



HAL
open science

Évaluation d'une démarche de faisabilité d'un suivi éducatif à l'officine dans le cadre de l'asthme et de la broncho-pneumopathie chronique obstructive

Elsa Goudard-Peyrolon

► To cite this version:

Elsa Goudard-Peyrolon. Évaluation d'une démarche de faisabilité d'un suivi éducatif à l'officine dans le cadre de l'asthme et de la broncho-pneumopathie chronique obstructive. Sciences pharmaceutiques. 2006. dumas-01624711

HAL Id: dumas-01624711

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01624711>

Submitted on 26 Oct 2017

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 SID de Grenoble :
bump-theses@univ-grenoble-alpes.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/juridique/droit-auteur>

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



1^{er} exemplaire

UNIVERSITE JOSEPH FOURIER
FACULTE DE PHARMACIE DE GRENOBLE

Année : 2006

N° 7049

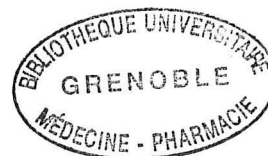
**EVALUATION D'UNE DEMARCHE DE FAISABILITE
D'UN SUIVI EDUCATIF A L'OFFICINE
DANS LE CADRE DE L'ASTHME ET DE LA BRONCHO-
PNEUMOPATHIE CHRONIQUE OBSTRUCTIVE**

THESE
PRESENTEE POUR L'OBTENTION DU TITRE DE DOCTEUR EN PHARMACIE
DIPLOME D'ETAT

Melle ELSA GOUDARD-PEYROLON
[Données à caractère personnel]

THESE SOUTENUE PUBLIQUEMENT A LA FACULTE DE PHARMACIE DE
GRENOBLE*

Le 14 novembre 2006



DEVANT LE JURY COMPOSE DE

Président du Jury de Thèse :

M. le Professeur J. CALOP, Professeur de Pharmacie, Pharmacie Clinique et Biotechnique

Directeur de Thèse :

M. B. ALLENET, Maître de conférence de Pharmacie, Pharmacie Clinique

Membres du Jury :

Mme F. BONTEMPS Docteur en Pharmacie, journaliste rédacteur spécialisé pour le Moniteur des Pharmacies

M. J. BOURDARIAT Docteur en Pharmacie, Titulaire d'officine

M. M. MARIN Médecin conseil chef de service - Pôle Prévention Promotion de la Santé, Direction Régionale du Service Médical Rhône Alpes (CNAMTS)

M. D. ROUGIER Docteur en Pharmacie, Titulaire d'officine

M. JC. TELLIER Docteur en Pharmacie, conseiller ordinal : Vice-président du Conseil Central de la Section A et Président du Conseil Régional Picardie

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

UNIVERSITE JOSEPH FOURIER
FACULTE DE PHARMACIE DE GRENOBLE
Domaine de la Merci 38700 LA TRONCHE

Doyen de la Faculté : M. le Professeur **P. DEMENGE**
Vice-Doyenne : Mme **A. VILLET**

PROFESSEURS A L'UFR DE PHARMACIE

BAKRI	Abdelaziz	Pharmacie Galénique
CALOP	Jean	Pharmacie Clinique
DANEL	Vincent	Toxicologie
DECOUT	Jean-Luc	Chimie Bio-Inorganique
DEMENGE	Pierre	Physiologie / Pharmacologie
DROUET	Emmanuel	Immunologie / Microbiologie / Biotechnologie (E.M.B.I)
FAVIER	Alain	Biochimie (D.B.I)
GODIN-RIBUOT	Diane	Physiologie – Pharmacologie (HP2)
GOULON	Chantal	Physique
GRILLOT	Renée	Parasitologie
MARIOTTE	Anne-Marie	Pharmacognosie
PEYRIN	Eric	Chimie Analytique
RIBUOT	Christophe	Physiologie / Pharmacologie (HP2)
ROUSSEL	Anne-Marie	Biochimie (N.V.M.C)
SEIGLE-MURANDI	Françoise	Botanique et Cryptogamie
STEIMAN	Régine	Biologie Cellulaire
WOUESSIDJEWÉ	Denis	Pharmacie galénique

PROFESSEUR ASSOCIE (PAST)

CHAMPON	Bernard	Pharmacie Clinique
----------------	---------	--------------------

UNIVERSITE JOSEPH FOURIER
FACULTE DE PHARMACIE DE GRENOBLE
Domaine de la Merci 38700 LA TRONCHE

Doyen de la Faculté : M. le Professeur P. DEMENGE
Vice-Doyenne : Mme A. VILLET

MAITRES DE CONFERENCES DE PHARMACIE

ALDEBERT	Delphine	Parasitologie
ALLENET	Benoît	Pharmacie Clinique
BARTOLI	Marie-Hélène	Pharmacie Clinique
BATANDIER	Cécile	Nutrition et Physiologie
BOUMENDJEL	Ahcène	Pharmacognosie
BRETON	Jean	Parasitologie
BUDAYOVA SPANO	Monika	Biophysique Structurale
CHOISNAR	Luc	Pharmacotechnie et génie de la formulation
COLLE	Pierre Emmanuel	Anglais
DELETRAZ	Martine	Droit Pharmaceutique Economie
DEMEILLERS	Christine	Biochimie
DESIRE	Jérôme	Chimie Bio-organique
DURMORT-MEUNIER	Claire	Virologie
ESNAULT	Danielle	Chimie Analytique
FAURE	Patrice	Biochimie
FAURE-JOYEUX	Marie	Physiologie-Pharmacologie
GEZE	Annabelle	Pharmacotechnie
GERMI	Raphaële	Microbiologie
GILLY	Catherine	Chimie Thérapeutique
GROSSET	Catherine	Chimie Analytique
GUIRAUD	Pascale	Biologie Cellulaire et Génétique
HININGER-FAVIER	Isabelle	Biochimie
KRIVOBOK	Serge	Botanique - Cryptogamie
MORAND	Jean-Marc	Chimie Thérapeutique
NICOLLE	Edwige	Chimie Organique
PINEL	Claudine	Parasitologie
RACHIDI	Walid	Biochimie
RAVEL	Anne	Chimie Analytique
RAVELET	Corinne	Chimie Analytique
RIEU	Isabelle	Qualitologie
SEVE	Michel	Physique
TARBOURIESCH	Nicolas	Biophysique
VILLEMAIN	Danielle	Mathématiques
VILLET	Annick	Chimie Analytique

ENSEIGNANTS ANGLAIS

FITE Andrée
GOUBIER Laurence

POSTES D'ATER

½ ATER	TRAVIER Laetitia	Immunologie
½ ATER	SACCONI Patrick	Mycologie
½ ATER	MICHALET Serge	Pharmacologie
1 ATER	KHALEF Nawel	Galénique

PROFESSEUR AGREGÉ (PRAG)

ROUTABOUL	Christel	Chimie Générale
------------------	----------	-----------------

Remerciements

*A Monsieur CALOP Jean, président de jury,
pour nous avoir soutenues dans notre projet de thèse.*

*A Monsieur ALLENET Benoît, notre directeur de thèse,
votre rigueur et vos critiques nous ont permis d'obtenir le résultat final présenté aujourd'hui.*

*A Madame BONTEMPS F., Monsieur BOUDARIAT J.,
Monsieur MARIN M., Monsieur ROUGIER D. et Monsieur TELLIER
que nous remercions d'avoir accepté d'être membres du jury*

*A mes camarades, Mlles BOCQUET Claire, FORTIN Emeline, MATHELET
Catherine et RIQUELME Julie,
votre dynamisme, votre rigueur et votre soutien ont fait que ce travail en commun fut très
enrichissant.*

*A Mr MODELON et à l'équipe officinale
de m'avoir permise de réaliser cette étude au sein de votre structure.*

*A mes Parents
pour votre amour, votre patience et votre soutien dans les moments difficiles.*

*A Cédric,
ton amour, ton réconfort et tes conseils avisés m'ont été d'une aide précieuse.*

Cette thèse est dédiée à mon Grand-père...

ABREVIATIONS

AAG	Asthme aigu grave
ANAES	Agence nationale d'accréditation des établissements de santé
ARH	Agence Régionale de l'Hospitalisation
AVK	Anti-vitamine K
BPCO	Broncho-pneumopathie chronique obstructive
CHU	Centre hospitalier universitaire
CNAMTS	Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs sociaux
CREDES	Centre de recherche d'étude de documentation en économie de santé
CSI	Corticostéroïdes inhalés
CSP	Code de la santé publique
CV	Capacité vitale
DEM	Débit expiratoire moyen
DGS	Direction générale de la santé
DHOS	Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins
DMP	Dossier médical personnel
DP	Dossier pharmaceutique
DRESS	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
EFR	Explorations fonctionnelles respiratoires
EIG	Evènements indésirables graves
ENEIS	Etude nationale sur les évènements indésirables graves liés aux soins
ESPS	Enquête santé et protection sociale
ETP	Education thérapeutique du patient
FAQSV	Fonds d'aide à la qualité des soins de ville
GIP	Groupe d'intérêt public
HAS	Haute autorité de santé
HBM	Health belief model
IC	Insuffisance cardiaque
INPES	Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé
INR	International Normalized Ratio
INSEE	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
IPCEM	Institut de Perfectionnement en Communication et Education Médicales
IRDES	Institut de recherche et de documentation en économie de la santé
OLD	Oxygénothérapie de longue durée
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONDAM	Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie
PA	Principe actif
PAPE	Plan d'action personnalisé écrit
PERNNS	Pôle d'expertise et de référence nationale de nomenclature de santé
PNEPS	Plan national d'éducation pour la santé
SPLF	Société de pneumologie de langue française
SREPS	Schéma régional d'éducation pour la santé
SROS	Schéma régional d'organisation sanitaire
TVO	Trouble ventilatoire obstructif
VEMS	Volume expiratoire maximal seconde

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS	4
ABREVIATIONS	5
INTRODUCTION	15
APPROCHE BIBLIOGRAPHIQUE DU SUIVI EDUCATIF A L'OFFICINE	16
1. Contexte et justification.....	17
1.1. L'iatrogénie médicamenteuse.....	17
1.1.1. Définition.....	17
1.1.2. Les chiffres de l'iatrogénie.....	18
1.1.3. Les facteurs favorisant l'iatrogénie	19
1.1.4. Implication du médicament dans la survenue des Evènements Indésirables Graves.....	25
1.1.5. Classes médicamenteuses en cause	26
1.1.6. Types de soins concernés	26
1.1.7. Progrès émergents	27
1.2. Contexte économique	28
1.2.1. Conséquences économiques	28
1.3. Contexte psychosocial	29
1.3.1. La santé et le bien être	29
1.3.2. La maladie chronique, un compromis au quotidien	29
1.3.3. Représentations du patient.....	30
1.3.4. Le modèle des croyances de santé.....	31
1.4. Contexte juridique	32
1.4.1. Implication de l'Organisation Mondiale de la Santé	32
1.4.2. Le Plan National d'Education Pour la Santé et le Schéma Régional d'éducation pour la santé.....	33
1.4.3. L'éducation thérapeutique du patient : critères de qualité selon l'ANAES	33
1.4.4. Les initiatives dans le domaine de l'Education Thérapeutique du Patient	34
2. L' Education Thérapeutique	34
2.1. Définition de l'Education du patient	35
2.1.1. L'éducation pour la santé	35
2.1.2. L'éducation du patient à sa maladie	35
2.1.3. L'Education Thérapeutique du Patient.....	36
2.2. Les raisons de la mise en place d'une éducation thérapeutique	37
2.3. Les dispensateurs de soins dans l'Education thérapeutique du patient	38
2.3.1. Place du pharmacien dans l'Education Thérapeutique du Patient.....	38
2.3.2. Les autres acteurs de santé.....	43
2.4. Les participants.....	43
2.5. Structures et organisation de l'éducation thérapeutique du patient.....	44
2.6. Compétences attendues en Education Thérapeutique	45
2.6.1. Compétences attendues des éducateurs	45
2.6.2. Compétences attendues du patient.....	46
2.7. Les étapes d'une démarche éducative	49
2.7.1. Les techniques de communication.....	49

2.7.2.	Le dossier patient.....	50
2.7.3.	Le Dossier Médical Personnel.....	51
2.7.4.	Le diagnostic éducatif.....	56
2.7.5.	Les objectifs pédagogiques de l'éducation thérapeutique.....	60
2.7.6.	Le contrat d'éducation.....	61
2.7.7.	Planification de la démarche éducative.....	61
2.7.8.	Le suivi éducatif et la reprise éducative.....	62
2.7.9.	Les supports pédagogiques d'une éducation thérapeutique.....	62
2.7.10.	Evaluation des interventions.....	64
2.8.	Les critères de qualité d'une éducation thérapeutique.....	65
2.9.	Freins à la mise en place d'une démarche éducative.....	66

REVUE DE LITTERATURE POUR L'ASTHME ET LA BRONCHO-PNEUMOPATHIE CHRONIQUE OBSTRUCTIVE		71
1.	L'asthme.....	72
1.1.	Définition.....	72
1.2.	Epidémiologie :.....	72
1.3.	L'impact économique :.....	74
1.4.	Physiopathologie :.....	76
1.5.	Stratégie médicamenteuse :.....	79
1.5.1.	Le traitement médicamenteux :.....	79
1.5.2.	Les médicaments agissant sur l'inflammation :.....	81
1.6.	Les critères de choix thérapeutiques :.....	87
1.6.1.	Le traitement symptomatique :.....	87
1.6.2.	Le traitement de fond :.....	88
1.6.3.	Les autres composantes du traitement de l'asthme :.....	90
1.7.	Gestion des points critiques.....	91
1.7.1.	Les contre-indications.....	91
1.7.2.	Les interactions médicamenteuses.....	92
1.7.3.	Les posologies.....	93
1.7.4.	L'asthme aigu grave.....	94
1.8.	Optimisation du traitement.....	96
1.8.1.	Les effets indésirables.....	96
1.8.2.	Plan de prise et conseils d'utilisation des dispositifs d'inhalation.....	98
1.8.3.	Le suivi médical.....	98
2.	La Broncho Pneumopathie Chronique Obstructive.....	102
2.1.	Définition.....	102
2.2.	Epidémiologie.....	103
2.3.	L'impact économique de la BPCO :.....	105
2.4.	Physiopathologie.....	105
2.5.	Stratégie thérapeutique.....	107
2.5.1.	Stratégie médicamenteuse.....	107
2.6.	Critères de choix thérapeutique.....	110
2.6.1.	Les autres composantes du traitement de la BPCO.....	112
2.7.	Gestion des points critiques.....	113
2.7.1.	Les contre-indications.....	113
2.7.2.	Les interactions médicamenteuses.....	113
2.7.3.	Les posologies.....	113

Sommaire

2.7.4.	L'urgence :	114
2.8.	Optimisation du traitement	118
2.8.1.	Les effets indésirables :	118
2.8.2.	Plan de prise des traitements et utilisation correcte des dispositifs d'inhalation :	118
2.8.3.	Suivi médical :	119
3.	Les différences entre asthme et BPCO :	119
4.	Mise en revue de la littérature sur l'éducation thérapeutique dans le domaine de l'asthme.....	120
4.1.	L'approche patient.....	121
4.2.	La démarche éducative	121
4.3.	La stratégie éducative	125
4.3.1.	Délivrance de l'information.....	125
4.3.2.	Autogestion du traitement :	126
4.3.3.	Visites médicales régulières :	126
4.3.4.	Plan d'action écrit :	126
4.3.5.	Autres aspects	127
4.4.	Evaluation de la démarche éducative	130

METHODOLOGIE.....132

1.	Protocole.....	133
1.1.	Le référentiel d'étude.....	133
1.1.1.	Les acteurs de l'étude	133
1.1.2.	Type d'étude choisie.....	134
1.1.3.	Inclusion des patients	134
1.1.4.	Données temporelles.....	135
1.1.5.	Lieux de l'étude	135
1.2.	Outils de l'étude	135
1.2.1.	Information du patient et des professionnels de santé.....	135
1.2.2.	Le dossier patient.....	136
1.2.3.	Le diagnostic éducatif.....	136
1.2.4.	Les séances de suivi éducatif.....	137
1.3.	Approche pédagogique spécifique à chaque pathologie.....	139
1.3.1.	Objectifs	139
1.3.2.	Problématique.....	140
1.3.3.	Matériel d'étude.....	140
1.3.4.	Déroulement des séances d'éducation :	143
1.3.5.	Période d'application du suivi éducatif	148
1.3.6.	Lieu du suivi éducatif	148
1.4.	Synopsis de l'étude.....	149
2.	Evaluation de la faisabilité du processus éducatif.....	151
2.1.	Objectif des questionnaires.....	151
2.2.	Création et utilisation des questionnaires	151
2.3.	Critères de faisabilité et indicateurs correspondants	152

RESULTATS	159
1. Profils des inclusions.....	158
1.1. Profil des patients.....	158
1.1.1. Age.....	158
1.1.2. Sexe.....	159
1.1.3. Nationalité et culture.....	159
1.1.4. Langage et niveaux de compréhension.....	159
1.1.5. Catégorie socioprofessionnelle.....	159
1.1.6. Contexte médical et thérapeutique avant l'étude.....	160
1.1.7. Acceptation de la pathologie / du traitement.....	162
1.1.8. Respect des critères d'inclusion.....	163
1.2. Profil des officines et titulaires – maîtres de stage.....	163
1.3. Les médecins entourant les patients inclus.....	164
1.4. Les enquêteurs.....	166
2. Critères de faisabilité de la démarche éducative.....	166
2.1. Pertinence de l'information apportée aux différents acteurs au sujet de la démarche.....	166
2.1.1. Information des différents acteurs.....	166
2.1.2. Recrutement des patients.....	168
2.1.3. Refus.....	168
2.1.4. Abandons en cours d'étude.....	168
2.2. Organisation spatio-temporelle.....	169
2.2.1. Les lieux des rencontres.....	169
2.2.2. Données temporelles de la démarche.....	169
2.2.3. Modalités des rencontres.....	173
2.3. Les outils du suivi éducatif.....	174
2.3.1. Le dossier patient.....	174
2.3.2. Le diagnostic éducatif.....	174
2.3.3. Les séances de suivi éducatif.....	175
2.3.4. Documents fournis aux patients.....	178
2.3.5. Supports pédagogiques utilisés au cours des séances.....	178
2.4. Le ressenti des différents acteurs.....	179
2.4.1. Recueil de la satisfaction globale des participants.....	179
2.4.2. Relationnel entre les différents acteurs de la démarche.....	182
2.5. Impact économique de la démarche.....	184
DISCUSSION	187
1. Les biais méthodologiques inhérents à l'étude.....	186
1.1. Biais de sélection des patients.....	186
1.2. Biais liés au lieu d'étude.....	187
1.3. Biais liés à la technique d'entretien semi-directif.....	187
1.4. Biais liés au statut « étudiant » de l'enquêteur.....	188
1.5. Biais liés au dossier patient élaboré.....	188
1.6. Biais liés aux hospitalisations et décès des patients pendant l'étude.....	189
1.7. Biais liés aux questionnaires d'évaluation patient.....	189
2. La faisabilité de l'étude.....	191
2.1. Profil des inclusions.....	191
2.1.1. Profil des patients.....	191
2.1.2. Profil des officines.....	196

Sommaire

2.1.3.	Profil des médecins entourant les patients.....	196
2.1.4.	Profil des enquêteurs	196
2.2.	Evaluation des critères de faisabilité d'un suivi éducatif à l'officine.....	197
2.2.1.	Pertinence de l'information apportée aux acteurs au sujet de la démarche....	197
2.2.2.	Organisation spatio-temporelle	201
2.2.3.	Outils de suivi éducatif.....	209
2.2.4.	Ressentis des différents acteurs	217
2.2.5.	Relationnel entre les différents acteurs.....	221
2.2.6.	Impact économique de la démarche	223
3.	Les perspectives.....	225
3.1.	La nécessité de formation des acteurs de l'éducation thérapeutique.....	225
3.2.	La nécessité de revoir et faire évoluer l'organisation du modèle officinal	227
CONCLUSION.....		230
ANNEXES.....		234
ANNEXES ASTHME ET BRONCHO-PNEUMOPATHIE CHRONQUE OBSTRUCTIVE.....		278
BIBLIOGRAPHIE.....		307
SERMENT DES APOTHICAIRES.....		318

TABLE DES FIGURES

Figure 1 : Evolution du nombre de boîte par personne et par an.....	20
Figure 2 : Nombre de boîtes acquises en fonction du nombre maladies déclarées et en fonction de la catégorie d'âge d'après le CREDES, enquête ESPS 2000	22
Figure 3: Le circuit du médicament.....	23
Figure 4 : Résultats de l'ENEIS ¹	25
Figure 5 : Classes médicamenteuses impliquées dans les EIG, d'après ENEIS ¹	26
Figure 6 : L'éducation santé fait-elle partie du rôle de pharmacien ?	39
Figure 7 : Compétences attendues des soignants en éducation thérapeutique du patient.....	46
Figure 8 : Le second axe de l'éducation thérapeutique, d'après la CNAMTS, DHOS et PERNNS	48
Figure 9 : Fréquence en pourcentage de citation des freins à une démarche de prévention / éducative par les pharmaciens / médecins interrogés en 2003	67
Figure 10 : Les critères de qualité de l'ETP d'après l' IPCEM.....	70
Figure 11 : Le diagnostic éducatif	137
Figure 12: Approche pédagogique d'après Gagnayre et D'Ivernois	139
Figure 13 : Synopsis de l'étude	150
Figure 14 : Répartition des patients selon la catégorie socioprofessionnelle (n = 43).....	159
Figure 15 : Nombre de fois où le patient se présente à l'officine, par trimestre (n = 39)	160
Figure 16 : Répartition des patients selon les nombres de pathologies et le niveau de médication (n = 43)	161
Figure 17 : Entourage médical des patients recrutés (n = 43)	161
Figure 18 : Les patients et leurs analyses biologiques (n = 43).....	162
Figure 19: Niveaux d'acceptation de la pathologie et du traitement (n = 43)	162
Figure 20 : Patients ayant bénéficié d'une éducation thérapeutique avant l'étude (n = 39) ...	163
Figure 21 : Catégories de médecins inclus dans les données quantitatives (n = 28).....	164
Figure 22 : Existence ou non d'expériences antérieures en éducation thérapeutique pour les médecins de l'étude (n = 28)	165
Figure 23 : Nature des expériences en éducation thérapeutique pour les médecins de l'étude (n = 28)	165
Figure 24 : Fréquence de travail en collaboration étroite avec d'autres professionnels de santé selon la pratique des médecins de l'étude (n = 28)	165
Figure 25 : Avis des médecins sur la collaboration entre professionnels de santé (n = 28)...	166
Figure 26 : Répartition des niveaux d'acceptation de participer à l'étude par les patients (n = 43)	167
Figure 27 : Raisons d'accepter de participer à l'étude selon les patients (n = 39)	167
Figure 28 : Répartition des modes de recrutement des patients (n = 43)	168
Figure 29 : Répartition des lieux de rencontres au sein de l'officine (n = 43)	169
Figure 30 : Périodes d'intervention dans le traitement de la pathologie chronique (n = 43) .	170
Figure 31 : Nombre de rencontres pour chaque patient (n = 43).....	171
Figure 32 : Répartition des patients en fonction du nombre de rencontres selon le type de pathologie (n = 43)	171
Figure 33 : Avis des patients sur le nombre de rencontres (n = 39).....	172
Figure 34 : Temps moyen consacré pour les 114 rencontres effectuées avec le patient (diagnostic éducatif et séances de suivi éducatif pour les 5 enquêteurs).....	172
Figure 35 : Avis des patients sur la durée des rencontres (n = 39).....	173
Figure 36 : Modalités des rencontres (n = 43).....	173
Figure 37 : Les dirigeants des rencontres (n = 43)	174

Sommaire

Figure 38 : Nombre de séances pour effectuer le diagnostic éducatif (n = 43).....	175
Figure 39 : Utilisation des thèmes fixés selon le diagnostic éducatif lors des séances éducatives (43 patients sur 114 séances)	176
Figure 40 : Nombre de patients pour lesquels ont été abordés les thèmes proposés dans le protocole d'étude, par pathologies	177
Figure 41 : Relations entre diagnostic éducatif et séances éducatives, pour chaque patient (n = 43)	178
Figure 42 : Les patients face au tri de boîtes de médicaments (n = 43)	179
Figure 43 : Avis des patients sur la démarche éducative (n = 39).....	180
Figure 44 : Avis global des patients sur la démarche d'éducation thérapeutique (n = 39)	180
Figure 45 : Réaction du patient face à l'intervention de l'éducateur (n = 43)	182
Figure 46 : Ressenti de l'éducateur concernant la manière d'aborder les 43 patients.....	183
Figure 47 : Avis des 43 patients sur l'intervention de l'éducateur au cours des séances	183
Figure 48 : Techniques de remplissage des questionnaires patients (n = 39)	190
Figure 49 : Comparaison de la répartition de notre population d'étude (n = 43) par tranches d'âge, avec celle de la population française recensée par l'INSEE, Janvier 2006	192

