fumée de cigarette

Arrêt obligatoire de fumer, attention au fumeur passif !

allergènes environnementaux :
phanères d'animaux, acariens,
moisissures aéroportées et
pollens.

Mettre des housses anti acariens sur le matelas et les oreillers.
Passer régulièrement l'aspirateur pour éviter la prolifération des acariens de poussière de maison.
Bien aérer la maison, tôt le matin.
Lors des pics de pollens : se laver souvent les mains, en rentrant chez soi se laver les cheveux et le visage qui peuvent porter des pollens.

odeurs, fumées irritantes, et
variations de la température.

Éviter au maximum le contact, porter un foulard sur le nez,...

Certains médicaments (aspirine :
allergie, β bloquant)

Préciser à tout professionnel de santé qu'on est asthmatique.

Lien avec son éventuel traitement anti-allergique ou de désensibilisation

☞ Il est possible de faire appel à un Conseiller Médical en environnement intérieur qui se rend au domicile du patient pour un audit de l'environnement intérieur, afin de donner des conseils de mise en œuvre d'éviction de l'allergène.

Importance de l'observance du traitement de fond

L'asthme est une maladie chronique ; on n'en guérit pas vraiment. Le traitement de fond est efficace pour diminuer ou supprimer les symptômes s'ils sont pris sans interruption.

Commentaires :

Annexe 5 : Exemple d'application de la grille

La patiente, Mlle T, âgée de 26 ans, est traitée depuis 3 ans par Sérétide® diskus 250 µg, Ventoline® et desloratadine. La patiente n'a pas de plan d'action, et ne prend son traitement que 3 à 6 mois par an. Non fumeuse, patiente sédentaire, elle ne fait pas d'activité sportive et reste en position assise au travail.

Dans l'historique médicamenteux je note un épisode de corticothérapie le mois dernier (septembre) par de la prednisone 20mg sur 5 jours. Je lui propose donc un entretien pharmaceutique pour voir ensemble comment améliorer le contrôle de son asthme.

La patiente accepte. L'entretien est prévu pour la fin de l'après-midi afin qu'elle soit plus disponible et qu'elle puisse amener ses ordonnances à la pharmacie. Je l'informe que l'entretien est estimé à une vingtaine de minutes. L'entretien se déroule dans l'espace de confidentialité de la pharmacie.

Module n°1 :

Le score de l'ACT est de 17, son asthme n'est effectivement pas complètement contrôlé. Sa consommation de Ventoline est inférieure à 4 doses par semaine, elle l'estime à 1 ou 2 doses par semaine, ce qui correspond à la fréquence de délivrance de la Ventoline®.

Je lui demande à quand remonte la dernière fois qu'un professionnel de santé a vérifié ses techniques d'inhalation. Elle me confie que sa mère est pharmacien, et qu'elle a récemment utilisé ses inhalateurs en sa présence. Sa mère a confirmé qu'elle maîtrisait les techniques d'inhalation. Nous choisissons ensemble de travailler sur les facteurs déclenchant de son asthme (module n°3) et sur ses médicaments (module n°4).

Au cours des 4 dernières semaines, votre asthme vous a-t-il gêné(e) dans vos activités au travail, à l'école/université ou chez vous ?					
Tout le temps 1	La plupart du temps 2	Quelquefois 3	Rarement 4	Jamais 5	Points 3
Au cours des 4 dernières semaines, avez-vous été essoufflé(e) ?					
Plus d'une fois par jour 1	Une fois par jour 2	3 à 6 fois par semaine 3	1 ou 2 fois par semaine 4	Jamais 5	Points 1
Au cours des 4 dernières semaines, les symptômes de l'asthme (sifflements dans la poitrine, toux, essoufflement, oppression ou douleur dans la poitrine) vous ont-ils réveillé(e) la nuit ou plus tôt que d'habitude le matin ?					
4 nuits ou + par semaine 1	2 à 3 nuits par semaine 2	Une nuit par semaine 3	1 ou 2 fois en tout 4	Jamais 5	Points 4
Au cours des 4 dernières semaines, avez-vous utilisé votre inhalateur de secours ou pris un traitement par nébulisation (par exemple salbutamol, terbutaline) ?					
3 fois par jour ou plus 1	1 ou 2 fois par jour 2	2 ou 3 fois par semaine 3	1 fois par sem. ou moins 4	Jamais 5	Points 5
Comment évalueriez-vous votre asthme au cours des 4 dernières semaines ?					
Pas contrôlé du tout 1	Très peu Contrôlé 2	Un peu Contrôlé 3	Bien Contrôlé 4	Totalement Contrôlé 5	Points 4
					Score total 17