TABLES DES TABLEAUX

Tableau I : Médicaments à surveiller chez la personne âgée	21
Tableau II : Causes latentes et spécifiques des EIG d'après ENEIS ¹⁷	23
Tableau III : Les quatre postulats du modèle des croyances de santé d'après A. Lacroix	31
Tableau IV : Comportements liés aux phases d'acceptation d'une maladie d'après Anne Lacroix.....	59
Tableau V : Critères de qualité des outils d'intervention en éducation pour la santé d'après le « Référentiel des critères de qualité des outils d'intervention en éducation pour la santé »	63
Tableau VI : Récapitulatif des 5 officines incluses dans l'étude	133
Tableau VII : Référentiel d'évaluation de la faisabilité d'un suivi éducatif à l'officine.....	152

TABLE DES ANNEXES

Annexe 1: Condition de prise en charge par le système de soin australien d'une consultation pharmaceutique prescrite pour au moins 1 des raisons prévues.....	235
Annexe 2 : Extrait de la grille d'évaluation de la qualité de la tenue du dossier du patient d'après l'ANAES.....	236
Annexe 3 : Le Dossier Médical Personnalisé (DMP) Matrice de droit (condition d'accès aux différentes catégories d'informations selon la profession ou la discipline)	238
Annexe 4 : Contenu du Dossier Médical Personnel	239
Annexe 5 : Ticket pour fixer un rendez-vous pharmaceutique	240
Annexe 6 : Lettre d'information pour le patient.....	241
Annexe 7 : Lettre d'information des médecins	242
Annexe 8 : Présentation officielle de l'étude aux professionnels de santé	243
Annexe 9 : Dossier patient	244
Annexe 10 : Diagnostic éducatif	246

Annexe 11 : Liste des thèmes à aborder	248
Annexe 12 : Tableau de suivi de l'évolution des séances selon les thèmes abordés.....	249
Annexe 13 : Suivi d'évolution des séances éducatives	250
Annexe 14 : Questionnaire PATIENT.....	253
Annexe 15 : Questionnaire TITULAIRE	257
Annexe 16 : Questionnaire MEDECIN	261
Annexe 17 : Questionnaire ETUDIANT	262
Annexe 18 : Tableau récapitulatif des résultats de l'étude.....	266
Annexe 19 : Enquête décennale santé 2002-2003, INSEE, France métropolitaine, population 18 ans et plus, déclarant au moins une maladie chronique, Nombre moyen de maladies déclarées par genre et groupes d'âge.....	275
Annexe 20 : Nombre moyen de boites de médicaments consommés annuellement par patients	275
Annexe 21 : Consommation médicamenteuse chez le sujet âgé	276
Annexe 22: Schéma bilan du projet de suivi éducatif du patient	277

FIGURES ASTHME ET BPCO

Figure A/BPCO 1 : Prévalence de l'asthme selon l'âge et le sexe, d'après le CREDES et ESPS ¹¹⁵	73
Figure A/BPCO 2: Les stades de sévérité de l'asthme d'après le CREDES et l'ESPS ¹¹⁵	74
Figure A/BPCO 3: Coûts annuels moyens de prise en charge médicale de l'asthme persistant par stade de sévérité en Ile-de-France d'après le CREDES ¹¹⁷	75
Figure A/BPCO 4: Expiration forcée (mesure des débits). Enregistrement du volume expiré en fonction du temps à l'occasion d'une manoeuvre d'expiration forcée avec représentation du VEMS et du DEM, d'après le site www.educ.necker.fr ¹¹⁹	76
Figure A/BPCO 5: Physiopathologie de l'asthme d'après le site asthme-quebec.ca	77
Figure A/BPCO 6: Mode d'action des bêta2-mimétiques, d'après l'ouvrage Pharmacologie intégrée ¹²³	80
Figure A/BPCO 7: Mécanisme d'action des anticholinergiques, d'après l'ouvrage Pharmacologie intégrée ¹²³	82
Figure A/BPCO 8: Prise en charge de l'asthme, d'après l'ouvrage Recommandations et pratiques ¹³⁹	89
Figure A/BPCO 9: Caractéristiques des décès avec BPCO ou insuffisance respiratoire chronique (IRC), adultes 45 an ou plus, France 2000-2002 d'après l'Inserm ¹³³	104
Figure A/BPCO 10 : Répartition des causes initiales de décès parmi les décès avec BPCO en causes associée et parmi les décès sans mention de BPCO, effectifs moyens annuels, période 2000-2002 d'après l'Inserm.....	104
Figure A/BPCO 11 : Physiopathologie de la BPCO, d'après le site www.passeport.net	106
Figure A/BPCO 12 : Schéma des différents stades de la BPCO.	106
Figure A/BPCO 13 : Schéma de la prise en charge de la BPCO	111
Figure A/BPCO 14 : Modalités de la prise en charge des exacerbations sans critère de gravité d'après les Recommandations de la SPLF.	116
Figure A/BPCO 15 : Prise en charge des exacerbations avec critères de gravité d'après les Recommandations de la SPLF.....	117

TABLEAUX ASTHME ET BPCO

Tableau A/BPCO I: Les degrés de sévérité de l'asthme.....	78
Tableau A/BPCO II: Les différents traitements de l'asthme d'après l'ouvrage Pharmacie clinique et thérapeutique. ¹²²	84
Tableau A/BPCO III : Les médicaments influant sur la théophyllinémie.....	93
Tableau A/BPCO IV : Critères de gravité d'un AAG d'après la conférence de consensus de 1988.....	94
Tableau A/BPCO V: Les effets indésirables des traitements asthmatiques.....	97
Tableau A/BPCO VI : Niveaux de preuve scientifique de la littérature et force des recommandations. ANAES. guide d'analyse de la littérature et gradation des recommandations. janvier 2000.....	99
Tableau A/BPCO VII: Les degrés de sévérité de la BPCO.....	107
Tableau A/BPCO VIII : Les traitements mucolytiques de la BPCO.....	109
Tableau A/BPCO IX : Critères de gravité des exacerbations de BPCO. SPLF. Recommandations pour la prise en charge des broncho pneumopathies chroniques obstructives.1996.....	114
Tableau A/BPCO X : Différences entre asthme et BPCO.....	120
Tableau A/BPCO XI: Compétences, techniques pédagogiques et conditions de l'apprentissage. ANAES.	123
Tableau A/BPCO XII: Les outils éducatifs. ANAES. Education thérapeutique de l'enfant asthmatique et de sa famille en pédiatrie.....	128
Tableau A/BPCO XIII: Séquence pédagogique du programme d'éducation des patients asthmatiques et BPCO :.....	147

ANNEXES ASTHME ET BPCO

Annexe A/BPCO 1: Exemple de plan d'action écrit personnalisé d'après M.R. Partridge ...	279
Annexe A/BPCO 2: Mode d'emploi d'un aérosol doseur pressurisé.....	280
Annexe A/BPCO 3 : Mode d'emploi d'un autohaler.....	281
Annexe A/BPCO 4 : Mode d'emploi d'un turbuhaler.....	282
Annexe A/BPCO 5 : Mode d'emploi d'un Diskus.....	283
Annexe A/BPCO 6 : Mode d'emploi d'un inhalateur de poudre.....	284
Annexe A/BPCO 7: Différences entre une bronche asthmatique et une bronche normale. ...	285
Annexe A/BPCO 8: Physiopathologie de la Bronchite Pulmonaire Chronique Obstructive :	286
Annexe A/BPCO 9: Les différents stades de gravité de la BPCO.....	287
Annexe A/BPCO 10: Les facteurs déclenchants d'une crise d'asthme d'après www.asthme-quebec.ca	288
Annexe A/BPCO 11: Action des différents traitements d'après www.asthme-quebec.ca	288
Annexe A/BPCO 12: Le modèle respiratoire.....	289
Annexe A/BPCO 13: Le jeu de memory.....	290
Annexe A/BPCO 14: Le fichier Power Point pour établir un bilan des séances précédentes	291
Annexe A/BPCO 15: Le carnet de suivi du patient asthmatique.....	292
Annexe A/BPCO 16 : Brochure du Cespharm « Les allergies respiratoires ».....	303
Annexe A/BPCO 17 : Le système d'aide à la décision avec les trois zones d'alerte.....	305
Annexe A/BPCO 18 : Plan d'action lors d'une crise.....	306

INTRODUCTION

Un des défis majeurs auquel doit dorénavant faire face le système de soins est celui du vieillissement de la population. Cette évolution démographique va de pair avec une prévalence croissante des affections chroniques. Les réponses du système de soins sont de plus en plus techniques et morcelées, offrant des garanties sous-optimales en termes de sécurisation des patients. Les chiffres concernant l'iatrogénie médicamenteuse sont à ce titre éloquents : la moitié des erreurs médicamenteuses seraient potentiellement évitables (ENEIS 2005). Les enjeux de santé publique sont alors ceux de la rationalisation de la filière patient, grâce au développement de stratégies de diffusion de l'information entre professionnels, médicaux et paramédicaux, de mise en réseau des structures et prestataires de soins, ambulatoires comme hospitaliers et la mise en œuvre d'un véritable accompagnement des patients atteints de pathologies chroniques ou « suivi éducatif ».

L'objectif de la présente recherche est d'évaluer la faisabilité d'un suivi éducatif à l'officine.

Nous introduisons, dans une première partie, le contexte et la justification d'une telle démarche, au cœur de notre système de soin.

Dans une seconde, nous développons notre approche empirique, les choix méthodologiques qui la structurent, puis les résultats monographiques issus de 5 différents terrains d'application, à savoir :

Pathologie d'inclusion	Educateur	Titulaires, Localisation
Migraine	BOCQUET Claire	Mme LAMEYNARDIE, <i>Annecy le Vieux (74)</i>
Diabète de type II	FORTIN Emeline	Mme BOYER, <i>Grenoble (38)</i>
Asthme et B.P.C.O	GOUDARD-PEYROLON Elsa	M. MODELON, <i>Guilherand-Granges (07)</i>
Anticoagulants oraux	MATHELET Catherine	M. et Mme BOURDARIAT, <i>Pontcharra (38)</i>
Insuffisance cardiaque	RIQUELME Julie	M. et Mme ROUGIER, <i>Saint Martin d'Hères (38)</i>

Nous discutons les enseignements principaux issus de notre protocole d'évaluation de la démarche, pour proposer en définitive, quelques éléments prospectifs.

APPROCHE BIBLIOGRAPHIQUE
DU SUIVI EDUCATIF A
L'OFFICINE

1. Contexte et justification

En France, la sécurité des soins devient une des priorités des gestionnaires du système de santé. La qualité du circuit du médicament représente un axe majeur de la sécurisation des soins. Une étude prospective conduite en France (ENEIS 2005¹) financée par les pouvoirs publics propose une image fiable robuste de l'épidémiologie de l'iatrogénie, en particulier, l'iatrogénie médicamenteuse.

La lutte contre ce problème de santé publique repose sur la participation de tous les acteurs du système de santé, allant du médecin au patient². Ce dernier doit être considéré comme un protagoniste désormais actif, dont les attentes et les ressentis concernant sa maladie sont personnels et divers. Ainsi, il est nécessaire de donner à ces patients la possibilité de maîtriser leur santé, notamment en valorisant l'éducation thérapeutique comme ceci est déjà proposé tant à l'échelle internationale par l'OMS qu'à l'échelle nationale, voire régionale.

1.1. L'iatrogénie médicamenteuse

1.1.1. Définition

Le terme iatrogénie provient du grecque « *iatros* » = médecin et « *genos* » = origine. Il désigne ainsi ce « qui est provoqué par le médecin »³. L'iatropathologie médicamenteuse est une pathologie liée à l'administration d'un ou plusieurs médicaments prescrits par un médecin³. Le pharmacien délivrant ces médicaments est lui aussi directement concerné. L'iatropathologie comprend les divers accidents thérapeutiques médicamenteux tels que les effets indésirables mais également les erreurs médicamenteuses pouvant survenir tout au long du circuit du médicament³.

Une **erreur médicamenteuse** se définit comme « *l'omission ou la réalisation non intentionnelle d'un acte relatif à un médicament, pouvant être à l'origine d'un risque ou d'un événement indésirable pour le patient* ». Par définition, l'erreur médicamenteuse est évitable car elle manifeste ce qui aurait dû être fait et qui ne l'a pas été, au cours de la prise en charge thérapeutique médicamenteuse d'un patient. Elle peut survenir à différentes étapes de la prise en charge et se subdivise alors en erreur d'administration du médicament, de délivrance, de

dispensation, ou de prescription⁴. Les actions visant à la réduction de l'erreur médicamenteuse touchent avant tout la réorganisation du circuit du médicament⁵ et l'amélioration continue des pratiques professionnelles⁶.

Un **effet indésirable** est défini selon le Code de la Santé Publique, comme « *une réaction nocive et non voulue à un médicament, se produisant aux posologies normalement utilisées chez l'homme pour la prophylaxie, le diagnostic ou le traitement d'une maladie [...] ou résultant d'un mésusage du médicament* »⁷.

Un **évènement indésirable lié aux soins** peut-être défini comme un évènement défavorable pour le patient, consécutif aux stratégies de traitement, de prévention ou de réhabilitation¹.

Un effet ou un évènement sont considérés comme **graves**, lorsqu'ils sont susceptibles de mettre la vie du sujet en danger, ou bien d'entraîner une invalidité ou une incapacité importante et durable, voire de provoquer ou prolonger une hospitalisation⁸.

1.1.2. Les chiffres de l'iatrogénie

La France se situe probablement, en termes de fréquence et de gravité des évènements indésirables, à un rang comparable à celui des pays développés, qui ont fait de l'iatrogénie une priorité de santé publique⁹.

La survenue d'évènements indésirables graves liés aux soins (EIG) représente une question majeure pour le système de santé. La réduction de ce risque iatrogénique (fréquence et proportion de séjours hospitaliers au cours desquels survient un évènement iatrogène) est d'ailleurs l'un des objectifs associés à la loi de santé publique votée en août 2004¹.

L'Etude Nationale sur les Evènements Indésirables graves liés aux Soins (ENEIS) est la première étude prospective française d'envergure menée sur les EIG dans les établissements de soins. Elle a permis de comptabiliser les différents EIG détectés et d'en analyser les causes. Conduite par le Comité de coordination de l'évaluation clinique et de la qualité en Aquitaine (CCECQA) à la demande du Ministère français de la santé et sous l'égide de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DRESS), cette étude multicentrique publiée récemment concerne 71 établissements français, soit 8754 patients (soit 35 234 journées d'hospitalisation). L'échantillon choisi est un

échantillon randomisé de séjours effectués par des patients dans 292 unités de médecine et de chirurgie d'établissement de santé publics et privés de courts séjours.

Cette étude différencie les soins en ambulatoire (SA) par l'identification des évènements indésirables graves ayant motivés l'hospitalisation (EIG de type 1) et les soins en hospitalier (SH) à travers les évènements indésirables graves observés lors de l'hospitalisation (EIG de type 2)¹. Etaient associés au médicament, 38,7% des EIG ayant motivé une hospitalisation (1,56% des séjours, intervalle de confiance [1,16 ; 1,97]), dont la moitié étant considérée comme évitable et 19,5% des EIG observés lors de l'hospitalisation (1,29 pour 1000 jours d'hospitalisation [0,89 ; 1,69]) dont 42% évitables.

Le caractère évitable était posé lorsque l'on pouvait estimer qu'un événement indésirable ne serait pas survenu si les soins avaient été conformes à la prise en charge considérée elle comme satisfaisante au moment de la survenue de cet évènement¹.

1.1.3. Les facteurs favorisant l'iatrogénie

L'étude ENEIS a permis de mettre en évidence les différents facteurs favorisant l'apparition d'un EIG : le type de patient et l'organisation du circuit du médicament au sein des structures de soins ambulatoires comme hospitalières sont incriminés. L'organisation regroupe aussi bien des problèmes de communication que de prescriptions, d'administration, etc.

1.1.3.1. Les facteurs liés au patient

L'état clinique du patient, son comportement ou celui de son entourage ont été jugés comme des facteurs favorisant la survenue de l'effet indésirable grave chez 71,5% des patients.¹⁰

L'âge du patient

En 2005, l'INSEE estimait qu'une personne sur cinq avait plus de 65 ans¹¹. L'âge représente un facteur de iatrogénie puisque que les effets indésirables médicamenteux sont deux fois plus fréquents en moyenne après 65 ans et que 10 à 20% de ces effets indésirables conduisent à une hospitalisation¹².

La sensibilité des personnes âgées aux risques iatrogènes s'explique par différents facteurs. D'une part les personnes âgées sont souvent polymédiquées. Cette polymédication est une source de iatrogénie par la potentialisation des interactions, des effets indésirables et par une diminution de l'observance.

La Figure 1 représente l'évolution du nombre de boîtes acquises par un patient en fonction de son âge. Le graphe souligne l'augmentation de ce nombre et donc la polymédication des individus avec l'âge.

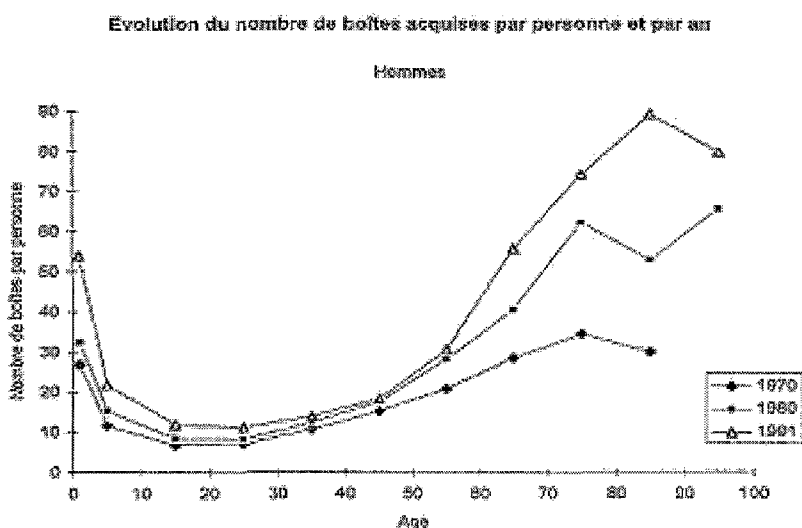


Figure 1 : Evolution du nombre de boîte par personne et par an¹³

D'autre part, les personnes âgées sont plus fragiles sur un plan physiologique à l'iatrogénie médicamenteuse. Lors du vieillissement, des modifications physiologiques s'installent ; elles peuvent alors avoir des conséquences tant pharmacocinétiques que pharmacodynamiques sur le médicament. Une de ces conséquences pharmacocinétiques reconnue est la réduction de l'élimination rénale, la diminution du métabolisme hépatique, nécessitant alors chez le sujet âgé une adaptation posologique. Des précautions sont par conséquent à prendre en compte lors d'un traitement comprenant des médicaments à longue demi-vie d'élimination, des médicaments à marge thérapeutique étroite, des médicaments à élimination rénale, des inducteurs ou inhibiteurs enzymatiques, des médicaments à forte fixation enzymatique. Le Tableau I résume les classes médicamenteuses à surveiller de près.

Tableau I : Médicaments à surveiller chez la personne âgée¹⁴

Médicaments à surveiller	
Marge thérapeutique étroite	Anticoagulants oraux, Sulfamides hypoglycémiant, Digoxine, Lithium, Antiépileptiques
Demi-vie longue	Cordarone, formes LP non indiquées chez les personnes âgées
Élimination rénale	IEC, Diurétiques thiazidiques, Antidiabétiques oraux, Antibiotiques, HBPM
Inducteur ou inhibiteur Enzymatique	- Inducteurs : Phénytoïne, Carbamazépine - Inhibiteurs : Allopurinol, Amiodarone, Fluoroquinolones
Forte fixation protéique	AVK, AINS, Fibrates, Sulfamides hypoglycémiant

Le vieillissement peut également avoir un effet sur l'action des médicaments : un vieillissement cardiaque par exemple, rend les cellules plus sensibles à certains médicaments entraînant alors des troubles du rythme ; ou des risques d'hypotension induits par certains traitements, favorisant la survenue de chutes ou de fractures¹².

L'état de santé du patient

La fragilité des personnes soignées, dépendant de la gravité de l'affection traitée et de l'état sous-jacent du patient, est un déterminant de la fréquence et de la gravité des événements indésirables. La sénescence et les polyopathologies donnent lieu à des incapacités fonctionnelles et sociales.

La baisse de l'acuité visuelle et auditive, les troubles de la déglutition ou bien encore la réduction des capacités physiques et psychiques (troubles de la mémoire) rendent l'individu plus vulnérable aux effets indésirables qui peuvent alors atteindre un stade de gravité plus important.

Les conditions socio-environnementales (isolement social, dépendance) dans lesquelles le sujet évolue, peuvent constituer elles aussi un rôle dans la survenue de ces événements indésirables¹².

La polypathologie, étroitement liée à une polymédication, constitue également un facteur de iatrogénie et cela quelque soit l'âge.

La Figure 2 illustre ainsi que la polypathologie induit une polymédication à tout l'âge.

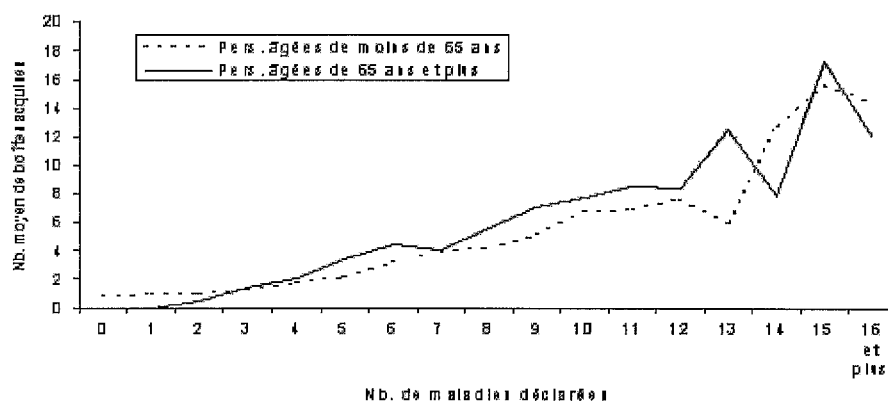


Figure 2 : Nombre de boîtes acquises en fonction du nombre de maladies déclarées et en fonction de la catégorie d'âge d'après le CREDES, enquête ESPS 2000¹⁵

Le comportement du patient

Le comportement du patient face à son traitement notamment, constitue un facteur de risque dans la survenue d'événements indésirables. Un non-respect des posologies prescrites, une automédication inappropriée, une mauvaise observance au traitement ou une surveillance biologique non adaptée augmentent le risque d'événements indésirables. Les troubles neuropsychiques représentent près de 25% de la symptomatologie iatrogène comprenant les troubles de la vigilance, les syndromes confusionnels voire pseudo démentiels et également les états dépressifs¹⁶. Il convient donc d'être à la fois vigilant aux comportements du patient et à son état psychique.

1.1.3.2. Les facteurs liés à l'organisation des soins

Le fonctionnement des structures de soins influe sur la survenue d'événements indésirables. La majorité des erreurs sont davantage liées à des mauvais fonctionnements de ces structures qu'à un défaut de performances individuelles.

Selon l'étude ENEIS¹, la densité d'incidence des EIG de type 2, calculée comme le nombre d'EIG identifiés dans l'unité pendant l'observation rapporté au nombre de jours d'hospitalisation observés, est plus élevée dans les CHU¹⁷.

Deux facteurs expliquent vraisemblablement ce résultat :

- la grande complexité des cas pris en charge ;
- le caractère souvent urgent des cas.

La communication

Dans l'enquête ENEIS, une analyse des causes réalisée sur 41 des 450 EIG observés, a révélé le rôle essentiel des questions d'organisation et de communication dans la survenue d'EIG. Parmi les 35 effets indésirables pour lesquels des « causes latentes » ont été retrouvées, près de la moitié sont survenue dans un contexte de changements récents (changement au niveau de l'équipe, au niveau du matériel et/ou au niveau de l'environnement).

Tableau II : Causes latentes et spécifiques des EIG d'après ENEIS¹⁷

Causes latentes	<ul style="list-style-type: none"> • Organisation du travail • Facteurs individuels • Environnement de travail
Causes spécifiques	<ul style="list-style-type: none"> • Absence de protocole • Insuffisance d'échange d'informations entre professionnels et patient • Charge de travail • Planification des tâches inadaptée • Défauts de communication interne

1.1.3.3. L'iatrogénie au sein du circuit du médicament

Les différentes étapes du circuit du médicament peuvent générer un risque¹⁸. Ces risques se retrouvent autant en soins de ville qu'en soins hospitaliers.