Module n°3 :

Connaître et reconnaître les 3 zones du plan d'action

La patiente explique aisément les circonstances de ses crises d'asthme. Ses exacerbations se déclarent lors des pics de pollinisation entre fin juillet et août, mais cette année à cause de la météo, ses crises se sont intensifiées au mois de septembre. Suite à l'exposition aux pollens, elle présente une toux sifflante persistante, qui l'handicape au quotidien, au travail notamment. Elle ne prend cependant pas de Ventoline[®], elle consulte rapidement son médecin généraliste qui lui prescrit une corticothérapie orale sur quelques jours.

Elle présente aussi des crises lorsqu'elle monte les 5 étages de son immeuble, notamment lorsqu'elle est chargée de courses. Elle est alors essoufflée et il lui faut plusieurs minutes pour reprendre son souffle et doit avoir recours à la Ventoline®.

Elle n'a jamais fait de test d'allergène car elle estime être contrôlée grâce au traitement par Sérétide® et desloratadine. Elle a rarement recours à la corticothérapie orale et sa consommation de Ventoline® n'est que sur quelques mois (d'août à octobre en général). Elle n'a fait qu'une grosse crise il y a deux ans, lors d'une randonnée en montagne.

Vérifier que le patient ait bien compris le traitement associé à chaque zone

Après lui avoir brièvement expliqué le concept du plan d'action avec les 3 zones, on établit ensemble un plan d'action avec les différents symptômes de chaque zone. Ensuite, je lui demande de me dire de mémoire les médicaments qu'elle utilise et leur posologie en fonction de chaque situation. Elle retranscrit bien ce qui est prescrit sur ses différentes ordonnances.

Savoir éviter et gérer la crise : mesures hygiéno-diététiques

Afin d'éviter les crises, la patiente se lave les mains plus souvent lors de la saison des pollens. Elle me dit bien penser à aérer sa chambre, pendant 15 minutes, tôt le matin vers 7h, avant de partir travailler. Je l'encourage donc à bien continuer, ce sont des bons gestes pour limiter l'exposition aux pollens, cependant, elle peut encore faire mieux : se laver le visage, se brosser les cheveux pour éliminer les pollens déposés sur elle. Elle peut aussi changer de vêtements dès qu'elle rentre chez elle.

Pour éviter les crises à l'effort lorsqu'elle monte ses 5 étages, je l'encourage à pratiquer une activité sportive régulièrement afin de travailler son souffle, de faire au moins 2 étapes lorsqu'elle est bien chargée ou de prendre une bouffée de Ventoline® avant de monter.

Module n°4 : Les médicaments

Différence entre le traitement de fond et celui de la crise

La patiente connaît aisément le nom de ses différents médicaments et sait différencier ceux du traitement de fond (Sérétide® et desloratadine) et ceux de la crise (Ventoline® et prednisone). La patiente sait que la desloratadine est un anti-allergique, mais elle pense que tous les autres médicaments (Sérétide®, Ventoline® et prednisone) entraînent une bronchodilatation. Je lui explique alors que les corticoïdes par voie inhalés ou par voie orale agissent sur l'inflammation et que leur action prend du temps : il faut au moins 3 mois avant de pouvoir apprécier les effets des corticoïdes inhalés.

Importance et motivation à l'observance

Je lui demande alors pour quelles raisons, elle ne prend son Sérétide que 3 à 6 mois par an. Elle me répond qu'ainsi elle limite l'utilisation des corticoïdes au long cours. Face à cette corticophobie, je lui explique que les corticoïdes inhalés, surtout à la posologie qu'elle prend (250µg matin et soir), n'ont qu'une action locale et ne passent quasiment pas en systémique. Elle ne doit pas avoir peur d'utiliser toute l'année son Sérétide, bien au contraire. L'action locale anti-inflammatoire du Sérétide permet, après plusieurs mois de traitement, de limiter les crises et pourrait réduire son recours à la corticothérapie per os. Je l'encourage à en discuter prochainement avec son médecin et décider avec lui, si elle ne devrait pas prendre son Sérétide® tout au long de l'année.