Ce circuit se compose de trois étapes (Figure 3) :

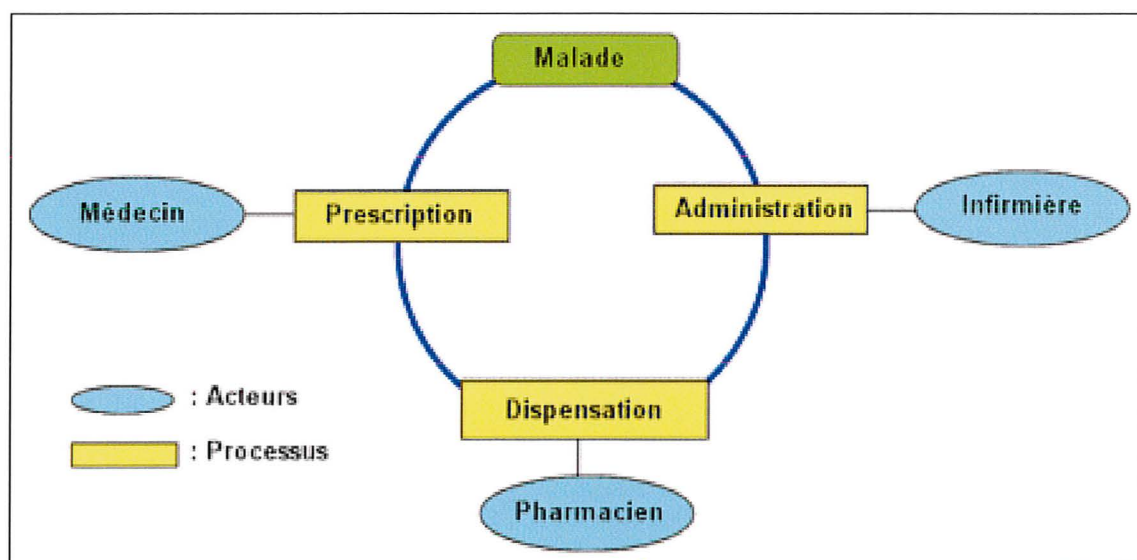


Figure 3: Le circuit du médicament¹⁹

La prescription

Le prescripteur ou médecin en est le principal acteur. On distingue deux types d'erreurs : les erreurs scientifiques et les erreurs techniques.

Les erreurs scientifiques sont définies par une non-conformité aux connaissances scientifiques et médicales actuelles. Les causes peuvent être :

- une erreur de diagnostic
- une inadéquation entre le diagnostic et la prescription
- un non respect des antécédents
- un non respect des contre indications, de l'état physiopathologique
- l'association dangereuse de médicaments, une escalade thérapeutique¹⁴.

Les erreurs techniques sont liées :

- à la nature de la prescription (lisibilité, clarté, références à des protocoles)
- au support (origine de la prescription, information sur le patient, informations sur le médicament)
- au suivi de la prescription du médecin (absence d'évaluation et de reconsidération de la prescription par rapport à l'évolution du patient, d'effets indésirables, d'interactions et absence de surveillance thérapeutique et biologique).

Elles restent le plus souvent, la conséquence d'une erreur de formulation écrite.

La dispensation des médicaments

Elle est le plus souvent effectuée par le pharmacien. Les erreurs d'exécution de l'ordonnance sont :

- des erreurs par omission : oubli de consultation de l'historique médicamenteux du patient
- des erreurs de posologies
- des erreurs de fréquences et horaires d'administration : non explication de l'ordonnance, non précision du plan de prise ou des modalités de prise, ainsi qu'une non vérification de l'observance.

L'administration et l'utilisation des médicaments

Réalisée le plus souvent en ambulatoire par le patient, elle peut regrouper :

- des erreurs par omission (oubli de prise)
- des erreurs par administration d'un médicament non autorisé (automédication)
- des erreurs liés à la non application du plan de prise (posologie, fréquence et horaires d'administration)
- des erreurs de voie d'administration (administration au mauvais endroit)
- des erreurs de préparation d'un médicament
- des erreurs de techniques d'administration (utilisation des formes galéniques prescrites).

Le suivi thérapeutique

Les failles dans le suivi concernent l'absence de réévaluation du traitement, de suivi thérapeutique et biologique, la non gestion des effets indésirables, des interactions médicamenteuses, l'absence de contrôle de l'observance. Tous les acteurs énoncés précédemment sont concernés.

1.1.4. Implication du médicament dans la survenue des Evènements

Indésirables Graves

L'implication réelle du médicament dans la survenue d'EIG a donc pu être mise en évidence au cours de l'ENEIS, les erreurs liées aux médicaments concernent près de la moitié des effets indésirables des soins médicamenteux à l'origine d'une hospitalisation et plus d'un tiers des EIG des soins médicamenteux hospitaliers. Les médicaments représentent l'essentiel des admissions causées par un EIG des soins liés à un produit de santé.

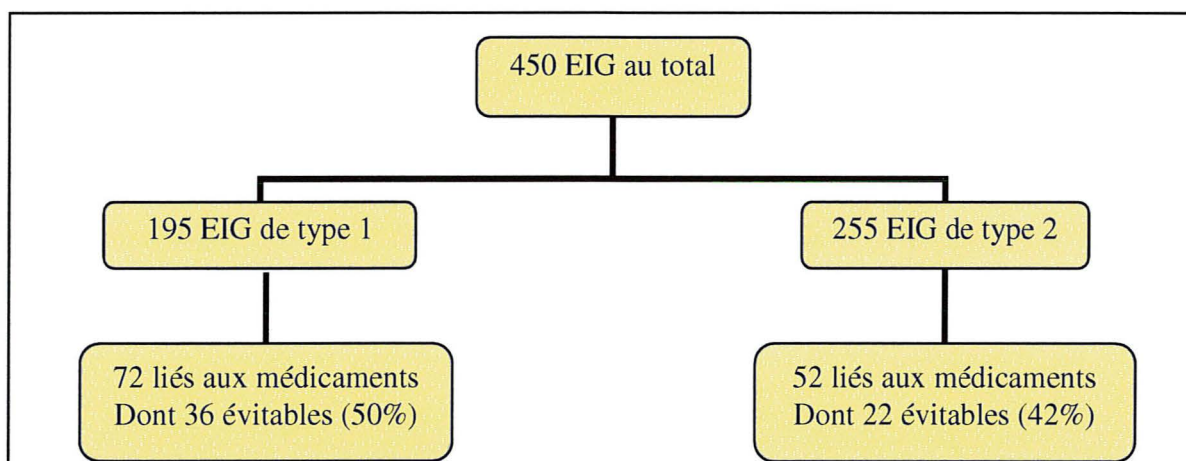


Figure 4 : Résultats de l'ENEIS¹

1.1.5. Classes médicamenteuses en cause

L'étude a permis de dresser un bilan des classes médicamenteuses les plus impliquées dans la survenue d'évènements indésirables médicamenteux graves. Les anticoagulants sont les médicaments les plus cités : ils représentent un tiers des effets indésirables graves des soins médicamenteux, résultant d'erreurs tels qu'un mésusage ou une omission de traitement pour la moitié des cas¹⁷.

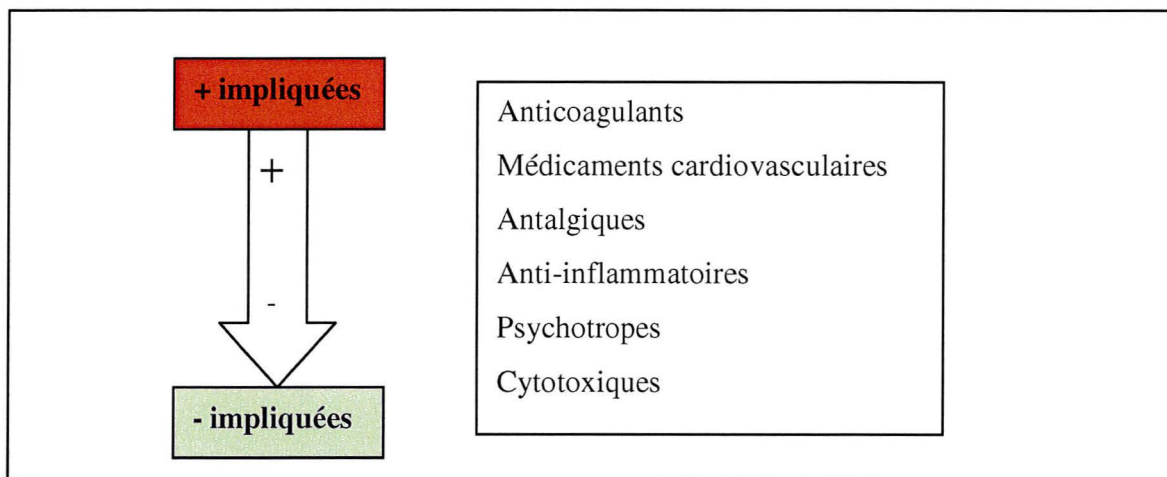


Figure 5 : Classes médicamenteuses impliquées dans les EIG, d'après ENEIS¹

1.1.6. Types de soins concernés

L'étude s'est intéressée aux différents types de soins prodigués aux patients, ainsi qu'à leur implication dans la survenue d'EIG. Quatre types de soins sont différenciés :

- la **prévention** qui vise à éviter la pathologie (ex : prescription d'anticoagulants)
- le **diagnostic** constitué d'ensemble d'actes visant à repérer la maladie (ex : la radiographie)
- la **thérapeutique** formée d'actes traitant la maladie (ex : l'intervention chirurgicale)
- la **réhabilitation** qui doit permettre d'améliorer les conséquences de la pathologie (ex : la kinésithérapie)

D'après l'étude, parmi les 195 EIG de type 1, 151 (78,4%) étaient liés à la phase thérapeutique et 30 (16,8%) à des actes de prévention. Les événements liés à la prévention et au diagnostic étaient majoritairement évitables, contrairement aux événements liés à la thérapeutique.

Les EIG liés à la phase thérapeutique ont été reconnus évitables pour 36 d'entre eux, les erreurs incriminées étaient liées :

- dans 55,3% des cas à des erreurs de surveillance de soins, ou à des erreurs d'administration de produits, ou bien encore à un défaut d'observance de la part du patient,
- à des indications erronées dans 33% des cas,
- à des retards de mise en route du traitement (11,6%).

1.1.7. Progrès émergents

1.1.7.1. Relatifs au système de soins

Assez paradoxalement, compte tenu des progrès de la médecine et de l'organisation des soins, l'iatrogénie globale devrait augmenter : nouvelles technologies émergentes permettant des interventions sur des sujets de plus en plus âgés et fragiles, dont le nombre s'accroît (vieillesse de la population, allongement de la durée de vie...) ; développement des maladies chroniques²⁰.

Par ailleurs, la typologie des risques et leur répartition entre le secteur ambulatoire et le secteur hospitalier tendent à se modifier (transfert d'une partie des soins invasifs ou "à risque" du secteur hospitalier au secteur ambulatoire, hospitalisation à domicile (HAD), maintien à domicile (MAD), réseaux de soins, chimiothérapie cancéreuse à domicile...)

1.1.7.2. De la part du patient

Le patient doit également devenir un partenaire dans cette lutte pour un changement du système de soins ; ainsi, l'amélioration de la connaissance de son traitement et l'optimisation de l'observance, tend à viser deux objectifs :

- une réduction de l'iatropathologie, à l'origine d'une morbidité connue,
- en aval une diminution des coûts liés à ces accidents thérapeutiques médicamenteux²¹.

Il paraît intéressant d'envisager la façon dont le patient appréhende la connaissance et l'intégration de son traitement, de façon plus ou moins consciente et participative (pouvant s'apparenter à un réel apprentissage), plus particulièrement en ce qui concerne les pathologies chroniques.

Ainsi, depuis quelques années, le patient développe une attitude consumériste face à l'offre de soins, alors considérée comme un service²². On observe de plus en plus de créations d'associations de patients aux niveaux national et international, qui ont pour objectif de

participer activement aux décisions dans le domaine d'organisation de soins et la promotion pour la santé. Les patients sont nettement plus préoccupés par leur santé aujourd'hui que par le passé²³.

Les patients s'informent au sujet de leur pathologie²³, discutent de leur traitement en toutes occasions²³, se posent en tant que partenaires des soignants et veulent être associés aux décisions qui les concernent²⁴. Cette remise en question croissante d'un pouvoir médical absolu et des politiques de santé publique se trouve renforcée par différents évènements fortement médiatisés (sang contaminé, amiante, vache folle, médicaments génériques).

Dans le cadre des maladies chroniques, une évolution des modèles de la relation soignant/patient a été décrite : le patient n'est plus objet de soins mais sujet de sa santé, il doit prendre en charge sa santé, son traitement et l'adapter aux différents évènements de sa vie quotidienne ; pour cela, il doit acquérir des compétences spécifiques²⁵. Cette nouvelle relation conduit à un déplacement de la notion d'observance vers celle de participation et d'activité du patient.²⁶ La prise en compte de cette véritable révolution qui est en train de se mettre en place est essentielle²⁴.

1.2. Contexte économique

1.2.1. Conséquences économiques

Les résultats de l'ENEIS confirment l'importance du problème de santé publique posé par l'iatrogénie médicamenteuse et montrent que celle-ci est en partie évitable. Cette étude n'a pas effectué de chiffrage de l'impact économique des EIG liés aux soins ; seul le nombre de séjours hospitaliers et de journées d'hospitalisation évitables ont été évaluées. Cependant, la fréquence et la gravité des effets indésirables étudiés rendent cet impact économique évident. Pour donner un ordre d'idée, sur la base d'une expertise croisée de plus de 4000 séjours hospitaliers, Bates *et al*²⁷ estiment à \$3244 le coût de prise en charge hospitalière d'un événement indésirable médicamenteux. Bordet *et al*²⁸ estiment, dans le contexte français, un coût du même ordre de grandeur, à savoir 4150€ par événement. De même, la Domiciliary Medication Management Review (DMMR)²⁹ est une consultation prise en charge par le système de soin australien dans le cadre d'une prescription pour une indication validée (ces

indications sont citées dans l'Annexe 1), les honoraires du pharmacien sont de 77€. Il a été prouvé que cette consultation pharmaceutique conduisait à une économie de 11€ par mois et par patient.

1.3. Contexte psychosocial

1.3.1. La santé et le bien être

Jusqu'à la définition de l'OMS en 1946, la santé était principalement abordée par ses dimensions physiques et psychologiques, toujours de façon très normative. Pour avoir la santé, il fallait répondre à certains critères : poids, capacités visuelles, auditives, respiratoires,... En 1946, l'OMS introduit alors la dimension sociale en définissant la santé comme « *un état de complet bien-être physique, mental et social et qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* »³⁰.

L'évolution de la santé va ensuite vers un sujet acteur de sa santé. On prend en compte les besoins du sujet, l'histoire individuelle du sujet. C'est ainsi qu'en 1997, le réseau du Comité Français d'Éducation pour la Santé (CFES) définit la santé globale comme « *la santé de l'être humain vivant en société, avec ses composantes physiques, psychiques et sociales, tenant compte des implications que peuvent avoir sur sa santé, son histoire personnelle et les différentes dimensions sociales, économiques, juridiques et culturelles de ses conditions de vie et de son mode de vie.* »

L'éducation pour la santé repose donc sur une vision globale de la santé. A l'instar de l'OMS, la santé est considérée comme une ressource pour agir et non pas seulement comme l'absence de maladie. La diversité des déterminants de la santé est reconnue, qu'ils soient génétiques, psychologiques, sociaux, culturels, économiques, politiques, écologiques.

1.3.2. La maladie chronique, un compromis au quotidien

L'état de « bien être » est assez rarement décrit par les patients souffrant de maladies chroniques et s'il l'est dans certaines occasions, il reste fragile face à l'épuisement moral. Les

patients, consciemment ou non, doivent faire de nombreux compromis au quotidien. Ainsi, dans une étude³¹, on apprend que 27% des personnes interrogées souffrant d'asthme persistant disent ne plus avoir de vie sociale à cause de leur maladie. Cela comprend l'absence d'activités sportives, la non participation à des événements sociaux, ou encore la non fréquentation de restaurants ou bars enfumés par la cigarette.

Près de 9 migraineux sur 10 disent ressentir un impact négatif sur leur qualité de vie³², cela comprend un impact sur la vie professionnelle (diminution des performances intellectuelles dans 71% des cas, détérioration de la relation avec leurs collègues 38%), mais aussi sur la vie sociale (détérioration des relations amicales dans 48% des cas, moins bonne appréciation des loisirs, diminution des relations intimes).

Divers sentiments tels que la frustration, l'irritabilité ou bien encore l'anxiété naissent de ces multiples compromis et par conséquent, impactent directement sur la vie professionnelle ou personnelle. Difficile alors de parler d'état de « bien-être » chez un patient chronique.

C'est pourquoi il paraît indispensable d'analyser au cours d'une démarche éducative le ressenti du patient et son jugement par rapport à son état de santé.³¹

1.3.3. Représentations du patient

La santé se définit pour chaque individu selon ses propres critères, en fonction de l'idée qu'il se fait de la « bonne santé », dans un contexte socioculturel donné. Cette conception personnelle est ce que l'on nomme une représentation.

Les représentations du patient influent directement sur son comportement, il est donc important pour le soignant de les analyser. Selon Moscovici, les représentations constituent « *le champ des communications possibles, des valeurs ou des idées présentées dans les visions partagées par des groupes, et règlent par la suite, les conduites désirables ou admises* »³³.

Cette définition fut par la suite reprise par d'autres auteurs, ainsi pour Seca les représentations sont « *le système de savoirs pratiques (opinions, images, attitudes, préjugés, stéréotypes, croyances) générés en partie dans des contextes d'interactions inter individus et/ou inter groupaux* »³⁴. Enfin, Abric définit une représentation comme une « *vision fonctionnelle du monde qui permet à un individu de donner un sens à ses comportements et de comprendre la réalité à travers son propre système de références. Elle est un guide pour*

l'action, elle oriente les actions et les relations sociales. Elle est un système de précodage de la réalité car elle détermine un ensemble d'anticipation et d'attentes »

Le soignant doit ainsi initier une relation qui permette au patient d'exprimer et de prendre conscience de ce qu'il croit et de ce qu'il sait. Il s'agit d'une démarche active pour que le patient puisse intégrer son affection et son traitement dans sa vie quotidienne.³⁵

1.3.4. Le modèle des croyances de santé

Le modèle des croyances de santé («Health Belief Model » ou HBM) est un modèle psychologique qui tente d'expliquer et de prédire les comportements de santé des individus à partir de leurs attitudes et de leurs croyances. Il permet de cerner les grands axes qui participent à une action de santé chez un individu³⁶.

De plus, il permet de comprendre le comportement que peut adopter un malade chronique face à sa maladie ; plus précisément, il va permettre de saisir les raisons que peut avoir une personne de suivre ou ne pas appliquer son traitement³⁶.

Ce modèle repose sur 4 croyances, les 2 premières sont relatives à la maladie et à la santé et les 2 autres sont relatives aux traitements.

Tableau III : Les quatre postulats du modèle des croyances de santé d'après A. Lacroix³⁷

<p>Pour accepter de se traiter et pour persévérer dans l'application de son traitement, un patient doit :</p> <ol style="list-style-type: none">1- Etre persuadé qu'il est bien atteint par la maladie2- Penser que cette maladie et ses conséquences peuvent être graves pour lui3- Penser que suivre son traitement aura un effet bénéfique4- Penser que les bienfaits du traitement contrebalancent avantageusement les effets secondaires, les contraintes psychologiques, sociales et financières engendrées par ce traitement.
--

Les croyances concernant la santé et la maladie sont à considérer comme des représentations ou des conceptions ayant une incidence directe sur la détermination du patient à adopter tel ou tel comportement. Ce modèle a la particularité d'être systémique en ce sens que les postulats sont interdépendants. Ils doivent être tous acceptés par le patient ; si un seul postulat est refusé, cela peut entraîner des négligences, un refus, voire un abandon du traitement³⁶.

Le modèle des croyances de santé a montré son intérêt notamment dans les domaines de l'asthme, de l'hypertension, du cancer et du diabète^{38,39}.

La gestion quotidienne d'une maladie au long cours implique que le patient contrôle lui-même directement sa maladie. Cette prise en charge par la personne elle-même n'est possible que si celle-ci intègre la notion de contrôle³⁶.

Ecouter et analyser les positions du patient par rapport au modèle des croyances de santé et ses représentations sont deux étapes essentielles pour comprendre dans quel état d'esprit se trouve ce dernier par rapport à sa pathologie, avant même de débiter toute démarche éducative²⁴.

1.4. Contexte juridique

L'éducation pour la santé s'inscrit aujourd'hui dans une politique de promotion de la santé à travers diverses mesures. Elle tend à devenir une véritable responsabilité collective, tant par l'implication de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) qu'avec le plan national d'Education pour la santé (PNEPS) et le Guide d'accréditation des hôpitaux de l'ANAES.

1.4.1. Implication de l'Organisation Mondiale de la Santé

La charte d'Ottawa⁴⁰ a été une des premières mesures officielles plébiscitant la promotion de la santé. Elle encourage la mise en place de politiques de santé adaptées permettant de donner aux individus les moyens de maîtriser davantage leur santé.

La Déclaration de Jakarta sur la promotion de la santé réaffirme également cette idée et souligne diverses priorités :

- inviter les gouvernements à aider les réseaux de promotion de santé à se créer ;
- sensibiliser sur l'évolution des déterminants de santé (éléments observés dont on estime qu'ils ont une influence sur la santé) ;
- soutenir le développement de la collaboration et la mise en place de réseaux pour le développement de la santé ;
- mobiliser des ressources en faveur de la promotion de la santé ;
- accumuler les connaissances sur les meilleures pratiques ;
- promouvoir la solidarité dans l'action ;
- favoriser l'apprentissage en commun ;

- encourager la transparence et la responsabilité publique en promotion de la santé⁴¹.

1.4.2. Le Plan National d'Education Pour la Santé et le Schéma Régional d'éducation pour la santé

Le Plan National d'Education Pour la Santé (PNEPS) proposé le 28 Février 2001, par Bernard Kouchner, Ministre délégué à la santé, au conseil des ministres réaffirme l'enjeu politique de l'éducation pour la santé.

Ce plan comporte trois axes :

- 1 - la mise en place d'un service public d'éducation pour la santé,
- 2 - le développement de la formation et le développement de la recherche,
- 3 - la valorisation de l'éducation thérapeutique.

Il a pour objectif général de permettre à chaque citoyen d'avoir accès à une éducation pour la santé de qualité.

La circulaire du 22 octobre 2001 présente le projet d'élaboration du Schéma Régional d'éducation pour la santé (SREPS) qui a pour rôle de développer comme le PNEPS, une culture d'éducation pour la santé à partir de concepts validés et partagés. Le SREPS a pour vocation de rassembler et faire rencontrer les acteurs de l'ensemble du territoire dans un souci d'amélioration de la qualité des programmes et actions mises en place pour l'éducation thérapeutique⁴².

1.4.3. L'éducation thérapeutique du patient : critères de qualité selon l'ANAES

Dans son guide d'accréditation des Hôpitaux visant à s'assurer de l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins délivrés aux patients dans les établissements de santé ; l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES) désigne l'éducation patient comme un critère de qualité⁴³. Cette dernière semble déjà avoir trouvé sa place au sein des hôpitaux puisqu'en 1999, une enquête nationale sur les pratiques d'éducation du patient dans les hôpitaux montre que 91% des répondants déclarent avoir au moins un programme d'éducation du patient, avec une moyenne de plus de quatre actions par hôpital, dont 72% des actions concernent des maladies chroniques⁴⁴.

Quatre-vingt treize pour cent des responsables hospitaliers considèrent d'ailleurs que l'éducation du patient est un domaine prioritaire et 39% d'entre eux affectent un budget spécifique à son développement.

1.4.4. Les initiatives dans le domaine de l'Education Thérapeutique du Patient

Des recommandations pour l'éducation de patients atteints de maladies chroniques ont été élaborées par l'ANAES, plusieurs expériences voient désormais le jour et sont soutenues par des appels à projets (Circulaire 2002)⁴⁵.

L'inscription au développement de l'éducation du patient au Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (SROS) Rhône-Alpes 1999-2004 a abouti à la création d'une base de donnée des actions disponibles sur Internet¹. Le site Internet est un outil mis en place au service des soignants investis dans des projets d'éducation patient en région Rhône-Alpes. Initialement constitué autour d'actions développées à l'hôpital, il s'est élargi aux actions réalisées en ambulatoire par les réseaux de santé, les centres d'examen de la santé et les associations de patients. Il permet de mettre en relation les acteurs de santé pour faciliter l'échange de compétences⁴⁵.

Dans le cadre du SREPS, le groupe de travail spécifique à l'éducation thérapeutique du patient a émis un certain nombre de recommandations parmi lesquelles figure la mise en place de la formation des acteurs de terrain.

Les initiatives nationales, régionales et locales ne cessent de se développer, toutefois le manque de structuration et l'absence de reconnaissance budgétaire de l'éducation thérapeutique cette activité dans une absence de visibilité et une fragilité importante⁴⁵.

2. L' Education Thérapeutique

La démarche éducative auprès de personnes en traitement médicamenteux de longue durée menée par des professionnels santé, n'existe en France de manière structurée que pour quelques affections chroniques, notamment l'asthme et le diabète, affections « prototypes » qui ont fait l'objet d'études contrôlées visant à apprécier les bénéfices de l'éducation patient⁴⁶. Cette

¹ Site Internet disponible sur www.ephora.fr, consulté en Octobre 2006

éducation patient regroupe en fait plusieurs concepts et doit être réalisée en respectant certains critères de qualité par un personnel qualifié.

2.1. Définition de l'Éducation du patient

Il n'existe pas de définition unique de l'éducation du patient. De façon théorique, le terme générique " éducation du patient " recouvre trois niveaux d'activités, lesquels, dans la pratique courante, peuvent s'intriquer. On distingue : l'éducation pour la santé du patient, l'éducation du patient à sa maladie et l'éducation thérapeutique du patient⁴⁷.

2.1.1. L'éducation pour la santé

L'éducation pour la santé regroupe un ensemble d'interventions (actions éducatives de proximité, actions de communication, information des publics, élaboration d'outils pédagogiques et formation des professionnels) qui ont pour objectif de renforcer les compétences de la population à opérer des choix favorables pour sa santé. D'une manière générale, l'éducation pour la santé s'attache à donner des repères éducatifs aux individus, à développer leurs compétences psychosociales et à renforcer chez eux le sentiment de valorisation et d'estime de soi.

Elle s'inscrit donc dans une perspective de promotion de la santé, œuvrant à préserver et à développer ce capital de ressources⁴⁸.

2.1.2. L'éducation du patient à sa maladie

L'éducation du patient est un processus par étapes, intégré dans la démarche de soins. Ce processus comprend un ensemble d'activités organisées, de sensibilisation, d'information, d'apprentissage et d'aide psychologique et sociale ; concernant la maladie, les traitements, les soins, l'organisation et les procédures hospitalières, les comportements de santé et ceux liés à la maladie. Toutes ces activités sont destinées à aider le patient (et sa famille) à comprendre la maladie et les traitements, à collaborer aux soins, à prendre en charge son état de santé, et à favoriser un retour aux activités normales⁴⁹. L'éducation du patient à sa maladie se situe cette fois-ci en aval du déclenchement de la maladie et s'adresse aux patients chez qui la maladie est déjà présente. Elle concerne les comportements de santé liés à la maladie, au traitement, à la

prévention des complications et des rechutes ainsi qu'à l'impact que la maladie peut avoir sur d'autres aspects de la vie⁵⁰.

Il faut viser à une autonomie du patient dans le cas où celle-ci est acceptable et bénéfique pour sa santé mais celle-ci doit être progressive et respectueuse des désirs et des capacités de la personne et de son environnement⁵¹.

2.1.3. L'Education Thérapeutique du Patient

L'Education Thérapeutique du Patient (ETP) se définit selon la Direction Générale de la Santé (DGS) comme une éducation s'adressant aux personnes malades et à leur entourage. Elle consiste à « *l'apprentissage d'un ensemble de pratiques visant à permettre l'acquisition de compétences, afin que le patient puisse prendre en charge de manière active sa maladie, ses soins, sa surveillance, en partenariat avec les soignants* »⁵¹.

La définition de l'OMS en 1998, est la suivante :

« L'éducation thérapeutique du patient est un processus continu qui fait partie intégrante des soins médicaux. La formation thérapeutique du malade comprend la sensibilisation, l'information, l'apprentissage du traitement, le support psychosocial, tous liés à la maladie et au traitement.

*La formation doit aussi permettre au malade et à sa famille de mieux collaborer avec les soignants. L'objectif étant que le malade acquiert un savoir-faire adéquat, afin d'arriver à un équilibre entre sa vie et le contrôle optimal de sa maladie. »*⁵²

L'ETP se définit, selon l'OMS, en quatre axes:

- 1 - L'acquisition par le malade de compétences pour gérer la maladie au quotidien ;
- 2 - L'accompagnement du malade tout au long de sa maladie par une formation continue intégrée dans les soins ;
- 3 - Le centrage de cette éducation sur le malade par la sensibilisation, l'information et la formation sur le traitement en associant un soutien psychologique ;
- 4 - L'implication de l'entourage dans la maladie et le traitement tout en favorisant la coopération avec les soignants⁵³.

2.2. Les raisons de la mise en place d'une éducation thérapeutique

L'éducation thérapeutique est devenue aujourd'hui une nécessité du fait :

- de l'accroissement du nombre des malades chroniques ;
- de la mauvaise observance des prescriptions diminuant de ce fait l'efficacité de la prise en charge thérapeutique. Cette inobservance induit la survenue de complications aiguës ou chroniques de la maladie causale et fait courir un risque de complications liées au traitement lui-même ;
- de l'évolution des attitudes et comportements des patients vis-à-vis de la santé et des professionnels de santé : difficultés face à une diffusion incontrôlée des connaissances médicales, demande d'informations et de participation aux décisions médicales le concernant, acquisition de droits (droits des patients ou droits des usagers), émergence d'une « citoyenneté de santé »⁵⁴ ;
- des effets indésirables imputés aux traitements, rendant indispensable la participation active du patient à la prise en charge de sa maladie.

Tout patient atteint de maladie chronique se trouve devant le défi de prendre en main lui-même son traitement. Une compréhension de sa maladie et son évolution, la gestion de celle-ci par une mesure des paramètres biologiques, ou la connaissance de son traitement sont autant de paramètres que le patient devra acquérir. Il se trouve alors confronté à un processus d'acceptation de sa maladie. La maîtrise de ces divers paramètres lui permettra de conserver une autonomie, ses projets, sa carrière, et ses passe-temps favoris⁵⁵.

L'ETP vise donc à aider le patient et son entourage à « *comprendre la maladie et le traitement, à mieux collaborer avec les soignants et à maintenir ou améliorer sa qualité de vie* » en l'aidant dans sa gestion quotidienne de la maladie.⁵³

2.3. Les dispensateurs de soins dans l'Éducation thérapeutique du patient

2.3.1. Place du pharmacien dans l'Éducation Thérapeutique du Patient

2.3.1.1. L'éducation du patient, un des devoirs du code de la déontologie du pharmacien

Selon le code de la déontologie, l'éducation du patient par le pharmacien fait partie intégrante des rôles du pharmacien d'officine:

ART.R.5015-3 du code de la déontologie des pharmaciens :

« Le pharmacien exerce sa mission dans le respect de la vie et de la personne humaine. Il doit contribuer à l'information et à l'éducation du public en matière sanitaire et sociale. »

Cet article ne précise pas le rôle spécifique du pharmacien dans l'ETP, il définit cependant clairement le rôle global d'éducation du pharmacien d'officine au sein de la communauté comme acteur de santé.

La nouvelle convention du 11 juillet 2006 signée entre l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, la Fédération des syndicats pharmaceutiques de France, l'Union des syndicats de pharmaciens d'officine et l'Union nationale des pharmacies de France, conforte le rôle du pharmacien en tant que professionnel de santé grâce aux conseils et aux informations que ce dernier prodigue, et à l'accompagnement ou au suivi thérapeutique qu'il accorde aux patients. Il y est également souligné qu'une recherche permanente de la qualité de la dispensation pharmaceutique repose sur certains éléments dont :

- l'incitation à l'observance au traitement ;
- la prévention des incidents ou accidents iatrogènes ;
- la prodigalité de conseils de prévention ;
- le développement de l'ETP ;
- l'exercice de cette dispensation en coordination avec les autres professionnels de santé.

2.3.1.2. La vision du pharmacien sur ce rôle d'éducateur

Selon une étude Ipsos menée en janvier 2006, 77% des pharmaciens officinaux estiment que leur rôle en tant qu'éducateur de santé fait « tout à fait » partie de leur profession (Figure 6). Cela va dans le sens des attentes des patients qui sont de plus en plus nombreux à les interroger sur des pathologies lourdes et chroniques comme le diabète ou le cancer⁵⁶. Morrow *et al* signalent que 78 % de la communauté des pharmaciens est d'accord avec l'idée que l'éducation pour la santé devrait faire partie de leur rôle et 53 % d'entre eux signalent que leurs clients/patients s'attendent à recevoir des informations de la part de leur pharmacien⁵⁷.

Les pharmaciens estiment posséder les moyens nécessaires à la réalisation d'une éducation santé mais dénotent un manque de disponibilité. Pour les patients par contre, le pharmacien est reconnu comme apte à réaliser une éducation, mais ce dernier doit rester cantonné à un rôle d'information, de conseil et d'accompagnement autour du médicament dont il est le spécialiste⁵⁶.

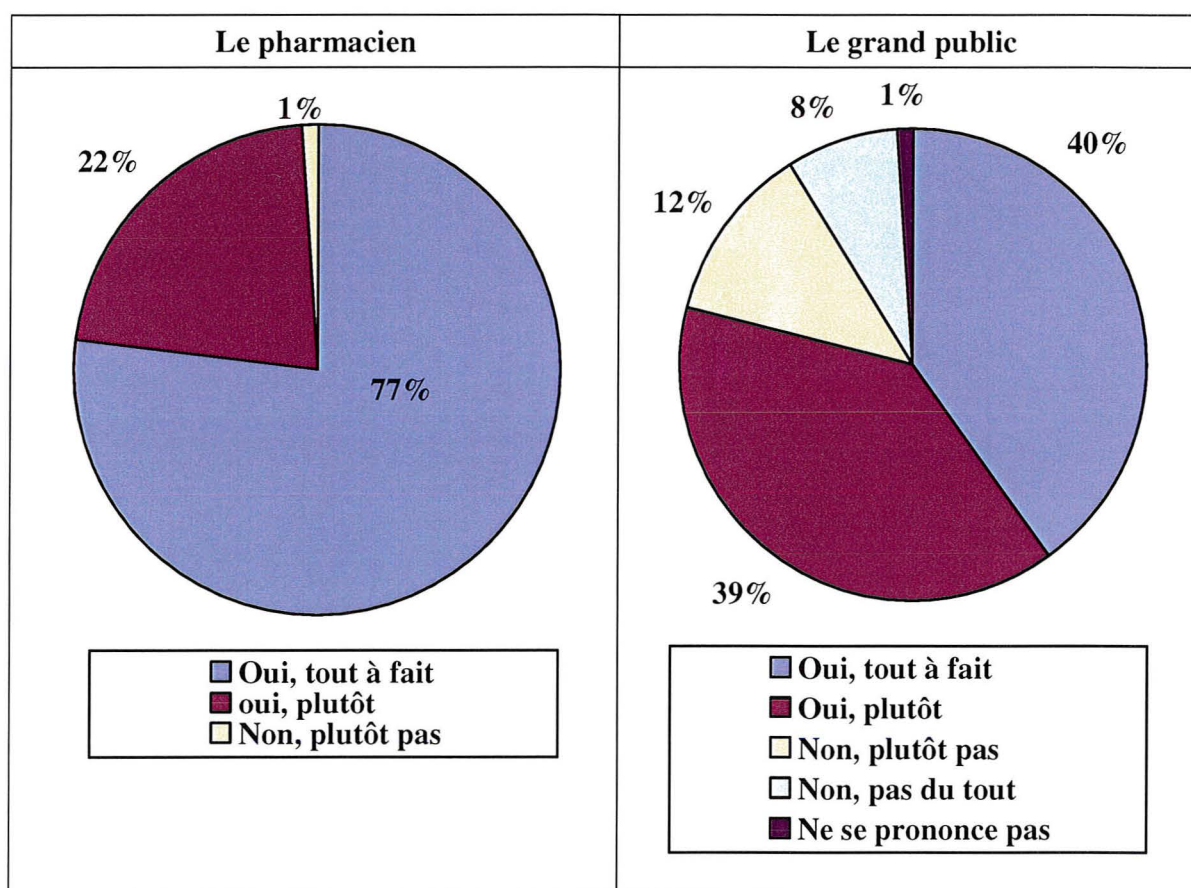


Figure 6 : L'éducation santé fait-elle partie du rôle de pharmacien ?⁵⁶

2.3.1.3. Pharmacien, un éducateur de santé

Ce qui caractérise le mieux les compétences du pharmacien est sa pluridisciplinarité qui prévaut tant par sa formation (sciences physico-chimiques, sciences biologiques, pharmacotoxicologiques...) que par la diversité de son exercice professionnel (officine, hôpital, biologie, industrie). De fait, le pharmacien est particulièrement préparé à être un acteur majeur de santé publique et que la pharmacie constitue déjà un véritable service de santé public de la santé⁵⁸. D'après l'étude de O'Loughlin et Hunter, le rôle des pharmaciens ne se limite pas strictement à l'unique distribution de produits médicamenteux, mais à un rôle beaucoup plus élargi « d'informateur » et de « conseiller » afin de faciliter et augmenter l'adhésion du patient face à la prise (et au respect) du traitement prescrit^{59,60}.

De part ses connaissances et sa proximité, le pharmacien a toujours été naturellement considéré comme un « *pilier de la santé publique* » ainsi qu'un « *éducateur naturel du public* ». Dans des pays comme l'Irlande, l'Angleterre, la Suède, le Danemark, etc..., l'information ou l'éducation pour la santé font « traditionnellement partie du rôle du pharmacien au sein de la communauté ». ⁵⁷ En Finlande par exemple, le Programme « Diabète » destiné aux pharmacies (DPP) est un programme qui complète le Programme de développement pour la prévention et la prise en charge du diabète (DEKHO). Le Programme DEKHO, organisé au plan national par l'Association finlandaise du Diabète, a pour but de répondre à l'accroissement de l'incidence du diabète de type II. Les pharmacies collaborent donc avec les autres dispensateurs de soins de santé et les groupes de patients pour établir les meilleures pratiques. Ce projet a pour but d'assurer une formation continue concernant le diabète dans les pharmacies, de dresser un rapport annuel et d'établir un système de suivi normalisé sur une base annuelle. Il vise également à promouvoir un traitement plus efficace pour le diabète de type II, en mettant l'accent sur la prévention de la maladie et en intégrant la prise en charge du diabète dans la pratique quotidienne des pharmaciens⁶¹.

2.3.1.4. Spécificité du pharmacien dans l' Education Thérapeutique

Patient

Le rôle éducatif du pharmacien ne peut être abordé de la même manière que celui des autres soignants. Dans les lieux de vie des patients, les pharmaciens jouent un rôle préventif important. Ils sont les plus consultés, voient les patients parfois plus souvent que les autres

soignants et notamment au moment de la délivrance des médicaments, moment privilégié pour l'information et l'éducation au bon usage⁶².

Premier référent de santé consulté et confident neutre, le pharmacien représente proximité, présence, permanence et disponibilité⁶⁷. Il semble nécessaire de mettre en avant que le pharmacien est le seul professionnel de santé de niveau bac⁺⁶ accessible à l'ensemble de la population sans rendez-vous tout au long de l'année et qui délivre des conseils personnalisés⁶³. Cette proximité avec le patient et ses compétences confèrent au pharmacien un rôle particulier dans la prévention ou encore le traitement des maladies chroniques. Son rôle s'effectue à plusieurs niveaux : intermédiaire entre les professionnels de santé et les patients, le pharmacien informe, explique ou clarifie des propos mal interprétés ; place d'intermédiaire entre les pouvoirs publics et la société, il prodigue des conseils de prévention et de dépistage; enfin il représente, avant le SAMU ou les urgences, le premier recours aux soins⁶⁷. Cette proximité et accessibilité constituent d'ailleurs un potentiel face à la pénurie démographique médicale.

L'ETP consiste actuellement, dans le cadre de l'officine, à expliquer les prescriptions et les posologies des médicaments, à promouvoir le bon usage des médicaments et produits pharmaceutiques, à expliquer et informer sur la maladie et les traitements, soutenir et accompagner humainement le patient, et enfin intervenir dans la gestion des crises. Le pharmacien est reconnu comme un conseiller de référence pour l'usage des médicaments. Il établit une passerelle entre des savoirs et leurs applications dans des gestes et des comportements quotidiens⁶⁷. Il est amené dans son activité quotidienne à effectuer :

• des actions d'évaluation pharmaceutique :

- vérifier la prescription avant de l'honorer ;
- évaluer l'attitude du patient vis-à-vis du traitement notamment par une évaluation de son observance et de ses représentations des médicaments car ceci permet d'orienter les propos du pharmacien pour aboutir à une meilleure observance des patients⁶⁴ ;
- notifier les effets indésirables dans le cadre de la Pharmacovigilance⁶⁵ ;
- orienter le patient si besoin vers un professionnel de santé complémentaire⁶⁵.

• des apports de connaissances :

- écouter les patients et répondre à toute question relative aux médicaments ;
- dispenser des conseils sur la prise des médicaments et aider les patients à intégrer leur traitement au quotidien afin de participer à l'amélioration de l'observance ;

Approche bibliographique du suivi éducatif à l'officine

- superviser l'apprentissage des outils de surveillances (tensiomètre, lecteur de glycémie,...) et des formes et dispositifs médicaux (patchs, stylos à insuline, sprays aérosols...) dans le but d'obtenir une autonomie du patient⁶⁷ ;
- apporter des notions suffisantes sur la pathologie et le rôle de chaque médicament ;
- apporter des notions nécessaires sur l'adaptation de la prise de médicaments quelles que soient les circonstances sur les signes d'alertes et les moyens de réagir⁶⁷.

• des aides à la prise de décision :

- négocier avec la personne des actions possibles pour améliorer son état dans son contexte de vie (ex : arrêt du tabac dans le cas de l'asthme ou de l'insuffisance cardiaque).

Le patient reste le principal « gérant » de l'administration de son traitement, l'efficacité de ce dernier dépend alors de sa participation active⁶⁶.

2.3.1.5. Pharmacien, collaborateur dans un « projet thérapeutique »

Les actions éducatives propres au pharmacien ne peuvent s'élaborer que dans la conscience d'appartenir et de collaborer à un réseau pluridisciplinaire et synergique, centré sur le patient et constitué de professionnels de santé et de personnes proches de ce dernier⁶⁷.

Le pharmacien vient ainsi renforcer et étendre l'éducation du patient initiée par le médecin, évaluer ses connaissances et clarifier ses doutes, afin d'assurer l'observance du traitement. Le pharmacien joue alors un rôle clé, aux côtés du médecin, pour donner progressivement à la prescription médicale une allure de « projet ». Cette notion de « projet thérapeutique » est centrale dans la construction d'une adhésion du malade à son traitement.

Respectant l'idée d'un projet thérapeutique, le pharmacien doit alors clairement se présenter comme un partenaire compétent et compréhensif de la personne au seuil de cette nouvelle vie⁶⁷. Le pharmacien abordera de nouveau le diagnostic et les traitements, dans la perspective d'un ajout ou de la répétition d'informations scientifiques et médicales, mais aussi pour offrir une écoute compréhensive, pour entendre les mots et les termes utilisés par le patient, ainsi que son ressenti immédiat. Dans ce sens, le pharmacien se plaçant du côté du traitement (le médecin du côté de la maladie), peut apporter un éclairage différent et particulièrement dynamisant⁶⁷.

Le pharmacien représente également un excellent intermédiaire pour repérer le niveau d'adhésion au traitement et le stade d'acceptation de celui-ci (et donc de sa maladie)⁶⁰, les

changements de mode de vie, les nouvelles pathologies, les altérations de l'état général qui pourraient nécessiter une adaptation du traitement par le médecin (posologie, etc.)⁶⁷.

Ainsi, lors de pathologie chronique, le pharmacien représente un interlocuteur privilégié et joue un rôle d'accompagnateur et de soutien tout en veillant à ne pas se substituer aux autres professionnels de santé.

2.3.2. Les autres acteurs de santé

Tous les professionnels impliqués dans la prise en charge des maladies chroniques doivent pouvoir participer au projet d'éducation thérapeutique :

- **les soignants** (médecins, infirmiers, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, diététiciens, podologues, dentistes, etc.). Ces derniers doivent être formés à dispenser une éducation thérapeutique.
- **les non soignants** (patients, travailleurs sociaux, association de patients)⁵¹.

Chaque éducateur, avec ses spécificités liées à sa profession, est chargé de faciliter l'implication du patient dans sa maladie, en lui donnant les moyens de devenir lui-même acteur de son ETP⁶¹.

2.4. Les participants

Les pathologies en cause sont souvent asymptomatiques en dehors de leurs manifestations initiales, mais elles nécessitent au quotidien de la part des patients une adhésion étroite aux diverses modalités du traitement et de la surveillance (prise de médicaments, suivi de régime, auto-surveillance de paramètres biologiques, etc.) afin d'éviter la survenue de complications⁶⁸.

Selon la DGS les patients sont répartis en trois classes, correspondant à des besoins de prises en charge différents⁶⁹. Cette répartition en trois classes mérite probablement des adaptations en fonction de la pathologie.

- **la classe 1** correspond aux patients stabilisés, ne nécessitant pas un traitement trop lourd de leur maladie. Leur prise en charge vise à leur permettre d'acquérir une connaissance de la maladie, une formation à la nutrition, à une hygiène de vie, une information aux droits du patient en rapport à leur pathologie. L'éducation a pour objectif de rendre le patient

acteur dans la surveillance de sa pathologie ;

- **la classe 2** est représentée par des patients ayant des besoins spécifiques qui complexifient l'éducation thérapeutique, le contenu de l'éducation doit alors être différencié ;

- **la classe 3** est constituée de patients présentant un déséquilibre marqué de la maladie, une décompensation, de découverte de la maladie, ou des complications liées à une non observance des recommandations formulées, ou survenant malgré le suivi des préconisations antérieures⁶⁹.

2.5. Structures et organisation de l'éducation thérapeutique du patient

L'ETP est un processus par étapes intégré dans la démarche de soins, à l'intention du patient et/ou de son entourage⁷⁰.

Tout le monde s'accorde sur la nécessité de mettre l'éducation thérapeutique à portée de tous les patients et de tous les professionnels de santé volontaires. Il est souhaitable que son développement soit équitable notamment entre le secteur ambulatoire et hôpital avec si possible un partage des moyens⁵¹.

Les promoteurs sont quant à eux les organisateurs des programmes d'ETP. Ils cadrent et organisent toute activité liée à l'ETP. Plusieurs promoteurs existent :

- **les structures hospitalières** : des services ou des unités transversales. Elles portent le nom d'Unité de Prévention et d'Education (UPE), ou de Comité Hospitalier d'Education pour la Santé et de Prévention (CHESP). Ces structures existent déjà dans quelques hôpitaux français.
- **les réseaux**, définis comme une coordination formalisée, sur un terrain donné, de professionnels de santé et/ou de tous les intervenants sur le parcours d'un patient dans le cadre de sa prise en charge médico-sociale ou de coopération de ces mêmes professionnels autour du patient⁷¹, afin de :
 - établir des objectifs communs et concrets, orientés vers l'amélioration de la prise en charge du patient ;

- optimiser l'accès aux soins de l'ensemble de la population ciblée ;
- accroître la compétence individuelle et collective des intervenants et des partenaires du réseau ;
- être un lieu d'observation et d'évaluation de santé publique (par exemple pour dépister et mieux comprendre) ;
- faciliter et simplifier la pratique quotidienne de chaque intervenant.

Les objectifs des réseaux visent donc l'accès aux soins, la coordination, la continuité, l'interdisciplinarité des prises en charge, l'éducation à la santé, la prévention, le diagnostic et le soin. Ces nombreux objectifs montrent la globalité attendue du dispositif⁷².

Plusieurs types de réseaux de santé sont formés, selon leur orientation vers la médecine libérale ou la médecine hospitalière. On parle ainsi de réseaux ville-hôpital, de réseaux inter hospitaliers ou de réseaux de soins libéraux⁶¹.

D'autres structures existent également : les associations de patients ; les associations de santé ; les maisons de santé ; et les institutions.

2.6. Compétences attendues en Education Thérapeutique

2.6.1. Compétences attendues des éducateurs

Le professionnel de santé doit organiser les soins autour du patient, c'est-à-dire adopter une approche centrée sur ce dernier. Il doit « *rentrer dans le monde du patient et voir la maladie par ses yeux* ». Pour cela, il doit tout d'abord analyser les notions que l'apprenant possède avant de débiter une quelconque information puis savoir « *accepter le savoir provisoire de l'apprenant afin de commencer à négocier avec lui un sens nouveau* »⁷³.

L'ETP doit donc être menée comme un véritable apprentissage en continu de la maladie et du traitement en facilitant l'accès aux connaissances par le patient.⁶⁷

La Figure 7 illustre les compétences attendues des soignants en ETP



Figure 7 : Compétences attendues des soignants en éducation thérapeutique du patient⁷⁴

2.6.2. Compétences attendues du patient

Le patient doit devenir, au cours de cette formation un véritable « acteur de sa santé ». Pour cela, il doit tout d'abord acquérir les connaissances intellectuelles (SAVOIR) nécessaires à la compréhension de sa maladie et de son traitement puis acquérir également des compétences ou connaissances gestuelles (SAVOIR-FAIRE) qui lui permettront de gérer au quotidien sa maladie et enfin d'apprendre à maîtriser ou communiquer avec autrui (SAVOIR-ETRE) tout événement

imprévu⁷⁵. Finalement pour être efficace, l'ETP doit impliquer le patient dans la démarche éducative d'optimisation thérapeutique.⁷⁶

En février 2002, les groupes Nomenclature de la Caisse Nationale Assurance Maladie des Travailleurs sociaux (CNAMTS), du Pôle d'Expertise et de Référence National des Nomenclatures de Santé (PERNNS), et de la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins (DHOS) ont proposé une typologie descriptive de l'activité d'ETP en groupe, dans le cadre de la prise en charge de l'asthme et du diabète.