D'autre part, la patiente est bien observante, elle pense quotidiennement à son traitement de fond et m'explique qu'elle met la desloratadine sur sa table de nuit, pour y penser avant de se coucher. Elle pense aussi à prendre son Sérétide® et à se rincer la bouche juste après. Je la félicite pour son organisation et l'encourage à continuer. Je lui donne une astuce pour simplifier la prise de Sérétide® : se laver les dents juste après la prise, ce qui permet le rinçage de la bouche et de penser à son Sérétide® aussi bien que son lavage de dents.

Effets indésirables ressentis par le patient

Mlle T ne présente pas d'effet indésirable imputé au Sérétide®, je lui explique que c'est en partie grâce à son rinçage de bouche et à sa bonne technique d'inhalation.

Je l'encourage à continuer ainsi. Seule la desloratadine lui provoque une somnolence, mais elle le prend le soir ce qui n'a pas d'incidence sur sa qualité de vie.

Organiser le quotidien pour favoriser l'observance

Comme on l'a vu ensemble précédemment, la patiente a organisé son quotidien pour faciliter la prise de son traitement. Je vérifie avec elle si elle a bien son inhalateur de Ventoline[®], ce qui est le cas, l'inhalateur est dans son sac à main. Elle n'a jamais vécu de situation où son traitement de crise n'a pas été efficace, et n'a jamais eu besoin d'avoir recours aux pompiers ou aux services d'urgence.

Conclusion et évaluation de l'entretien :

L'entretien a permis de mettre en évidence les acquis de la patiente. Elle se connaît bien, reconnaît aisément ses symptômes et sait ce qui les déclenche. Cependant, son asthme n'est pas contrôlé. L'entretien lui a permis d'apprendre des mesures hygiéno-diététiques pour limiter l'effet des pollens et comprendre l'intérêt d'un traitement de fond, notamment les corticoïdes inhalés, tout au long de l'année. Il aura aussi permis de discuter ensemble sur ses réticences à la corticothérapie, ce qui n'avait jamais été réellement abordé avec un professionnel de santé.

Annexe 6 : Questionnaire de satisfaction du guide et de la grille

"Comment aider vos patients à mieux contrôler leur asthme ?"

Votre expérience de pharmacien d'officine est importante pour valider ou améliorer ces documents. N'hésitez pas à me faire part de vos idées, de vos commentaires afin d'améliorer mon travail. Ce questionnaire est anonyme.

*Obligatoire

Le guide : la forme

Est-il facile de retrouver une information dans le guide* ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

La présentation donne-t-elle envie de lire la brochure *?

- ☐ Oui
- ☐ Non

Les illustrations permettent-elles de mieux comprendre le texte ? *

- ☐ Oui
- ☐ Non

Avez-vous des suggestions concernant la présentation ?

Le guide : le fond

D'une manière générale, est-ce que l'information contenue dans ce guide est facile à comprendre ? *

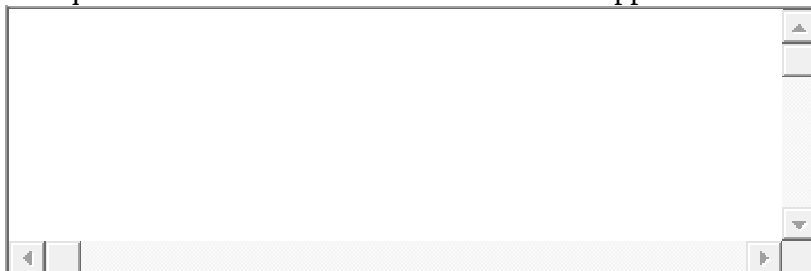
- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Difficilement
- ☐ Autre :

Après la lecture, avez-vous appris des informations supplémentaires* ?