Deux axes sont mis en avant⁷⁷ :

- Le premier axe décrit les compétences à acquérir par le patient au cours du programme éducatif, la durée moyenne nécessaire à l'acquisition d'une compétence, et la qualité des intervenants. Cet axe insiste sur le fait que l'acquisition d'une compétence doit se faire de manière progressive, sur plusieurs sessions et que les modalités de planification sont variables et dépendantes du patient. Plusieurs compétences à acquérir sont citées :
 - **intelligibilité de soi et de sa maladie**, afin de permettre au patient de comprendre l'origine de sa maladie, son évolution, ses complications, les principes et la logique du traitement, les conséquences du traitement sur la maladie ;
 - **maîtrise des gestes techniques d'auto surveillance et d'auto traitement** ;
 - **compétence d'auto-diagnostic**, le patient devant être capable de connaître et reconnaître des prodromes et d'analyser des situations ;
 - **compétence d'auto-gestion d'une crise**, le patient devant connaître et savoir appliquer un protocole d'urgence en situation critique ;
 - **compétence d'adaptation de son cadre et de son mode de vie à la maladie**, le patient étant ici amené à réaménager sa vie, son environnement, adapter son traitement à son mode de vie dans la perspective de parvenir à un équilibre entre sa vie et le contrôle de sa maladie ;
 - **compétence d'auto-adaptation** à une modification des conditions de vie, à l'évolution des thérapeutiques ; le patient doit gérer les changements, intégrer les nouveaux traitements ;
 - **utilisation des ressources d'aide et d'accompagnement du système de soins et de la société** ; cette compétence à dimension sociale permet au patient de savoir rechercher l'information utile, connaître les associations de malades, etc.

- Le second axe fait mention des circonstances de recours à une éducation thérapeutique. Il y est souligné l'importance d'inscrire cette éducation dans le long terme et la nécessité de répéter les programmes éducatifs à l'occasion d'évènements favorables. Trois grandes occasions ont été décrites⁷⁷ :

- **la prise en charge initiale**, intervenant dans la première année suivant le diagnostic de la maladie est destiné à faciliter l'acquisition par le patient des huit compétences décrites précédemment ;
- **le suivi éducatif**, réalisé dans l'année qui suit une éducation initiale dont les objectifs ont été acquis. Il permet de maintenir, d'améliorer et d'actualiser les compétences déjà acquises ;
- **la reprise éducative**, entreprise lorsque des compétences n'ont pas été acquises, ou bien lors d'une complication. Elle permet alors d'acquérir ou de réacquérir des compétences.

Le second axe est résumé dans la figure ci-dessous :

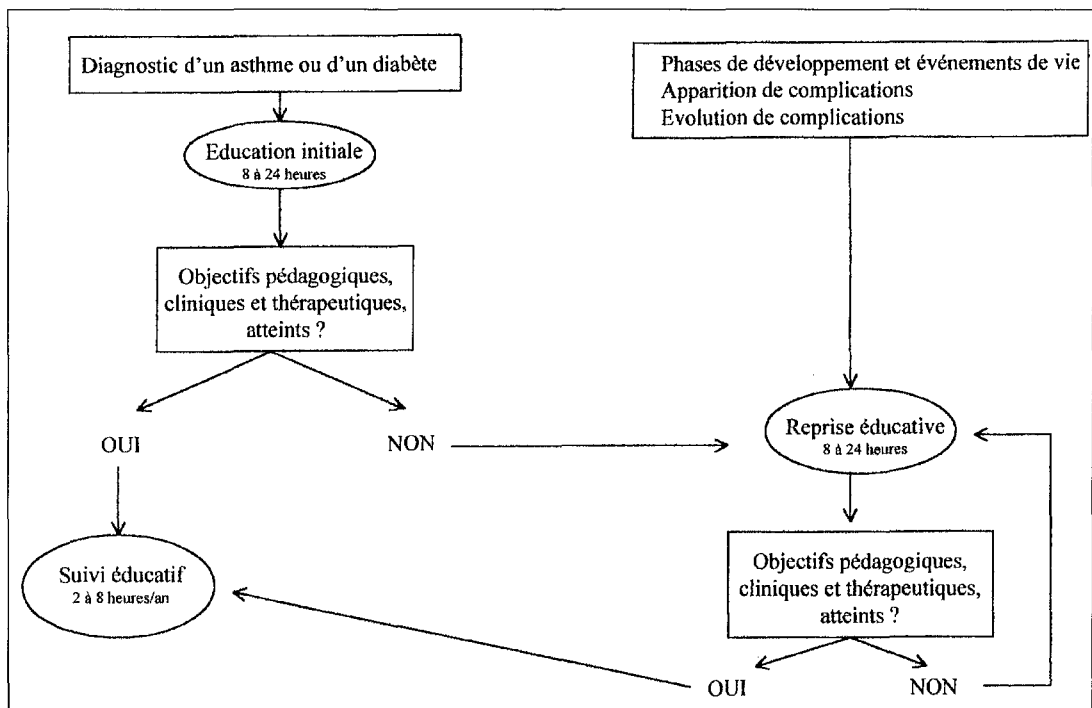


Figure 8 : Le second axe de l'éducation thérapeutique, d'après la CNAMTS, DHOS et PERNNS⁷⁷

2.7. Les étapes d'une démarche éducative

La démarche d'éducation nécessite des informations et des méthodes pédagogiques afin d'apporter au patient des outils, des connaissances et des compétences pour gérer sa pathologie au quotidien. Les techniques d'échanges sont diverses et peuvent être utilisées tour à tour en fonction des besoins (écoute active, échanges interactifs, supports pédagogiques divers).

2.7.1. Les techniques de communication

Le suivi éducatif doit reposer sur des techniques de communication appropriées et la création de conditions de dialogue permettant de mettre en place une relation de confiance :

- **l'écoute active** : avoir une attitude encourageante, non culpabilisante, faire preuve d'empathie, être attentif au langage verbal et non verbal, être intéressé et encourageant ;
- l'utilisation pertinente de **questions ouvertes** ;
- **la reformulation** pour confirmer la compréhension et l'adaptation entre l'éducateur et la personne éduquée ;
- **la reformulation par la personne** des explications fournies par le soignant permet d'en mesurer la compréhension et l'adaptation entre l'éducateur et la personne éduquée ;
- **l'aptitude à donner à la personne le rôle de décideur**. Le patient doit participer aux décisions qui l'affectent, s'engager davantage dans son traitement afin de faciliter l'accès à son autonomie ;
- **l'aptitude à faire face aux émotions des personnes**, en utilisant l'empathie et la rétroaction (analyser et tenir compte des réactions des personnes). Cette activité requiert de la part de l'éducateur des aptitudes relationnelles et des compétences de communication⁷⁸.

Les questions ouvertes sont privilégiées car elles offrent plus de possibilités. Ces questions favorisent le dialogue pédagogique et donnent une perception personnalisée des patients, non seulement de ce qu'ils savent, mais aussi de certaines caractéristiques de leur histoire et de leur personnalité (exemple : « *Pouvez-vous raconter dans quelles circonstances votre diabète a été découvert ?* »)³⁶

La façon dont l'information (voire la formation) est dispensée au patient ne tient pas forcément compte de ses attentes⁷⁹. En effet, le professionnel de santé se positionne le plus souvent par rapport à un référentiel scientifique professionnel spécifique, sans systématiquement s'enquérir des attentes, des motivations et de la rationalité du patient. Le formateur doit amener les formés à décrire leurs situations, puis à les analyser, puis à les problématiser⁸⁰.

2.7.2. Le dossier patient

Face aux impératifs d'amélioration de la qualité et de l'efficacité économique du système de soins, le dossier patient se révélerait être le pivot de ces échanges.

2.7.2.1. Définition du dossier patient

Créé à l'occasion du premier contact avec le patient, il s'enrichit par la suite de la trace des interventions des différents professionnels de santé. Il constitue un lieu de recueil et de conservation des informations administratives, médicales et paramédicales propres au patient formalisées et actualisées⁸¹.

L'ANAES précise dans un rapport de 2003, les critères devant être contenus dans le dossier patient. Ainsi, les données administratives doivent renseigner le nom, prénom, date et lieu de naissance, adresse, numéro de téléphone, situation professionnelle et profession du patient et situation familiale⁸².

Les données médicales et paramédicales comportent quant à elles, des informations comme les coordonnées du médecin traitant, mais également des informations de natures diverses, telles que :

- les informations médicales antérieures à la consultation actuelle (identité, anamnèse, allergies, antécédents, traitements, etc.) ;
- les informations relatives à la personne et à ses habitudes de vie ;
- les prescriptions en cours, les examens biologiques pratiqués, etc⁸¹.

La liste de tous les critères⁸² est répertoriée en Annexe 2.

Ce dossier, à la fois personnel et confidentiel, permet un meilleur suivi thérapeutique non seulement au sein de l'équipe pharmaceutique mais aussi avec les différents professionnels de santé qui constituent le réseau de soins (médecins, pharmaciens et infirmiers hospitaliers avec ceux exerçant en ville)⁸³.

2.7.2.2. Objectifs du dossier patient

Le dossier patient a pour objectif de :

Approche bibliographique du suivi éducatif à l'officine

- permettre la traçabilité de tous les actes pour les professionnels de santé ;
- réduire les accidents iatrogènes et les examens redondants afin de diminuer les coûts inutiles par l'implication dans cette démarche des professionnels de santé et des patients eux-mêmes⁸¹ ;
- récupérer des données épidémiologiques ;
- à plus long terme, favoriser une meilleure gestion des alertes sanitaires.

2.7.3. Le Dossier Médical Personnel

A l'heure actuelle, chaque professionnel de santé tient à jour pour chaque patient un dossier médical. Ce dossier comprend les informations spécifiques à la prise en charge de ce dernier. De ce fait, plusieurs dossiers distincts co-existent pour un même malade, dispersés en divers lieux.

Dans les jours à venir, ces différentes données pourront être regroupées dans un seul et même dossier, le Dossier Médical Personnel (DMP). Ces informations émaneront de tous les professionnels de santé impliqués dans la prise en charge du patient.

«Le dossier médical personnel, en cours de conception en France, constitue une opportunité historique pour la profession », soulignait le président du Conseil national de l'Ordre, Monsieur Jean Parrot dans l'éditorial d'Octobre 2005 des Nouvelles Pharmaceutiques.

2.7.3.1. Définition du Dossier médical personnel

Selon la loi 2004-810 (Article L161-36-1 et suivants)⁸⁴ portant sur la réforme de l'Assurance Maladie du 13 Août 2004, le dossier médical personnel est un *« ensemble des données recueillies ou produites à l'occasion des activités de prévention, de diagnostic ou de soins, notamment des informations qui permettent le suivi des actes et prestations de soins »*.

Ce dossier médical informatisé et sécurisé, accompagne le patient tout au long de sa vie. Il possède une portée nationale et pourra ainsi être consulté par l'ensemble des professionnels de santé, quelle que soit leur localisation géographique, et toujours sous le contrôle du patient.

Expérimentation du Dossier Médical Personnel

Selon la loi d'août 2004, le DMP devra être disponible pour tous les bénéficiaires de l'assurance maladie en juillet 2007. Afin d'en établir les éléments principaux et efficaces, une

phase d'expérimentation effectuée sur 30 000 DMP (débutée en juin 2006 et qui s'achèvera en décembre 2006), permettra de valider avec l'ensemble des acteurs concernés, les éléments indispensables à la réussite de ce dispositif. Son évaluation aura lieu en parallèle⁸⁵.

A la fin de l'expérimentation, le Groupement d'Intérêt Public (GIP), regroupant l'État (Ministère de la Santé), l'Assurance-Maladie (CNAMTS), la Caisse des dépôts et consignations (CDC) et s'intitulant « *groupement de préfiguration du dossier médical personnel* » ou GIP-DMP, établira un cahier des charges opérationnel pour la généralisation de la mise en œuvre du DMP⁸⁵.

Cette phase d'expérimentation d'une durée de 5 mois, conduite sur la base du volontariat des patients et des professionnels de santé doit permettre l'ouverture de 30.000 dossiers sur une quinzaine de sites pilotes, à travers toute la France.

Evaluation de la phase d'expérimentation

De cette expérimentation seront évalués divers critères⁸⁵, tels que :

- Des éléments organisationnels du DMP :

- pratiques d'usage du DMP, par les professionnels de santé et par les patients (conditions d'acceptation et d'appropriation du DMP) ;
- impact du DMP sur les relations entre les professionnels de santé et sur les relations entre professionnels de santé et patients ;
- méthodes de déploiement national, etc.

- Des éléments fonctionnels :

- mode d'identification du patient ;
- moyens d'accès pour les professionnels de santé ;
- gestion des droits des professionnels de santé et des patients ;
- contenu et types de documents partagés par les professionnels de santé.

- Des éléments techniques, comprenant la sécurité et la confidentialité des données.

Au début de l'année 2007, la publication d'un décret d'application du DMP sera effectuée après l'étude de tous ces critères.

2.7.3.2. Objectifs du Dossier Médical Personnalisé

Le DMP permettra d'éviter la prescription de traitements ou de médicaments incompatibles avec l'état de santé ou avec un autre traitement en cours, ou encore la prescription d'un examen que le patient aurait déjà réalisé. Il va ainsi contribuer à une meilleure information des différents acteurs de santé qui pourront y avoir accès de façon aisée. Ce dispositif permettra alors au patient de bénéficier d'un suivi mieux coordonné et d'une sécurité diagnostique et thérapeutique renforcée⁸⁶. Il tendra donc à réduire les actes redondants et les interactions médicamenteuses qui peuvent lui être préjudiciables⁸⁶. Ainsi, grâce au DMP, le risque d'éventuelles erreurs ou d'omissions tente d'être minoré

Il comporte également un volet destiné à la prévention. Le patient sera amené à progresser dans la connaissance et la compréhension de sa santé, le DMP jouant par conséquent un rôle pédagogique important pour l'aider à devenir un acteur responsable de sa propre santé⁸⁶.

Le DMP est donc conçu comme un facteur de progrès pour une meilleure prise en charge du patient⁸⁷.

Il n'a pas vocation à se substituer au dossier métier des professionnels de santé, ni au dossier médical partagé des établissements de santé, ou des réseaux de soins dont les objectifs sont différents⁸⁷. En effet, dans les dossiers de réseaux, l'information est partagée entre les membres du réseau qui se connaissent et sans nécessairement l'accord préalable du patient. A l'inverse, dans le DMP l'information est partagée entre des professionnels de santé qui ne se connaissent pas nécessairement entre eux, mais à chacun desquels le patient a donné des droits d'accès.

Un des objectifs est donc d'améliorer la communication des informations de santé, sous le contrôle du patient concerné, notamment pour ce qui concerne la confidentialité et conformément aux droits des patients dans le domaine des données personnelles de santé (Loi du 4 mars 2002: Article L1111-7 du Code de la Santé Publique).

Il a également pour vocation de favoriser la coordination, la qualité et la continuité des soins, sous le contrôle du patient⁸⁷.

La lutte contre l'iatrogénie médicamenteuse est l'un des enjeux du DMP, dont une part est évitable, liée à des mauvaises pratiques, au non-respect des référentiels, voire à un surdosage accidentel. C'est dans ce domaine que le DMP pourra permettre de réduire d'éventuelles

conséquences nocives pour les patients, grâce à une meilleure information des professionnels de santé.

Les anticoagulants oraux (AVK) en sont un exemple concret. Ainsi, le spécialiste prescrit, le biologiste fait les analyses ou le pharmacien délivre les médicaments ; tous doivent disposer de la même information pour assurer un suivi de qualité⁸⁸. De même, à l'occasion du séjour d'un patient, les professionnels de santé habilités des établissements de santé reporteront sur le dossier médical personnel les principaux éléments résumés relatifs à ce séjour.

De plus, afin d'éviter des contre-indications majeures dans leur conseil, la proposition est faite qu'une quinzaine de pathologies puissent être portées à la connaissance des officinaux (glaucome à angle fermé, asthme...)⁸⁹. Au comptoir, en effet, le questionnement du patient ne permet pas toujours de renseigner au mieux l'équipe officinale.

Enfin, lorsque les codes intégreront les numéros de lot et les dates de péremption, la traçabilité des médicaments pourra aller jusqu'au patient avec possibilité de rappel personnalisé en cas d'urgence ou de retrait du marché d'un médicament.

Le DMP permettra aussi aux médecins de savoir si leurs patients sont allés chercher leurs médicaments, ce qui les renseignera sur leur observance et s'il y a eu substitution de leurs ordonnances⁸⁹.

2.7.3.3. Le bénéficiaire

Le DMP s'adresse à chaque bénéficiaire de l'assurance maladie quelque soit son âge (Article L. 161-36-1 du code de la Sécurité Sociale)⁸⁷ et qui en exprimera la demande.

2.7.3.4. Les droits du bénéficiaire

Le patient aura un droit de regard sur son DMP qu'il pourra consulter lorsqu'il le désire. Ainsi, chaque professionnel consulté et participant à l'expérimentation, connaîtra immédiatement les éléments importants du parcours de santé de son patient, évitant de lui poser des questions auxquelles il aura déjà répondu.

Le patient pourra également apporter lui-même au DMP des informations médicales qui lui semblent importantes et qui n'auraient pas été inscrites par un professionnel de santé ; un cadre spécifique est prévu à cet effet⁹⁰.

2.7.3.5. Les professionnels de santé

Tous les professionnels de santé sont concernés par le dossier médical personnel. L'accès au DMP est cependant interdit aux médecins des compagnies d'assurances et aux médecins du travail selon l'article L161-36-3 du Code de la Sécurité Sociale⁸⁷.

Ainsi, les professionnels de santé exerçant en ville ou en établissement de soins, les médecins traitants ou spécialistes et les professionnels de santé non médecins comme les officinaux, les plateaux techniques privés comprenant les laboratoires d'analyses et les services de radiologie pourront avoir accès à ces données.

2.7.3.6. Accès aux données

Les professionnels de santé qui auront été autorisés par le patient pourront introduire et consulter les données médicales utiles au diagnostic et à la conduite de la santé de leur patient.

Un tableau croisé, présentant les conditions d'accès aux différentes catégories d'informations médicales selon la profession ou la discipline, a été établi par les membres du comité d'orientation du GIP-DMP, il est répertorié en Annexe 3.

2.7.3.7. Contenu du DMP

Les données contenues dans le DMP seront de tout ordre (Annexe 4). Ce dernier contiendra des informations provenant des professionnels et établissements de santé participant à l'expérimentation et que le patient aura lui-même désigné : hôpitaux, médecins de ville, pharmaciens, laboratoires d'analyses médicales...

Selon la loi du 13 août 2004, « *chaque professionnel de santé, exerçant en ville ou en établissement de santé, quelque soit son mode d'exercice, reporte dans le dossier médical personnel, à l'occasion de chaque acte de consultation, les éléments diagnostiques et thérapeutiques nécessaires à la coordination des soins de la personne prise en charge* ». Ainsi avec l'accord formel du patient, le DMP comprendra donc les comptes-rendus et prescriptions de médecins, la liste des médicaments qui lui ont été délivrés, les comptes-rendus de radiologie, les comptes-rendus d'analyses médicales, et les lettres de sortie d'hôpital.

Afin de renforcer et mettre en valeur la contribution des pharmaciens au développement du DMP, l'Ordre national des pharmaciens a lancé le projet du Dossier Pharmaceutique (DP) qui a pour objectif de réunir en une base de données les médicaments (prescrits ou non) délivrés à l'officine. Ce dernier pourra être consulté seulement par le pharmacien, en présence du patient. Le

DP tel qu'il va être testé dans 13 régions de France en juin 2006 est à distinguer du DMP. Le DP sera le volet médicament du DMP, outils de sécurisation de la dispensation, il permettra le partage d'information sur les médicaments délivrés pour chaque patient dans toutes les officines⁹¹.



Le projet du DP vise ainsi à répondre à deux enjeux : sécuriser la dispensation, et alimenter le volet médicament du DMP⁹².

2.7.4. Le diagnostic éducatif

2.7.4.1. Définition du diagnostic éducatif

Le diagnostic éducatif est la première étape de la démarche d'éducation qui permet d'appréhender différents aspects de la vie et de la personnalité du patient, d'identifier ses besoins, d'évaluer ses potentialités, de prendre en compte ses demandes et ses projets dans le but de proposer un programme d'éducation personnalisé⁹³. Tous ces éléments trouvent leur place naturellement dans le dossier médical⁹⁴. L'entretien comporte plusieurs séquences de questionnement permettant d'explorer les différentes dimensions pertinentes par rapport à l'éducation du patient. Par la stratégie de questionnement, l'éducateur distingue ainsi chez le patient ce qui relève du dire ou du faire⁹⁵. Il s'agit également d'amener le patient à une réflexion sur ses actes, sa pensée pour l'aider à prendre conscience de ce qu'il sait et de l'aider à faire des liens qui prennent sens pour lui. Le type de questionnement revêt donc une importance considérable⁹⁶.

Il s'avère être une étape-clé dans la relation entre le professionnel de santé et le patient. En effet, il permet au patient de disposer d'une écoute compréhensive par un professionnel de santé compétent et d'établir une relation de confiance entre le patient et le professionnel de santé.

Le diagnostic éducatif est évolutif et progressif. Il s'avère difficilement établi lors d'un seul entretien car certaines informations ne seront obtenues qu'après l'instauration d'un climat de confiance, plus ou moins long à mettre en place et d'autres informations ne seront jamais obtenues du fait du libre arbitre du patient de ne pas les confier au soignant⁹⁷.

2.7.4.2. Recueil d'informations

Le diagnostic éducatif repose sur une série d'entretiens individuels et structurés, au début de l'éducation et dans son continuum, au cours desquelles sont recueillies des informations non limitatives concernant le patient, son comportement et son environnement^{93,98}. Ces entretiens peuvent s'effectuer en tête-à-tête, mais l'expérience montre qu'il peut être réalisé dans le même temps par plusieurs professionnels de santé⁹³. Au cours des entretiens, les éducateurs peuvent s'aider d'un questionnaire préétabli. Il s'agit plutôt d'un guide d'entretien que d'un formulaire d'enquête, le but étant de permettre une discussion ouverte et confiante⁹³.

Le patient est ainsi amené à exprimer avec ses mots, son ressenti face à la maladie. A ce stade, le professionnel de santé doit pouvoir estimer rapidement les enjeux spécifiques, les compétences à acquérir et la stratégie des rendez vous éducatifs. Les compétences devant être acquises par le patient doivent être hiérarchisées par ordre d'importance et d'acceptation par le patient⁹⁴.

Cette démarche est différente de l'information orale ou écrite délivrée comme une transmission « classique » médecin patient, dont les limites sont mises en évidence par les échecs trop fréquents d'une prise en charge traditionnelle⁹⁹.

2.7.4.3. Modèle opératoire

Selon l'approche pédagogique de Gagnayre et D'Ivernois⁹³, le diagnostic d'éducation doit permettre de répondre à 5 questions concernant le patient.

- *Qu'est-ce qu'il (elle) a ?* c'est l'aspect biomédical : évaluer la gravité de la maladie, son évolution. Faire le point sur le traitement prescrit. Identifier d'autres problèmes de santé. S'assurer aussi que le patient ne considère pas d'autres problèmes de santé plus importants que la maladie pour laquelle il doit être éduqué ;
- *Qu'est-ce qu'il (elle) fait ?* c'est l'aspect socioprofessionnel : Quelles sont ses conditions de vie ? Quel est son environnement ? Préciser les capacités du patient à résoudre seul ses problèmes ;

- *Qu'est-ce qu'il (elle) sait ?* c'est l'aspect cognitif : que sait-il de sa maladie ? Comment se la représente-t-il ? Que croit-il ? Cette partie permet d'identifier les représentations erronées attribuables à une logique propre au patient ou des connaissances médicales qui étaient vraies autrefois mais ne le sont plus aujourd'hui ;
- *Qui est-il (elle) ?* c'est l'aspect psychoaffectif : Comment vit-il sa maladie ? Pour les patients dont les mécanismes de répression sont particulièrement forts, qui étouffent leur imaginaire et leurs affects, qui intériorisent tout, mettant constamment une barrière entre eux et leurs sentiments, il est indéniable que le programme d'éducation pourrait les amener à verbaliser ou à extérioriser leurs sentiments¹⁰⁰ ;
- *Quel est son projet ?* Formulé par le patient ou proposé par le soignant, le projet va constituer la source de motivation du patient.

La réalisation du diagnostic éducatif peut se présenter selon 6 étapes¹⁰¹, dont 3 descriptives de l'état du patient (santé perçue, santé objective et comportement effectif) et 3 potentiellement explicatives du comportement du patient et de son état de santé objectif et subjectif :

- **Description de l'état de santé du patient :**

- **Evaluation de la santé subjective du patient :** perception du malade à l'égard de sa maladie.
- **Evaluation de la santé objective :** un bilan précis de la maladie du patient, en évaluant les facteurs étiologiques, l'ancienneté, ainsi que la gravité et l'évolution de la maladie est établi. Par ailleurs, il est important d'identifier d'autres problèmes de santé qui pourraient influencer sur la démarche éducative tel qu'un handicap visuel, d'ouïe, d'attention faible, une mobilité réduite, ou une fatigue excessive⁹³. Un point sur les divers traitements suivis par le patient doit être réalisé.
- **Evaluation des comportements du patient :** évaluation de l'observance thérapeutique et, le cas échéant, de la capacité du patient à résoudre seul des problèmes liés à sa maladie.