- ☐ Oui

- ☐ Non
- ☐ Autre :

Manque-t-il des informations ? * si oui : développez



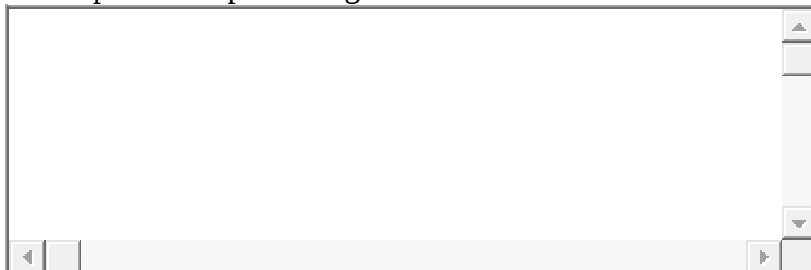
Le guide : le besoin à l'officine

Pensez-vous que ce guide soit utile à la profession pour mettre en place l'entretien pharmaceutique du patient asthmatique ? *

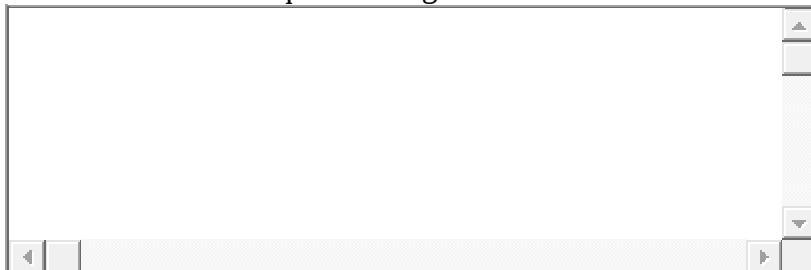
- ☐ Non, je n'en vois pas l'utilité
- ☐ Oui, avec des améliorations
- ☐ Oui, il peut être assez utile
- ☐ Oui, il peut être très utile
- ☐ Autre :

D'une manière générale, que pensez-vous du guide et des informations qu'il contient ? *

Points positifs & points négatifs



Avez-vous des remarques sur le guide ?



Si vous voulez qu'on se rencontre pour en discuter, merci de me laisser vos coordonnées.

Questions concernant la grille pour l'entretien

La grille : la forme

La présentation donne-t-elle envie de lire la grille* ?

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Autre :

D'une manière générale, la grille est-elle facile à comprendre ? *

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Autre :

La grille : le fond

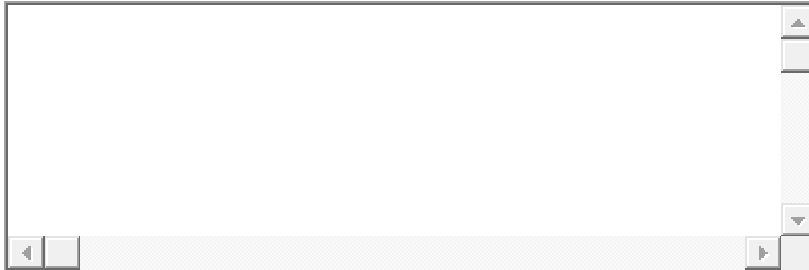
Après avoir lu la grille, avez-vous compris son but ? *

- ☐ Oui
- ☐ Non, pas du tout
- ☐ Non, pas vraiment
- ☐ Autre :

Y-a-t-il une (ou des) question(s) qui vous a (ont) posée(s) problème ? *

- ☐ Aucune
- ☐ Quelques-unes
- ☐ Plusieurs
- ☐ Presque toutes
- ☐ Autre :

Manque-t-il des questions, des points à discuter avec le patient, des étapes ? *



La grille : application à l'officine

Pensez-vous que cette grille soit applicable à l'officine ? *

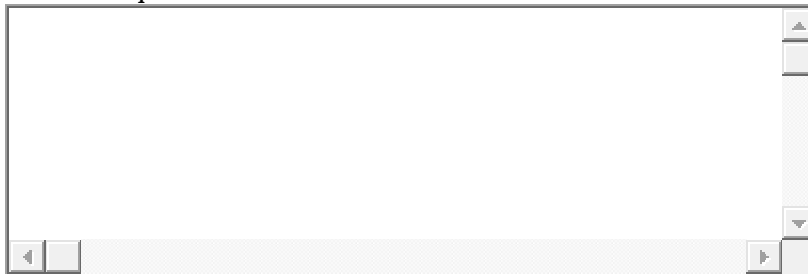
- ☐ Oui, je pense que c'est tout à fait possible
- ☐ Oui, mais cela ne va pas être simple
- ☐ Non, la grille est trop compliquée
- ☐ Non, elle est trop longue
- ☐ Non, elle ne convient pas à mon idée de l'entretien pharmaceutique
- ☐ Autre :

D'une manière générale, que pensez-vous de la grille et des questions qu'elle contient ? *

Points positifs & points négatifs

A large rectangular text area with a light gray border. It contains no text. On the right side, there are three small square buttons stacked vertically. On the bottom left, there are two small square buttons side-by-side. On the bottom right, there is a small square button.