- **Recherche des facteurs explicatifs** du comportement et, ainsi, de la santé objective et perçue du patient :

- **Facteurs internes :** connaissances, attitudes, compréhension, acceptation de la maladie / du traitement par le patient. Le processus d'acceptation de la maladie est décrit en huit phases¹⁰² (Tableau IV).

Tableau IV : Comportements liés aux phases d'acceptation d'une maladie d'après Anne Lacroix¹⁰²

STADES	PATIENT	EXEMPLE	ATTITUDE ADÉQUATE
Choc	Surpris et/ou angoissé	« <i>Je ne réalise pas très bien</i> »	Soutien Aider le patient à se retrouver en privilégiant l'écoute, la reformulation
Dénégation	Détaché Banalise	« <i>Il y a des maladies plus graves...</i> »	Instaurer un climat de confiance Chercher en quoi le patient se sent menacé
Révolte	Agressif Revendicateur	« <i>C'est la faute de si...</i> »	Chercher l'objet de la révolte et ne pas s'y opposer
Marchandage	+/- collaborant Manipulateur	« <i>Je n'accepterai pas une 2^e injection</i> »	Négocier sur des points secondaires
Dépression	Triste Méditatif	« <i>Je réalise que je me suis servi de mon diabète pour...</i> »	Renforcer l'écoute active Respecter les larmes Susciter un projet d'avenir
Acceptation	Tranquille Collaborant	« <i>Je vis avec et non pas malgré mon diabète...</i> »	Renforcer la formation personnalisée du patient
Résignation	Passif Docile	« <i>Je m'en remets à vous, docteur...</i> »	Eviter de renforcer la résignation Mettre l'accent sur les comportements positifs du patient Fixer des objectifs modestes
Pseudo-acceptation	Refuse constamment de se sentir malade	<i>Je refuse d'être un handicapé ...</i> »	Aider le patient à renouer avec ses sentiments

- **Facteurs institutionnels** : ressources disponibles en termes de recours aux soins, compétences. Cette partie concerne l'organisation des soins, c'est-à-dire la capacité, la faculté, les moyens que le patient possède afin de s'organiser dans ses traitements, l'influence de son environnement social et médical ; les ressources disponibles et l'accessibilité aux soins. Exemple de questions posées :

- *Quelles difficultés rencontrez-vous lors de la prise de votre traitement ?*
- *A quel rythme pratiquez vous vos analyses biologique ?*
- *Quel type d'aide avez-vous ?*

- **Facteurs de renforcement** : dans cette partie est évalué le support social que peut avoir le patient de la part de sa famille, de ses proches, de ses collègues, et de l'équipe médicale. Quelle relation entretient-il avec les autres acteurs de santé et qui sont ces derniers ? Exemple de questions posées :

- *A quelle personne vous adressez-vous afin de surmonter un problème important ?*

Il s'agit ensuite de hiérarchiser ces informations, pour programmer les sujets des entretiens qui en découleront. Dès lors, il ne reste plus qu'à définir, si possible, avec le patient les objectifs éducationnels (ce qu'il doit acquérir, apprendre ou comprendre) et à les mettre en œuvre selon la méthode et les outils appropriés.

Il convient donc de procéder par étapes, en limitant le nombre d'objectifs, et en évaluant au fur et à mesure les attentes du patient⁹³.

2.7.5. Les objectifs pédagogiques de l'éducation thérapeutique

Le diagnostic éducatif permet de formuler des compétences que l'on assigne au patient et qu'il doit pouvoir maîtriser au terme des activités d'éducation. Les compétences que le patient devra atteindre constituent les objectifs pédagogiques du programme d'éducation⁹³. Les objectifs pédagogiques, pour remplir leur fonction, doivent répondre à plusieurs impératifs de qualité¹⁰³. Le patient doit comprendre qu'il s'agit d'une compétence qu'il doit mobiliser dans sa vie quotidienne. Les objectifs pédagogiques comprennent toujours un verbe d'action et un contenu précisant sur quoi porte l'action. L'objectif doit, en effet, pouvoir être observable et mesurable afin de vérifier que le patient est capable de le réaliser¹⁰⁴. Plus l'objectif est précis, meilleure sera sa compréhension par le patient et plus facile son évaluation⁹³.

Selon B. Bloom, on distingue 3 domaines de capacités, à partir desquelles on classe les objectifs pédagogiques¹⁰⁵ :

- Le domaine cognitif : connaissances, raisonnement, décision. Par exemple : être capable d'adapter ses doses d'insuline en fonction des résultats de la glycémie.
- Le domaine sensori-moteur : habiletés gestuelles. Par exemple : être capable de réaliser une auto surveillance glycémique.
- Le domaine psychoaffectif : attitudes. Par exemple : être capable de limiter son stress.

Cette classification a pour but de faciliter la démarche de l'éducateur.

Les objectifs pédagogiques doivent s'articuler autour de 2 qualités fondamentales : la pertinence (contenu adapté aux besoins du patient) et le réalisme (niveau de difficulté adapté à ses compétences). Pour être réalisables, ils doivent être peu nombreux, adaptés, hiérarchisés et progressifs⁹⁴.

2.7.6. Le contrat d'éducation

Le contrat d'éducation est un vrai projet de soin conçu avec le patient. Il permet de proposer une thérapeutique pertinente, valable sur le plan scientifique et adaptée au contexte de vie du patient et de ses projets. Il est garant de la faisabilité du traitement et nécessaire à l'adhésion thérapeutique⁹⁴.

De plus, le contrat d'éducation est négocié, puisqu'il s'agit d'un accord moral entre le patient et l'éducateur. Ceci implique que les moyens à mettre en œuvre (date et horaire des séances, méthodes pédagogiques, critères d'évaluation...) soient également discutés⁹³.

Le contrat peut ne pas être atteint dans sa totalité lors d'une première séquence d'éducation. Cela doit conduire l'éducateur à chercher à en comprendre les raisons : complexité excessive des objectifs, manque de réalisme ou de clarté des objectifs, durée de l'éducation trop courte, méthode pédagogique mal adaptée,..)⁹³.

Le contrat n'est pas figé et doit évoluer avec la demande du patient.

2.7.7. Planification de la démarche éducative

Les activités éducatives comportent des temps de sensibilisation, d'information orale ou écrite, d'apprentissage, de soutien psychologique. Tout dépend des objectifs éducatifs ; l'essentiel est l'interactivité : le patient doit être actif, l'écoute empathique, le langage simple, les messages clairs et positifs. Il faut valoriser le patient et insister sur ses points forts, sans jamais le culpabiliser⁹⁴.

Comme pour toute éducation, il n'existe pas une méthode pédagogique universelle pour l'éducation des patients. La pédagogie de la santé emprunte à la plupart des méthodes connues dans les différents secteurs de l'éducation, mais en crée aussi régulièrement de nouvelles¹⁰⁶. Le choix pédagogique est déterminé par cinq types de considérations⁴⁶. Diverses méthodes peuvent être choisies dans le cadre de l'ETP : la rencontre individuelle, en groupe, en présence du patient ou par correspondance (Internet, téléphone, etc.). La méthode pédagogique doit respecter les principes de l'apprentissage, en particulier les concepts de participation active, de droit à l'erreur, de rétro information, de progression à un rythme individuel, du respect du style d'apprentissage du patient. De plus, ces méthodes doivent être commodes, c'est à dire d'application aisée et d'emploi régulier⁹³.

2.7.8. Le suivi éducatif et la reprise éducative

Une éducation unique ne suffit pas à faire atteindre à un patient tous les objectifs d'apprentissage. Il faut concevoir l'éducation comme un processus continu, dynamique, au cours duquel chaque rencontre est un moment privilégié pour permettre au patient de poursuivre ses objectifs et réaliser avec lui un bilan de ses acquis. Dans le suivi éducatif, l'évaluation et l'éducation du patient sont donc intimement liées, puisqu'il s'agit en permanence d'effectuer des réajustements pour maintenir et améliorer sa maîtrise des objectifs, mais aussi lui apporter de nouvelles connaissances¹⁰⁷.

Ce qui guide principalement l'organisation du suivi est le niveau de «fonctionnement» du patient et la présence à des degrés divers de problèmes ou d'incidents⁹³.

La reprise éducative peut être déclenchée au décours d'un problème ou d'un incident rencontrés par le patient. Par exemple, il est possible d'intervenir lors d'un déséquilibre biologique, lors de pathologie intercurrente, lors de problèmes socio-professionnels ou familiaux.

Lors d'un suivi, plusieurs instruments d'évaluation (questions ouvertes, tests...) sont utilisables pour s'assurer de la bonne maîtrise des objectifs.

2.7.9. Les supports pédagogiques d'une éducation thérapeutique

Pour éduquer les patients, il est nécessaire de transmettre des informations précises, appropriées et complètes.

Le choix des outils pédagogiques est laissé à l'initiative de l'éducateur, qui prend en compte les capacités d'apprentissage, les connaissances, la motivation ainsi que les besoins des patients. Les outils pédagogiques les plus performants sont ceux que l'éducateur s'approprie parce qu'il les utilise souvent. Afin de le guider dans ses choix, l'INPES propose dans le « référentiel des critères de qualité des outils d'intervention en éducation pour la santé »¹⁰⁸, une liste de critères de qualité des outils en éducation pour la santé ; une sélection des critères essentiels requis ; et une déclinaison de ces critères de qualité en une grille d'analyse des outils. Ce référentiel peut être aussi bien utilisé par ceux qui produisent les outils que par ceux qui les utilisent pour mettre en œuvre des actions d'éducation pour la santé. Les critères énoncés dans ce référentiel sont résumés dans le tableau ci-dessous ;

Tableau V : Critères de qualité des outils d'intervention en éducation pour la santé d'après le « Référentiel des critères de qualité des outils d'intervention en éducation pour la santé »

Critères de qualité des outils d'intervention en éducation pour la santé

1. Critères de qualité du contenu	<p>Les sources utilisées sont identifiées.</p> <p>Les informations sont d'actualité.</p> <p>L'outil ne fait pas la promotion d'un produit ou d'une marque.</p> <p>Le contenu est objectif et nuancé.</p> <p>le contenu est acceptable au regard de l'éthique.</p> <p>Le contenu est pertinent par rapport au thème.</p> <p>Le contenu est pertinent par rapport aux objectifs annoncés.</p>
2. Critères de qualité pédagogique	<p>Les objectifs sont annoncés.</p> <p>L'émetteur du discours est facilement identifiable.</p> <p>Le discours du destinataire est pris en compte.</p> <p>L'outil évite la mise en échec des destinataires.</p>
Construction pédagogique	<p>Le niveau de difficulté est adapté au destinataire.</p>
Implication du destinataire	<p>Le destinataire est interpellé, rendu actif, mis en situation.</p> <p>Les connaissances et représentations préexistantes des destinataires sont prises en compte.</p>
Implication collective du destinataire	<p>L'outil propose des activités qui suscitent des interactions entre participants</p> <p>Le(s) sentiments suscité(s) par l'outil (crainte, malaise...) ne produit (sent) pas d'effet négatif.</p>
Ressorts utilisés par le concepteur de l'outil	<p>Les ressorts utilisés par le concepteur de l'outil sont tous en accord avec les valeurs de la promotion de la santé.</p> <p>Ces ressorts ne nuisent pas à l'implication des participants.</p>
3. Critères de qualité du support	<p>Le support choisi est pertinent par rapport au destinataire.</p> <p>Le support choisi est pertinent par rapport au sujet traité.</p> <p>Le support choisi est pertinent par rapport aux objectifs annoncés.</p> <p>Les consignes, règles, modalités d'utilisation sont claires.</p> <p>Il y a un guide d'utilisation.</p> <p>En cas d'absence de guide, ce n'est pas un manque.</p> <p>Le guide inclut la ou les méthodes pédagogiques.</p>
Pour le guide	<p>La navigation est aisée.</p>
Pour les cédéroms	<p>L'interactivité est réelle.</p>
4. Critères de qualité de la conception	<p>La conception de l'outil se base sur une analyse des besoins des destinataires.</p> <p>La conception de l'outil se base sur une analyse de la littérature.</p>
5. Critères de qualité - synthèse	<p>Il y a adéquation de l'outil avec les objectifs énoncés/ la raison d'être / le public visé.</p> <p>L'utilisation de l'outil est possible dans les conditions prévues par le concepteur.</p>

Il existe de nombreux supports pédagogiques : les meilleurs sont les plus simples, facilement appropriables (schémas, images,..) :

Ils participent étroitement à l'apprentissage. Ils captent l'attention, favorisent l'interaction, et améliorent la compréhension. Ils trouvent leur utilité pour :

- **le savoir** : livres illustrés, CD-ROM, posters, modèles réduits (bronches pour la physiopathologie, maison pour l'environnement, pied pour le diabète...), documents d'informations ;

- **le savoir-faire** : placebo, modèles réduits, objets à manipuler, jeux de société ;
- **le savoir être** : carnets de suivi (pour les AVK, pour la glycémie, du patient asthmatique)⁹⁹ et plans d'action illustrés.

2.7.10. Evaluation des interventions

Toute action d'éducation doit faire l'objet d'une évaluation. L'évaluation consiste à émettre un jugement de valeur porté sur une mesure (la plus objective possible) afin de prendre une décision pédagogique¹⁰⁹.

L'impact des interventions peut s'évaluer au travers de questionnaires, d'entretiens, d'autoévaluation à des moments adaptés du programme (au cours de chaque nouvelle séance et/ou à l'issue du programme). Plusieurs critères, adaptés à chaque programme peuvent être évalués en fonction de la stratégie développée, l'indicateur global étant l'évolution de la qualité de vie des patients :

- biologiques ou cliniques
- recours aux soins
- acquisition de connaissances
- acquisition de comportements ou d'aptitudes à réagir en situation
- modification de caractéristiques personnelles ou psychologiques
- modification de facteurs sociaux¹¹⁰

L'évaluation des objectifs nécessite de se reporter aux différents domaines et niveaux taxonomiques. Il existe pour chacun d'entre eux des instruments de mesures spécifiques⁹³.

2.7.10.1. Evaluation des compétences d'ordre intellectuel (domaine cognitif)

Elle concerne l'ensemble des avoirs acquis par le patient qu'il s'agisse de la mémorisation de connaissances ponctuelles, de l'interprétation de données (signes, symptômes, valeurs biologiques, situations cliniques), de la résolution de problèmes complexes et de décisions. Pour évaluer ces compétences, il est possible d'interroger oralement le patient, d'utiliser des questions de type vrai ou faux, d'avoir recours à des documents simulés (carnet de surveillance, résultats biologiques, menus, images...).

2.7.10.2. Evaluation des compétences d'ordre gestuelles et technique

Dans plusieurs maladies chroniques le patient doit réaliser des gestes d'auto-surveillance et d'auto-soin. C'est la raison pour laquelle l'évaluation des habitudes gestuelles revêt une grande importance, car des erreurs de technique répétées peuvent être à l'origine d'incidents plus ou moins graves. L'instrument adapté à l'évaluation des gestes est la grille d'observation. La commodité d'emploi de la grille doit être prise en considération. Une grille qui comporterait trop de critères de jugement est difficile à manier ; elle décourage les utilisateurs et est rapidement délaissée.

2.7.10.3. Evaluation des compétences d'ordre relationnel

La mesure de ces compétences s'effectue également par des grilles d'observation. Un patient diabétique par exemple, doit pouvoir être capable d'expliquer sa maladie à des tiers, de négocier des conditions de travail avec ses employeurs. Un patient asthmatique doit adopter des comportements d'évitement des situations asthmogènes, et le patient cardiaque doit réduire les contextes de stress. Tous doivent chercher à associer leur entourage à l'application des compétences qu'ils ont acquises par l'éducation.

2.7.10.4. Les questionnaires

Ils recueillent les renseignements pour établir un diagnostic éducatif et objectiver une évaluation (à partir de QCM, de questionnaires semi-ouverts, d'entretiens, ou de grilles spécifiques).

2.8. Les critères de qualité d'une éducation thérapeutique

L'ETP concerne prioritairement mais non exclusivement aujourd'hui, les maladies chroniques et associe les professionnels de santé exerçant en établissements de santé et en secteur ambulatoire. En effet, l'Union Régionale de la Caisse d'Assurance Maladie (URCAM) parle pour cela de « transversalité »¹¹¹. Par ce terme elle reconnaît que l'hôpital a un rôle clé dans la genèse d'une ETP qui doit à terme concerner l'ensemble du système de santé ; l'hôpital ne pouvant pas s'occuper de tous les patients. Les hôpitaux doivent donc s'ouvrir vers l'extérieur :

- l'ETP doit bénéficier aux patients suivis par des médecins libéraux ;
- des équipes mobiles composées en partie ou en totalité de professionnels libéraux intervenant à la demande à l'extérieur (centre médico-sociaux, cabinets médicaux de groupe, hôpital local ...) doivent être développées ;
- les structures d'éducation doivent donc travailler en partenariat avec des structures ambulatoires, des réseaux de santé, des associations de patients, d'autres hôpitaux.

2.9. Freins à la mise en place d'une démarche éducative

Pour améliorer l'ETP, il faut analyser les freins qui s'opposent aujourd'hui à sa mise en place. Ils consistent en :

- un manque d'information et de sensibilisation : beaucoup de généralistes ne s'y intéressent pas ou ne l'ont jamais abordée au cours de leurs études ou de leur vie professionnelle, ou tout simplement n'en voit pas l'intérêt ;
- un manque de formation et d'outils ;
- un manque de temps ;
- un manque de motivation ;
- une absence de financement spécifique ;
- des freins liés aux patients, en effet les patients sont parfois peu sensibilisés, passifs habitués à la médecine directive, à la complexité de la pathologie, à des difficultés de communication (langage, déficience intellectuelle...) ou bien refusent voire dénie leur maladie.

D'après le baromètre médecins/pharmacien de 2006²², les principaux freins à la mise en place d'une éducation thérapeutique ont été demandés aux deux professionnels de santé :

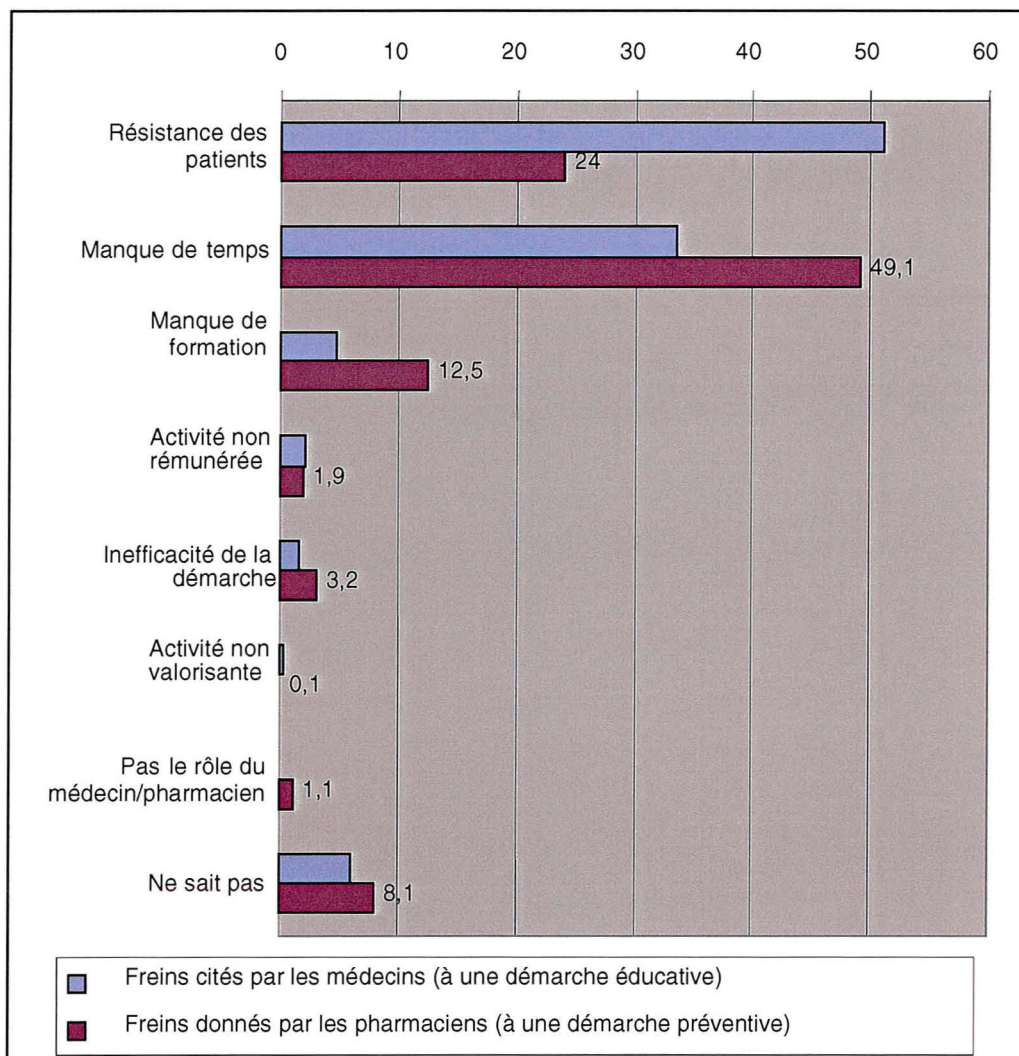


Figure 9 : Fréquence en pourcentage de citation des freins à une démarche de prévention / éducative par les pharmaciens / médecins interrogés en 2003

Contrairement aux médecins interrogés qui mettent en avant une forte résistance des patients, les pharmaciens interrogés sur les freins à une démarche de prévention citent majoritairement le manque de temps (49,0%) puis la résistance des patients. Rares sont ceux médecins comme pharmaciens, qui mettent en avant la non rémunération de ces activités. Le manque de formation est le troisième frein cité par les professionnels de santé (1 médecin sur 20 et 1 pharmacien sur 8).

Globalement la rémunération rattachée au manque de temps en pratique libérale et la formation sont deux freins à lever dans les pratiques professionnelles pour faciliter les interventions préventives ou éducatives²².

En Europe certains pays financent déjà l'ETP. Les expériences suisse et allemande sont celles pour lesquelles le financement par l'assurance maladie est le plus ancien en Europe ;

cependant, l'existence légale de l'éducation thérapeutique dans ces deux pays est récente et concerne essentiellement le diabète. En 1990, est signé le premier contrat entre les caisses d'assurance maladie et l'Association Suisse du Diabète : le conseil aux diabétiques devient une prestation médicale. Cependant, comme en Allemagne, la prestation n'est pas inscrite dans la loi. Il faudra attendre 1999 pour que l'enseignement aux diabétiques soit définitivement inscrit dans la loi suisse. Il s'agit d'une prise en charge individuelle comprenant un volet médical (médecin généraliste, spécialiste), suivi d'un volet soignant assuré par des infirmières et diététiciennes ayant une certification par l'Association Suisse. L'extension de la prise en charge de l'asthme a été réalisée en 2001 et en 2004. Une nouvelle nomenclature a été adoptée, le TARMED, dans laquelle on retrouve deux libellés d'éducation thérapeutique : « consultation par le spécialiste de premier recours » par période de 5 minutes (exemple consultation diététique, maximum 6 fois par 3 mois) et « instruction spécifique du patient par le spécialiste » par période de 5 minutes pour lui apprendre à gérer les gestes techniques de sa maladie (mesurer certaines valeurs, se faire des injections, se soigner par inhalation, etc. maximum 6 fois par 3 mois)¹¹².

En France coexistent, actuellement, deux nomenclatures d'actes le Catalogue des actes médicaux (CdAM) qui sert au Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) dans tous les établissements de santé, publics et privés et la Nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) qui définit les honoraires des professionnels de santé du secteur libéral (médicaux et paramédicaux), dans le cadre du paiement à l'acte. Il n'existe, dans ces nomenclatures, aucun libellé pour l'activité d'éducation thérapeutique ; c'est-à-dire qu'il n'existe ni description, ni, à fortiori, valorisation, que ce soit en établissement de santé ou en ville, de cette activité. Pourtant différents travaux ont déjà été menés dans le sens d'une reconnaissance de l'acte éducatif : la Direction des hôpitaux a intégré l'activité d'éducation thérapeutique dans son catalogue expérimental des actes réalisés au cours des hospitalisations de moins de 24 heures (1995), "Projet d'inscription à la NGAP d'un acte spécialisé d'éducation" du Pr. BRUN pour le diabète (1999), rapport de la Direction générale de la santé sur "Education thérapeutique du patient, dans le champ des pathologies chroniques"(2001), recommandations de l'ANAES : "Education thérapeutique du patient asthmatique"; circulaire DHOS/DGS n°2002/215 du 12 avril 2002 relative à l'éducation thérapeutique au sein des établissements de santé reconnaît pour la première fois l'éducation thérapeutique à l'hôpital à travers un appel à projets pour le renforcement des équipes hospitalières en vue du développement de l'éducation thérapeutique de groupe. Les pathologies concernées sont l'asthme, le diabète, les maladies

cardiovasculaires. Mais, il existe indiscutablement un frein au développement de cette activité lié à l'absence de nomenclature et à un financement aléatoire aussi bien en ville qu'à l'hôpital¹¹².

Aujourd'hui en France, seuls les réseaux bénéficient d'un financement permettant indirectement de financer l'ETP dès lors que l'ARH et l'URCAM ont fait le constat qu'ils répondent à des besoins de santé et que leur action est utile. Ces financements sont multiples : pluriannuels sur crédit de l'assurance maladie (notamment au sein de l'ONDAM), subvention de l'Etat et des collectivités territoriales ; financements conjoncturels sur le fond d'aide à la qualité de soins de ville géré par l'Assurance Maladie et les représentant des professionnels de santé libéraux ; autres financements (dans le respect des règles déontologiques)¹¹³.

En conclusion, cette revue de littérature peut être synthétisée par le schéma suivant, spécifiant les critères fondamentaux attendus d'une démarche éducative.

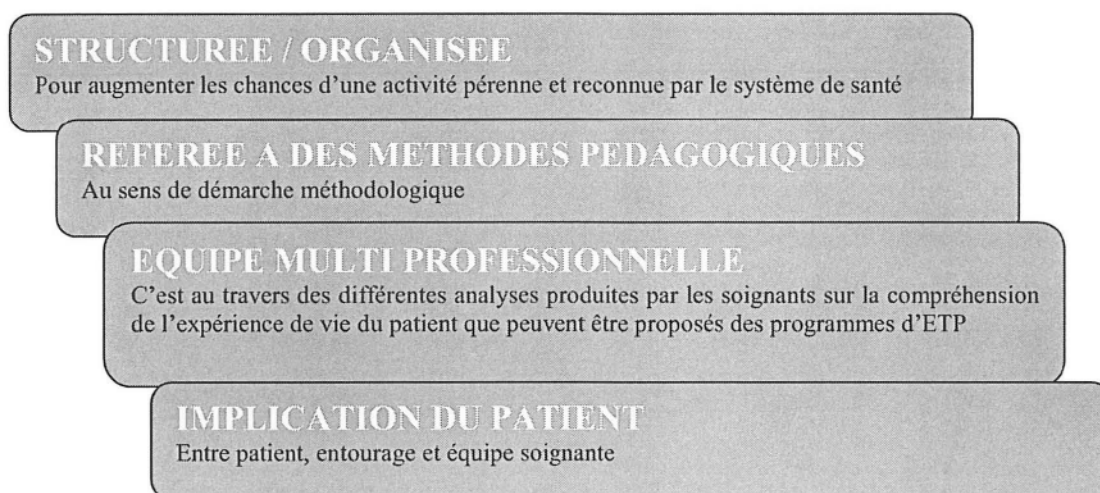


Figure 10 : Les critères de qualité de l'ETP d'après l'IPCEM¹¹⁴

Ce modèle doit être confronté à la réalité de terrain et, spécifiquement dans ce travail, à celle du pharmacien d'officine : quelle ambition de participer à une telle démarche ? Quelle compétence générale à offrir ? Quelles spécificités du métier de pharmacien apporter à un tel modèle collaboratif ? Quelle mise en œuvre possible, au quotidien, compte tenu du contexte existant ?

L'objectif de cette étude est d'évaluer la faisabilité d'une démarche éducative de patients d'officine dans le contexte de traitements de pathologies chroniques. Cette démarche est appliquée dans les domaines suivants :

- les douleurs migraineuses par Mlle BOCQUET Claire,
- le diabète de type II par Mlle FORTIN Emeline,
- l'asthme et la BPCO par Mlle GOUDARD-PEYROLON Elsa,
- les anticoagulants oraux par Mlle MATHELET Catherine,
- l'insuffisance cardiaque par Mlle RIQUELME Julie.

REVUE DE LITTÉRATURE POUR
L'ASTHME ET
LA BRONCHO-PNEUMOPATHIE
CHRONIQUE OBSTRUCTIVE

1. L'asthme :

1.1. Définition :

L'asthme tel que la décrit l'Organisation Mondiale de la Santé représente une maladie inflammatoire chronique des voies aériennes. Cette inflammation est la conséquence d'un trouble ventilatoire variable résolutif spontanément ou sous l'effet d'un traitement. A cette inflammation est associée une hyperréactivité bronchique résultant de multiples stimuli (froid, exercice physique, allergènes tels que acariens, poussière...). C'est à partir de cette définition que s'articule le traitement de l'asthme.

1.2. Epidémiologie :

L'étude « L'asthme en France selon les stades de sévérité » réalisée en 2000 à partir de l'Enquête Santé et Protection Sociale (ESPS) réalisée en 1998 par le CREDES, démontre que les enfants et les adultes jeunes sont les plus touchés par l'asthme. La prévalence avoisine les 7 % chez les enquêtés de moins de 30 ans (I.C. = [6,1 % - 8,2 %] chez les 20-29 ans). Les adultes de 30 à 69 ans sont moins affectés par cette maladie, puisque environ 5 % souffrent d'asthme (I.C. = [4,2 - 5,8 %] chez les 30-49 ans). La prévalence remonte légèrement chez les personnes de plus de 70 ans (6,3%)¹¹⁵.

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 %. Par la suite le ratio hommes/femmes s'inverse, les femmes étant plus souvent asthmatiques que les hommes.

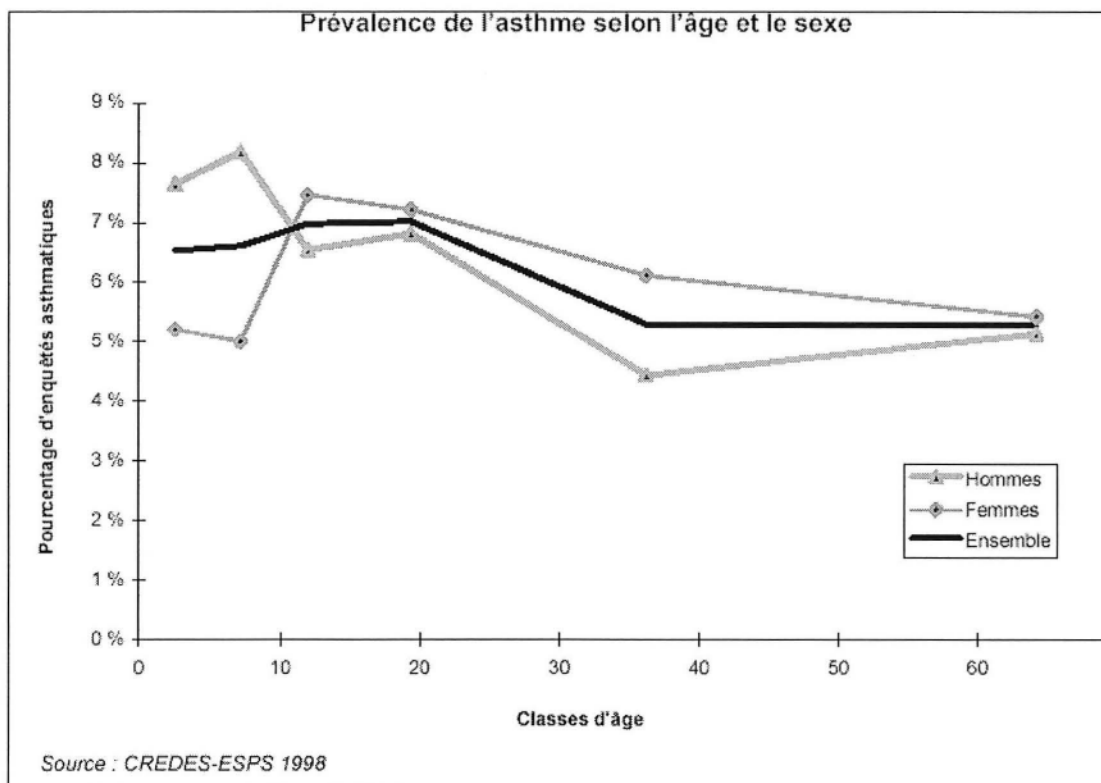


Figure A/BPCO 1 : Prévalence de l'asthme selon l'âge et le sexe, d'après le CREDES et ESPS¹¹⁵

La répartition selon le stade de sévérité diffère beaucoup selon l'âge. Les jeunes sont les plus touchés et ils souffrent essentiellement d'asthme intermittent. La part de l'asthme intermittent diminue progressivement avec l'augmentation de l'âge, elle est pratiquement divisée par trois, passant de 69 % chez les enfants de moins de 5 ans à 24 % parmi les personnes de 70 ans et plus, la décroissance s'accélérait à partir de 50 ans.

Parallèlement, la proportion d'asthme persistant augmente. Alors que la part d'asthme persistant léger et modéré fluctue selon les âges, l'asthme persistant sévère est nettement plus fréquent parmi les personnes âgées: près d'un quart des asthmatiques de plus de 60 ans souffrent d'asthme persistant sévère¹¹⁵.

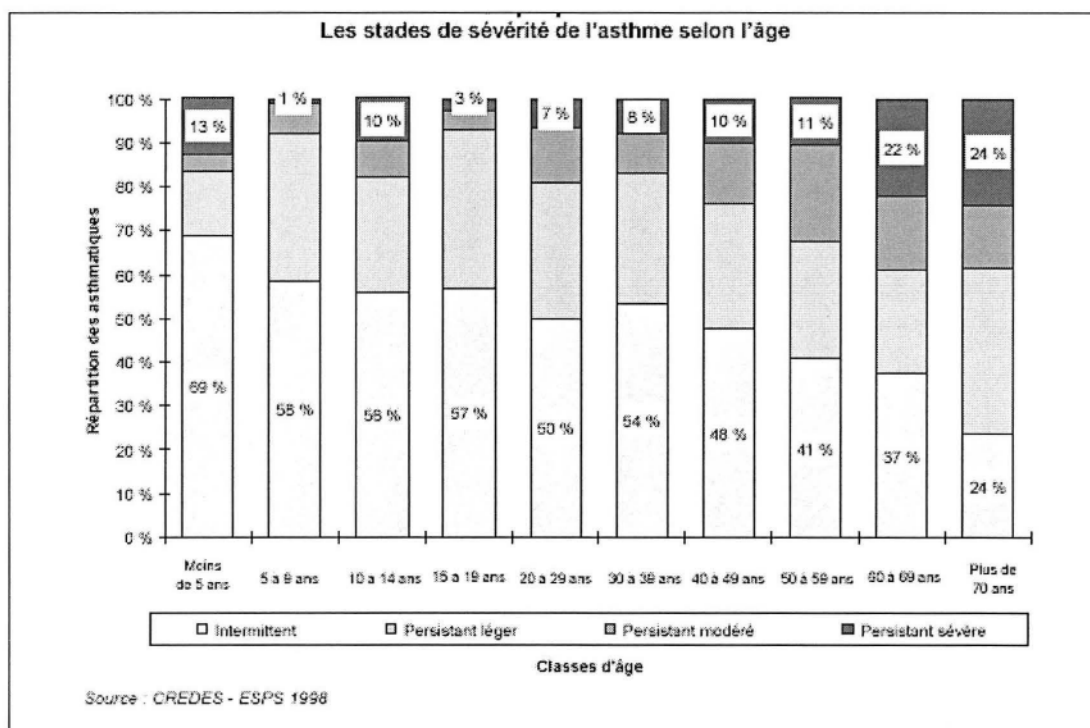


Figure A/BPCO 2: Les stades de sévérité de l'asthme d'après le CREDES et l'ESPS¹¹⁵.

Véritable problème de santé publique, l'asthme touche donc toutes les tranches d'âge. Ainsi, on constate en France un absentéisme scolaire et professionnel estimé en 2005 entre 10 et 25%¹¹⁶, ainsi qu'un taux de 9% d'hospitalisations toutes confondues (en urgence ou planifiées).

1.3. L'impact économique :

L'IRDES en novembre 2002 publie les résultats d'une étude concernant le coût de l'asthme persistant en Ile de France¹¹⁷. L'analyse met en avant le fait que la sévérité de la maladie constitue le principal déterminant du coût de l'asthme. Toutefois, une prise en charge médicale adaptée associée à une pertinence médicamenteuse permet de réduire les coûts de santé.

Ainsi il est précisé que le coût annuel moyen de la prise en charge de l'asthme comportant des frais de soins hospitaliers, des frais de pharmacie et d'autres soins ambulatoires se répartissent de la façon suivante :

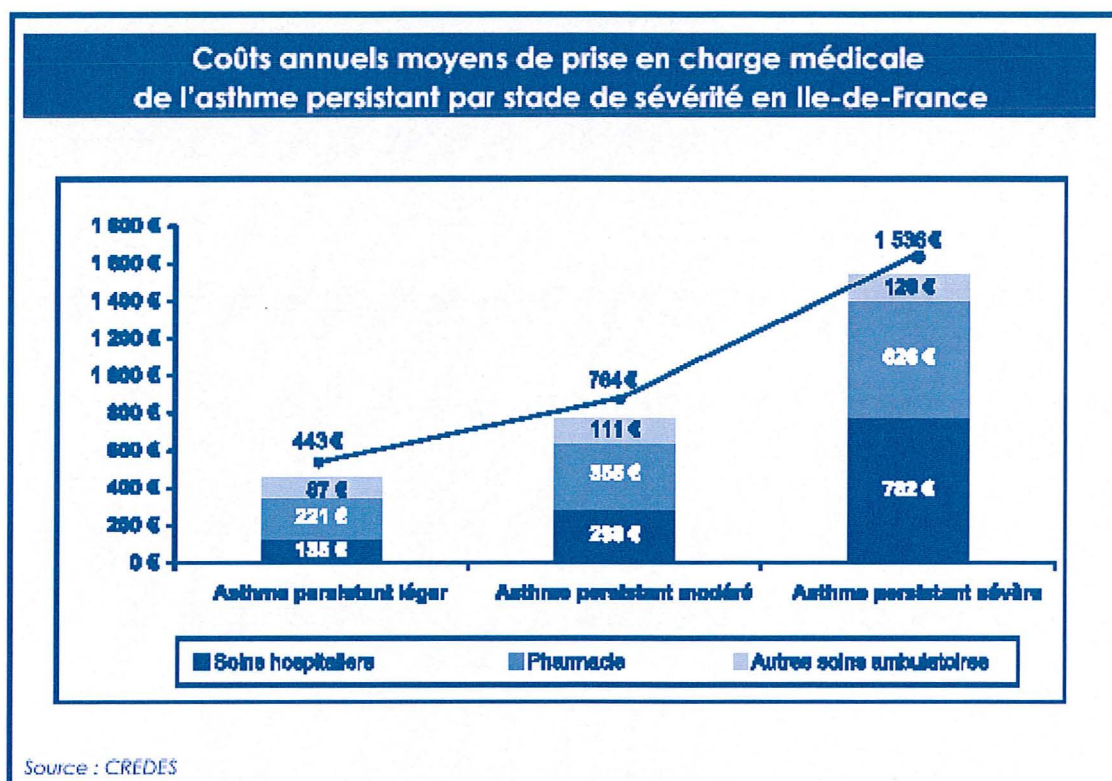


Figure A/BPCO 3: Coûts annuels moyens de prise en charge médicale de l'asthme persistant par stade de sévérité en Ile-de-France d'après le CREDES¹¹⁷

La comparaison des montants de prise en charge d'un stade de sévérité globale à un autre plus sévère montre un accroissement systématique et significatif. Ainsi par rapport à un patient souffrant d'asthme persistant léger, un patient souffrant d'asthme persistant modéré coûte globalement 1,4 fois plus cher et un patient souffrant d'asthme persistant sévère coûte 1,9 fois plus cher. D'autres facteurs déterminants peuvent être également énoncés dont l'ancienneté de la maladie ; en effet un asthme récemment diagnostiqué engendre moins de dépenses qu'un asthme ancien.

Cette analyse précise également l'impact économique et médical d'une prise en charge de qualité. Un traitement adapté et néanmoins coûteux, limite les hospitalisations, même si globalement, ces hospitalisations évitées ne compensent pas le coût de la qualité de la prise en charge. Cependant, lorsque le traitement assure un bon contrôle des symptômes, il permet alors à long terme de réduire les coûts globaux.

1.4. Physiopathologie :

Le diagnostic de l'asthme se fonde sur l'histoire clinique, l'examen physique et l'exploration fonctionnelle respiratoire. Cette dernière est l'élément indispensable pour l'évaluation du degré de sévérité de la maladie¹¹⁸. Au cours de cette exploration, on évalue principalement le volume expiratoire maximal par seconde (VEMS), il correspond au volume expiré au cours de la première seconde après le début d'une expiration forcée maximum. Ce volume dépend de la capacité vitale (CV), volume maximum d'air mobilisable entre une inspiration et une expiration forcée. Le VEMS est donc rapporté à la CV (rapport VEMS/CV exprimé en pourcentage), il indique la réalité du trouble ventilatoire obstructif (TVO) et sa réversibilité sous bêta2 mimétique, soit l'amélioration du VEMS d'au moins 20% par rapport à la valeur initiale¹¹⁹. Cette réversibilité partielle ou totale permet de différencier l'asthme de la BPCO où le TVO est peu ou pas réversible

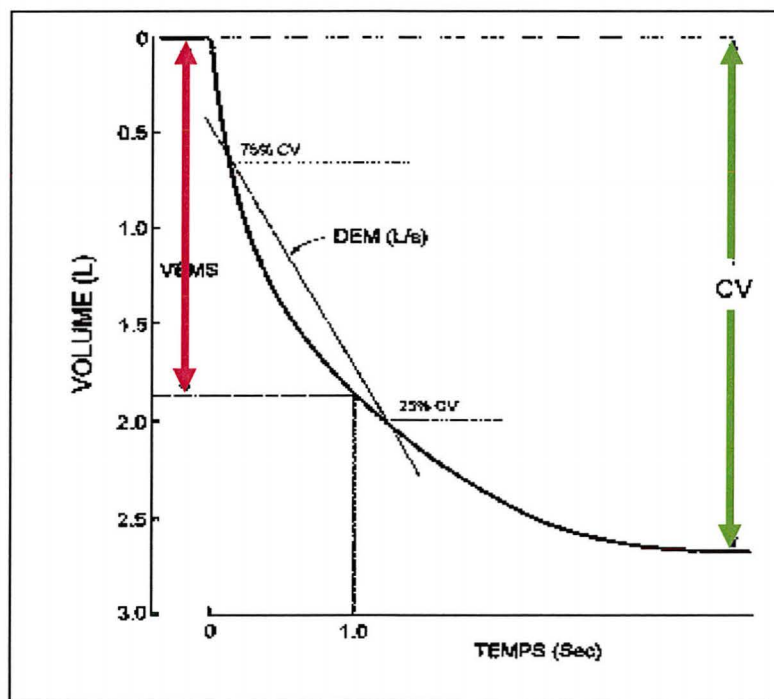


Figure A/BPCO 4: Expiration forcée (mesure des débits). Enregistrement du volume expiré en fonction du temps à l'occasion d'une manoeuvre d'expiration forcée avec représentation du VEMS et du DEM, d'après le site www.educ.necker.fr¹¹⁹

La physiopathologie de l'asthme repose sur deux aspects :

- **une hyperréactivité bronchique**, correspondant à une anomalie de la réponse des récepteurs bronchiques qui entraîne une diminution importante du calibre des bronches. Ce rétrécissement provient principalement d'un bronchospasme ou contraction du muscle

entourant la bronche. Cette contraction est régie par le système nerveux autonome où le parasympathique entraîne une bronchoconstriction ; quant au sympathique, ce dernier induit une bronchodilatation par l'intermédiaire des récepteurs β_2 .

- **une inflammation bronchique** caractérisée par une contraction musculaire bronchoconstrictive, une augmentation de la perméabilité vasculaire et une hypersécrétion de mucus. Si cette inflammation perdure, un remodelage bronchique est alors possible aboutissant à une insuffisance respiratoire obstructive bronchique peu réversible.

La diminution du calibre des voies aériennes se caractérise alors de manière symptomatologique par une dyspnée sifflante. C'est par la survenue d'épisodes aigus de dyspnée sifflante, également appelée crise d'asthme de préférence nocturnes, accompagnées de quinte de toux, d'essoufflements et de sibilants, que s'exprime l'asthme.

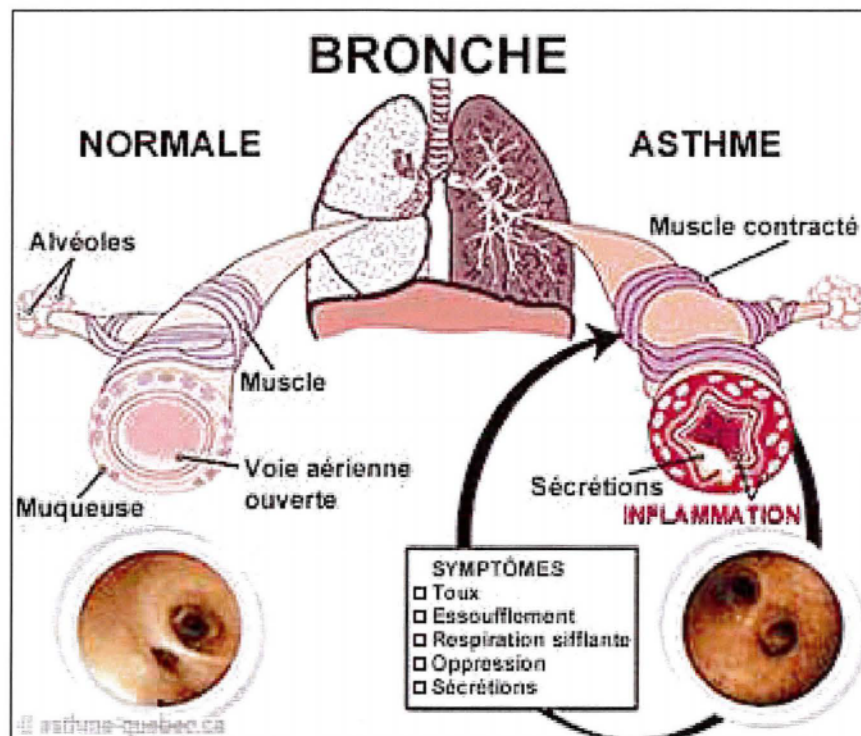


Figure A/BPCO 5: Physiopathologie de l'asthme d'après le site asthme-quebec.ca¹²⁰

L'asthme est une pathologie multifactorielle, dont l'allergie est une des principales causes, puisque que 90% des asthmes sont de composantes allergiques¹²¹. D'autres formes d'asthme coexistent, comme l'asthme d'effort qui survient à la suite d'un effort physique sollicitant une hyperventilation, mais également l'asthme professionnel induit par des substances animales,

végétales ou chimiques. Il apparaît au cours des semaines, voire des années d'expositions professionnelles. Les symptômes sont rythmés selon les périodes de travail.

La diversité des profils évolutifs de l'asthme, nécessite sa classification en divers stades de gravité selon les aspects cliniques et diagnostiques. Ainsi, il est décrit 4 stades de sévérité¹²¹ :

Tableau A/BPCO I: Les degrés de sévérité de l'asthme.

	Aspect clinique	Aspect diagnostique
Asthme intermittent	Symptômes intermittents < 1 fois/ semaine Crises brèves Symptômes d'asthme nocturne < 2 fois/mois Absence de symptôme entre les crises	VEMS > 80% des valeurs initiales, Variabilité du VEMS < 20%
Asthme persistant léger	Symptômes > 1 fois/semaine mais < 1 fois/jour Crises pouvant retentir sur l'activité et le sommeil Symptômes d'asthme nocturne > 2 fois/mois	VEMS > 80% des valeurs initiales, Variabilité du VEMS comprise entre 20 et 30%
Asthme persistant modéré	Symptômes quotidiens Crises retentissant sur l'activité et le sommeil Symptômes d'asthme nocturne > 1 fois/semaine utilisation quotidienne de bêta2 mimétiques inhalés d'action brève	VEMS > 60% et < 80%, Variabilité du VEMS > 30%
Asthme persistant sévère	Symptômes permanents Symptômes d'asthme nocturne fréquents Activités physiques limitées par les symptômes d'asthme	VEMS < 60% des valeurs initiales, Variabilité du VEMS > 30%

1.5. Stratégie médicamenteuse :

1.5.1. Le traitement médicamenteux :

L'objectif du traitement de l'asthme est double : prévenir ou lever le bronchospasme et lutter contre l'inflammation. Les médicaments actuellement disponibles sur le marché peuvent être divisés en différentes classes. Premièrement les bronchodilatateurs (bêta2 mimétiques, théophylline et anticholinergiques) ; mais également les anti-inflammatoires constitués par les corticostéroïdes, les anti-leucotriènes et, enfin les cromones et le kétotifène.