Des remarques ?

A large rectangular text area with a light gray border. It contains no text. On the right side, there are three small square buttons stacked vertically. On the bottom left, there are two small square buttons side-by-side. On the bottom right, there is a small square button.

Si vous voulez qu'on se rencontre pour en discuter, merci de me laisser vos coordonnées.

A large rectangular text area with a light gray border. It contains no text. On the right side, there are three small square buttons stacked vertically. On the bottom left, there are two small square buttons side-by-side. On the bottom right, there is a small square button.



Serment de Galien



« Je jure en présence des Maîtres de la Faculté, des Conseillers de l'Ordre des Pharmaciens et de mes condisciples :

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

D'exercer, dans l'intérêt de la santé publique, ma profession avec conscience et de respecter non seulement la législation en vigueur, mais aussi les règles de l'honneur, de la probité et du désintéressement.

De ne jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers le malade et sa dignité humaine ; en aucun cas, je ne consentirai à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser des actes criminels.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert(e) d'opprobre et méprisé(e) de mes confrères si j'y manque ».

Conclusion

Thèse soutenue par : Maud JONCHERY

Titre : Élaboration et évaluation d'une grille d'aide à l'entretien pharmaceutique pour accompagner les patients asthmatiques : de l'expérience de l'école de l'asthme grenobloise, à l'application en officine.

Conclusion :

L'asthme étant une maladie chronique, sa prise en charge se doit d'être complète. Les recommandations préconisent en effet un traitement médicamenteux, des mesures hygiéno-diététiques afin d'éviter les facteurs déclenchant de la crise ainsi qu'une éducation du patient. L'intérêt de l'éducation thérapeutique du patient asthmatique est reconnu et fait dorénavant partie des recommandations de la prise en charge de l'asthme chez l'adulte, comme chez l'enfant.

D'une part, en 2006, les recommandations internationales ont changé pour mettre au centre de la prise en charge le contrôle de l'asthme et non plus uniquement la gravité de la maladie ; le patient et sa réaction au traitement sont alors placés au centre de la prise en charge.

D'autre part, la loi Hôpital, Patient, Santé et Territoires de 2009 et la nouvelle convention entre les pharmaciens titulaires d'officine et la caisse d'assurance maladie, signée en avril 2012, élargissent les missions des pharmaciens avec leur participation à l'éducation thérapeutique et aux actions d'accompagnement des patients. L'entretien pharmaceutique et le suivi des patients asthmatiques, sont désormais des domaines dans lesquels le pharmacien peut s'impliquer, confirmant son rôle clé dans notre système de santé.

Face à cette nouvelle mission, notre démarche a été de faire le lien entre l'école de l'asthme grenobloise et les officines, grâce notamment au plan d'action personnalisé écrit. Nous avons élaboré une grille, adaptable aux besoins du patient, pour guider et aider l'officinal à mettre en place l'entretien pharmaceutique du patient asthmatique

non contrôlé par un traitement de fond. Nous avons axé l'entretien pharmaceutique sur la prise en charge globale du patient asthmatique, en se servant d'un outil d'éducation thérapeutique de l'asthme, reconnu mais néanmoins mal connu : le plan d'action personnalisé écrit. Ainsi le pharmacien accompagne le patient asthmatique et peut améliorer le contrôle de son asthme.

Nous avons également élaboré un guide pour aider le pharmacien à accompagner ses patients asthmatiques et pour qu'il soit capable d'aider ses patients à s'approprier leur plan d'action.

Ces deux outils ont été testés et évalués auprès de onze pharmaciens d'officine de la région grenobloise. Leur utilité pour la pratique à l'officine est reconnue et des améliorations ont pu être faites pour convenir au mieux à la pratique officinale.

Vu et permis d'imprimer
À Grenoble



C.H.U. de GRENOBLE
PÔLE PHARMACIE
Benoit ALLENET
Pharmacien PH
N° ordre section : 90767-H

Le président de la thèse,
M. Benoit Allenet