1.5.1.1. Les bronchodilatateurs :

Les Bêta2 mimétiques :

Les bronchodilatateurs, dont le mécanisme d'action induit une relaxation du muscle bronchique sont de différentes natures. On distingue, les β 2-mimétiques agissant sur le système nerveux sympathique et qui, en fonction de leur durée d'action sont classés comme β 2-mimétiques d'action brève (4 à 6 heures) et en β 2-mimétiques de longue durée d'action (12 heures)¹¹⁸. La durée d'action des bêta2 mimétiques est conditionnée par la longueur de la chaîne latérale reliée au noyau phényl¹²². Leur mécanisme d'action est le suivant : les bêta 2 stimulants se fixent sur les récepteurs bêta2 des cellules musculaires lisses ; ceci entraîne alors l'activation de l'adényl-cyclase et la formation d'AMPc, d'où une relaxation du muscle lisse bronchique¹²³.

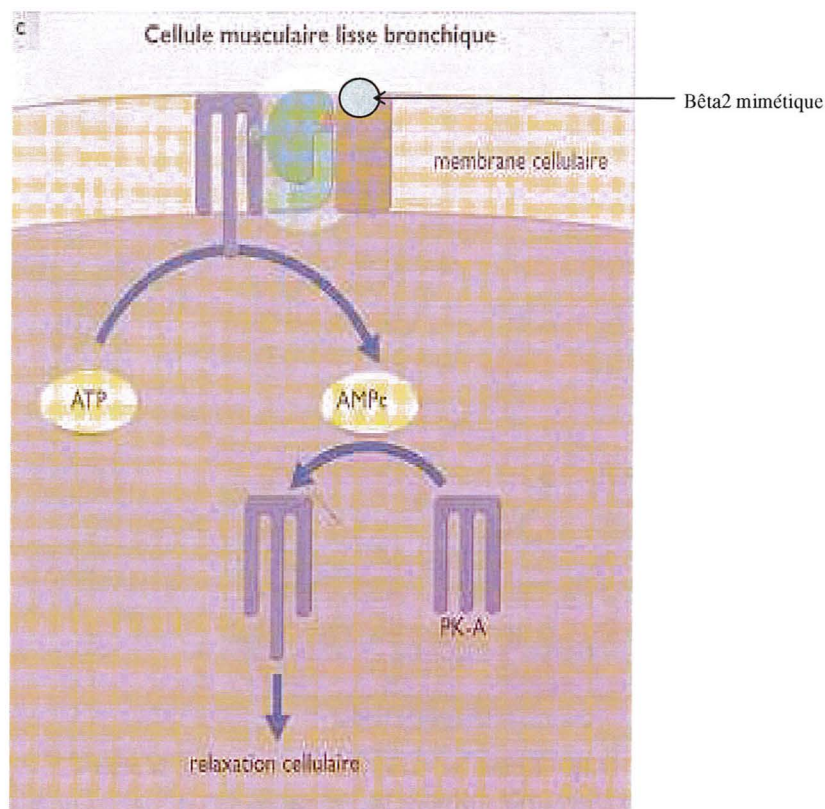


Figure A/BPCO 6: Mode d'action des bêta2-mimétiques, d'après l'ouvrage Pharmacologie intégrée¹²³

Les bêta2-mimétiques d'action brève constituent ainsi le traitement de choix de la crise d'asthme ; les principes actifs constituant cette classe sont le salbutamol, la terbutaline et le pirbutérol.

Quant à ceux de longue durée d'action, réservés comme traitement au long cours de l'asthme ainsi qu'à la prévention des crises d'asthme nocturnes, ils sont représentés par le salmétérol et le formotérol.

Tous ces principes actifs (PA) cités précédemment s'administrent sous forme inhalée ; le PA est ainsi amené directement au niveau pulmonaire permettant alors l'emploi de faibles quantités de médicament, la diminution des effets indésirables mais également un délai d'action plus court inhibant plus rapidement la bronchoconstriction. Le bambutérol, précurseur de la terbutaline s'administre par voie orale ce qui entraîne d'avantage d'effets indésirables généraux. Parmi les effets indésirables induits par les bêta2 mimétiques, on note notamment des effets d'ordre cardiaques telles que de la tachycardie ou bien encore des palpitations suite à la stimulation des récepteurs bêta 2 au niveau myocardique.¹²⁴

La théophylline :

Les dérivés de la théophylline trouvent également leur place dans cette classe thérapeutique. Toutefois, ils présentent une action bronchodilatatrice nettement inférieure à celle des bêta2-mimétiques.

La théophylline induit une bronchodilatation en inhibant une famille d'enzymes : les phosphodiésterases. Ces enzymes participent au métabolisme des seconds messagers impliqués dans la relaxation du muscle lisse bronchique (AMPc et GMPc). Cette inhibition entraîne une accumulation intracellulaire d'AMPc d'où un relâchement du muscle bronchique¹²².

Le problème majeur de la prescription de théophylline est l'étroitesse de sa zone thérapeutique : une concentration plasmatique de 10µg/ml est nécessaire pour l'obtention de l'effet bronchodilatateur, mais des concentrations de plus de 20µg/ml augmentent le risque d'effets indésirables tels que nausées, arythmies cardiaques et convulsions¹²³.

Les anticholinergiques :

Les anticholinergiques exercent un effet bronchodilatateur en se fixant sur les récepteurs muscariniques du muscle lisse bronchique et en antagonisant la libération d'acétylcholine libérée par les nerfs parasympathiques¹²³. L'ipratropium et l'oxitropium sont les représentants de cette classe. De part la présence d'un ammonium quaternaire dans leur formulation, ils ne sont que peu ou pas absorbés par les bronches et ont donc un effet local prédominant¹²⁵. Toutefois, on note de rares effets indésirables dont une sécheresse buccale et une irritation pharyngée.

L'effet bronchodilatateur est maximum en 30 minutes et peut durer jusqu'à 5 heures après l'inhalation¹²³.

1.5.2. Les médicaments agissant sur l'inflammation :

La deuxième classe pharmacologique est représentée par les anti-inflammatoires qui regroupent les corticostéroïdes, plus récemment les anti-leucotriènes, mais aussi les cromones et le kétotifène. Nous passerons en revue ces différents traitements.

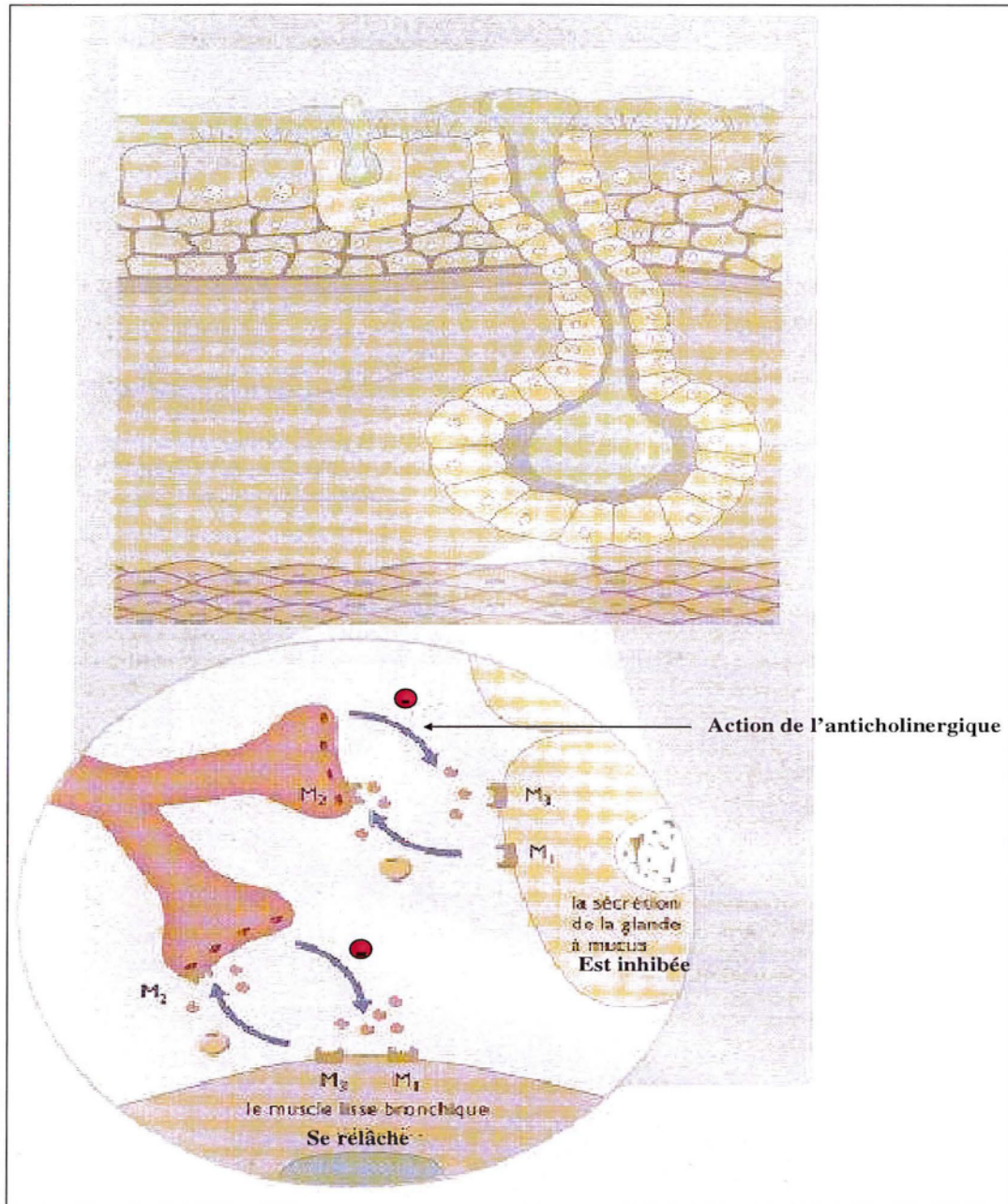


Figure A/BPCO 7: Mécanisme d'action des anticholinergiques, d'après l'ouvrage Pharmacologie intégrée¹²³.

1.5.2.1. Les corticostéroïdes :

Les corticoïdes ont une place majeure dans le traitement de fond de l'asthme. En effet, ils agissent principalement sur l'inflammation en réduisant l'hyperréactivité bronchique facilitant également l'action des bêta2-mimétiques.

Les multiples effets pharmacologiques des corticoïdes sont importants pour l'obtention d'un contrôle de l'inflammation bronchique :

- ils diminuent l'infiltration des bronches et la synthèse de médiateurs tels que les prostaglandines,
 - ils exercent une activité anti-oedémateuse par diminution de la perméabilité vasculaire induite par de nombreux agents pro-inflammatoires,
 - enfin, comme nous l'avons dit précédemment, ils restaurent l'effet des bêta2 mimétiques.
- En effet, l'inflammation peut induire une diminution du nombre et de la sensibilité des récepteurs aux bêta2 mimétiques.¹²⁶

Les corticostéroïdes peuvent être administrés par voie inhalée pour obtenir une réponse anti-inflammatoire locale, sans provoquer d'effets indésirables généraux. Les corticoïdes inhalés sont la bécloéthasone, la fluticasone et la budénoside. L'administration orale peut être nécessaire dans les asthmes sévères résistants à la forme inhalée où sont prescrites la prednisolone et la prednisonne. Nous reviendrons plus tard sur ce point dans la partie *Critères de choix thérapeutique*.

1.5.2.2. Les cromones

Les cromones utilisés en prophylaxie présentent une activité inhibitrice sur la libération des médiateurs pro-inflammatoires. Une molécule représente cette classe : le cromoglycate sodique utilisé par voie inhalée¹¹⁸.

1.5.2.3. Le kétotifène :

Le kétotifène possède un certain pouvoir anti-inflammatoire et permet une réduction au moins partielle de l'hyper-réactivité bronchique. Par ailleurs, il exerce une action inhibitrice prolongée sur les réactions histaminiques par blocage des récepteurs H1. Des effets indésirables se manifestent les premiers jours du traitement et sont essentiellement un effet sédatif avec somnolence, sécheresse buccale¹¹⁸.

1.5.2.4. Les anti-leucotriènes :

Les anti-leucotriènes, dont le mode d'action est basé sur la participation des leucotriènes dans la bronchoconstriction et l'inflammation bronchique connaissent un regain d'intérêt. En

effet, les cystéinyl-leucotriènes provoquent à la fois une bronchoconstriction, une augmentation de la perméabilité vasculaire et une activation de la migration des éosinophiles. Le montélukast est ainsi utilisé, en complément des corticoïdes ou des bêta2 mimétiques, dans le traitement préventif de l'asthme et non dans le traitement curatif des crises. Il s'administre par voie orale, en raison d'un comprimé à prendre de préférence le soir au coucher.

Tableau A/BPCO II: Les différents traitements de l'asthme d'après l'ouvrage Pharmacie clinique et thérapeutique.¹²²

	Molécules	Spécialités	Caractéristiques cinétiques	Posologies
Les bronchodilatateurs	Les Bêta 2 mimétiques			
	Pirbutérol	Maxair autohaler®	<i>par voie inhalée</i> : durée de l'effet bronchodilatateur est de 2 à 3 heures.	1 à 2 bouffées en cas de crise renouvelable 1 à 2 fois, 5 à 10 minutes plus tard.
	Salbutamol	Airomir autohaler® Asmasal clickhaler® Spréor® Ventoline ®		
	Terbutaline	Bricanyl turbuhaler®		
	Bambutérol	Oxéol® comprimés		
	Formotérol	Foradil®	Durée de l'effet bronchodilatateur : 12 heures.	1 à 2 gélules matin et soir
	Salmétérol	Sérevent®		50 à 100 µg matin et soir

		La théophylline		
	Théophylline	Dilatrane® Euphylline® Théostat Xanthium®	<p>Absorption: rapide, mais variable selon la forme galénique et la prise concomitante de nourriture;</p> <p>Biodisponibilité de 100%</p> <p>Distribution : fixation aux protéines plasmatiques de 70%</p> <p>Métabolisme : hépatique à 90%. Demi-vie d'élimination variable selon l'âge et selon le terrain pathologique</p>	<p><i>Forme LP :</i></p> <p>2 prises par jour, 1 comprimé à 200mg matin et soir</p> <p><i>sirop :</i> 4 prises/j soit 400mg par jour.</p> <p>Augmentation par palier de 25% tous les 3 jours jusqu'à posologie maximale : 13mg/kg/j, 72 heures après cette posologie mesure de la théophyllinémie et adaptation posologique.</p>
	Les anti-cholinergiques			
	Ipratropium	Atrovent®	Effet bronchodilatateur maximum en 30 minutes, durée d'action de 5 heures	1 à 2 bouffées 3 à 4 fois/j
Oxitropium	Tergisat ®	2 bouffées 2 à 3 fois /j		
Les médicaments agissant sur l'inflammation	Les corticostéroïdes			
	Béclométhasone	Bécotide® Miflasone® Prolair® Qvar®	Après inhalation, 80 à 90% de la dose est déposée au niveau de l'oropharynx, avalé et donc susceptible d'atteindre la circulation générale.	<p>Asthme persistant léger : 500 à 1000µg en 2-4 prises.</p> <p>Asthme persistant modéré : Jusqu'à 8 bouffées en 2-4</p>

			prises.
Budénoïde	Miflonil® Pulmicort®		Asthme persistant léger : 500 à 1000µg en 2-4 prises Asthme persistant modéré : Jusqu'à 8 bouffées en 2-4 prises.
Fluticasone	Flixotide®		
Méthylprednisolone	Médrol® 4mg, 16mg, 32mg	Absorption : rapide	Asthme persistant sévère : 0,8mg/kg/j
Prednisolone	Solupred® 5mg, 20mg	Distribution : variable selon le corticoïde pour la prednisolone elle est non linéaire contrairement à la prednisone.	Asthme persistant sévère : 5-20mg/kg/j
Prednisone	Cortancyl® 1mg, 5mg, 20mg	Métabolisme : hépatique, demi-vie d'élimination de 2-4h pour chacun.	Asthme persistant sévère : 0,5-1 mg/kg/j
Les cromones			
Cromogylcate sodique	Lomudal®	Fraction passant en systémique est faible, elle est dépendante de la dose inhalée. Demi-vie d'élimination après inhalation est de 126-194 minutes, en fonction de la fréquence respiratoire	Asthme d'effort : 1 à 2 bouffées 15 minutes avant l'effort.
Le kétotifène			
Kétotifène	Zaditen® LP 2mg	Absorption bonne et rapide. Métabolisme important. Après administration répétée, un état d'équilibre est atteint en 3 jours. Elimination rénale sous forme métabolisée 90%.	1 cp/jour

Les anti-leucotriènes			
Montélukast	Singulair® 5mg, 10mg	Biodisponibilité de 61% après administration orale et non modifiée par l'alimentation. Métabolisme hépatique par le CYP 450 3A4.	<i>Enfant</i> : 5mgj/ <i>Adulte</i> : 10mg/j

1.6. Les critères de choix thérapeutiques :

Deux types de traitements sont prescrits pour la prise en charge de l'asthme : le traitement de l'asthme aigu grave ou traitement symptomatique et le traitement de fond. Afin d'opter pour un traitement de fond efficace, on se base sur la classification des stades de sévérité de l'asthme, le principe étant d'employer le plus bas niveau thérapeutique permettant de maîtriser la pathologie. Ainsi, lors d'une maîtrise des symptômes, la thérapeutique peut-être revue à la baisse ; dans le cas contraire le passage au stade supérieur est alors requis.

1.6.1. Le traitement symptomatique :

Les références et recommandations médicales préconisent un traitement spécifique pour chaque stade de gravité de l'asthme¹²¹ :

- **stade I asthme intermittent** : bêta2 mimétique inhalé d'action brève jusqu'à une fois par semaine. Un traitement plus intense est fonction de la sévérité des exacerbations ; bêta2 mimétique inhalé ou cromone avant un effort ou l'exposition à un allergène.
- **stade II asthme persistant léger** : bêta2 mimétique inhalé d'action brève en fonction des besoins, sans dépasser 3 à 4 prises par jour.
- **stade III asthme persistant modéré** : bêta 2 mimétique inhalé d'action brève en fonction des besoins sans dépasser 3 à 4 prises par jour.
- **stade IV asthme persistant sévère** : bêta 2 mimétique inhalé d'action brève en fonction des besoins

1.6.2. Le traitement de fond :

Comme pour le traitement symptomatique, les références et recommandations médicales conseillent un traitement spécifique pour chaque stade¹²¹ :

- **stade I**: un traitement de fond n'est pas nécessaire ;
- **stade II** : corticoïdes inhalés à raison de 200 à 500µg, cromone ou théophylline à libération prolongée. Si nécessaire, les corticoïdes inhalés peuvent être augmentés jusqu'à 800µg, un bronchodilatateur d'action prolongée tels qu'un bêta2 mimétique ou la théophylline à libération prolongée peuvent être également rajoutés.
- **stade III**: le traitement repose sur l'association d'un corticoïde inhalé à la posologie de 800 à 2000µg et d'un bronchodilatateur d'action prolongée (en particulier en cas de symptômes nocturnes) comme un bêta2 mimétique inhalé d'action prolongée, la théophylline à libération prolongée ou un bêta2 mimétique oral à libération prolongée.
- **stade IV**: associer un corticoïde inhalé (1600 à 2000µg) et bronchodilatateurs d'action prolongée tels qu'un bêta2 mimétique d'action prolongée et/ou la théophylline à libération prolongée et/ou bêta2 mimétique oral de libération prolongée. Un corticoïde par voie orale au long cours est associé aux traitements précédents.

La Figure A/BPCO 8 récapitule les recommandations vues précédemment.

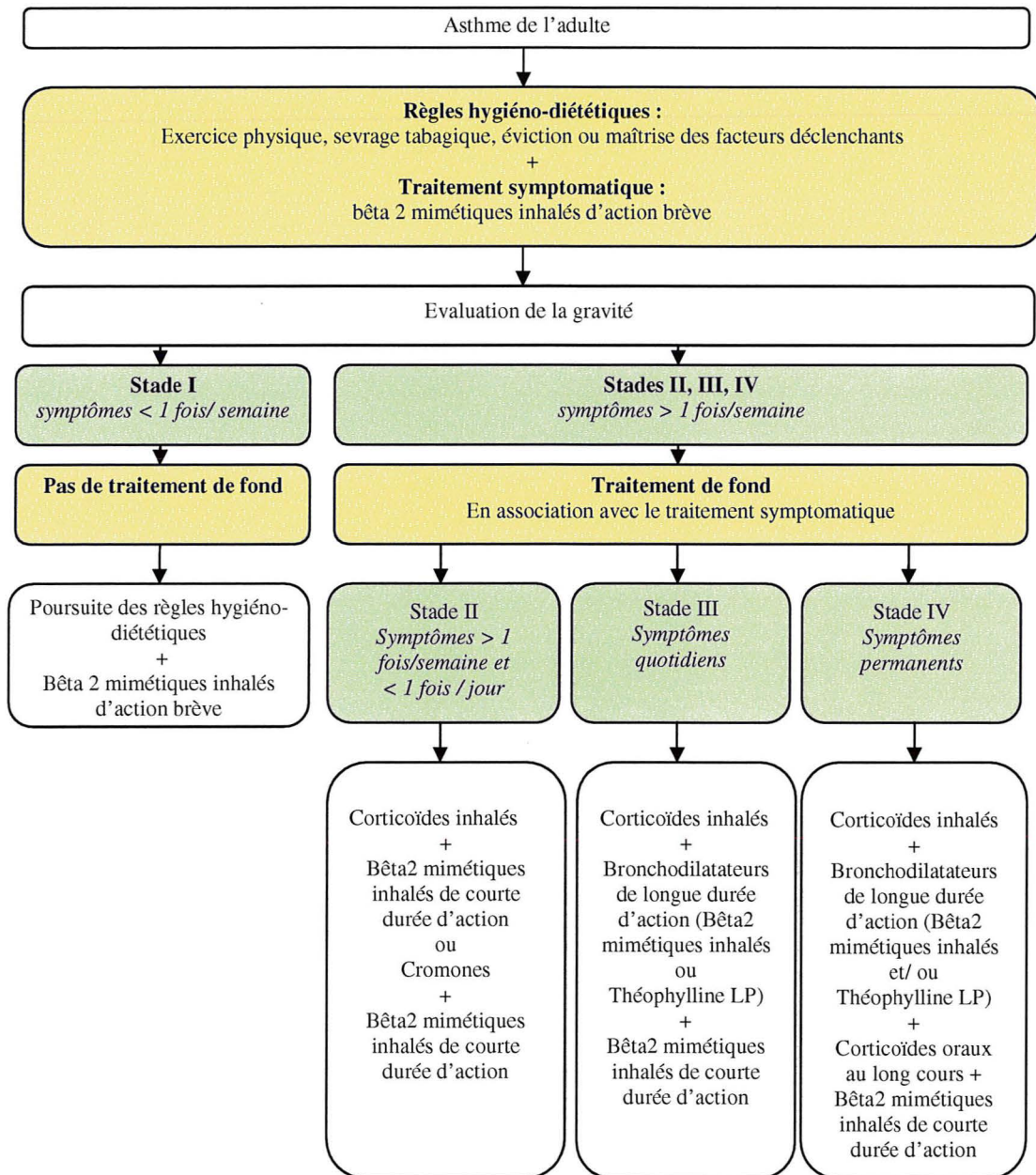


Figure A/BPCO 8: Prise en charge de l'asthme, d'après l'ouvrage *Recommandations et pratiques*¹³⁹

En complément des traitements médicamenteux, d'autres approches peuvent être bénéfiques dans la gestion de l'asthme.

1.6.3. Les autres composantes du traitement de l'asthme :

La **kinésithérapie respiratoire** est une des composantes du traitement de l'asthme ; particulièrement prescrite pour les nourrissons ou dans le cas d'asthme très sécrétants. Ainsi, en période de crise d'asthme, il permet à l'enfant de diminuer le travail des muscles inspiratoires, de favoriser les mouvements du diaphragme, de contrôler l'expiration et de réaliser un bon drainage des sécrétions bronchique grâce notamment au "clapping". Le principe de la ventilation pendant les crises est d'apprendre à l'enfant à souffler lentement et le plus calmement possible en ouvrant la bouche pour que l'air s'expulse facilement.

En dehors des crises, la kinésithérapie apprend à l'enfant à contrôler l'expiration lui permettant d'acquérir la "maîtrise du souffle". Des exercices d'apnée de plus en plus prolongés permettent à l'enfant de ne plus s'angoisser en cas de difficultés respiratoires.

L'immunothérapie, indiquée uniquement dans la composante allergique de l'asthme, ne correspond pas à une thérapeutique de première intention¹²¹. Elle concerne une minorité de patients devant répondre aux conditions suivantes :

- existence d'un facteur allergique déclenchant confirmé,
- éviction de cet allergène impossible,
- existence d'un traitement médicamenteux en cours spécifique à la sévérité de l'asthme.

Elle consiste à induire une meilleure tolérance de l'allergène en utilisant des doses croissantes de ce dernier. Ce traitement contraignant nécessite une surveillance clinique dans la demi-heure qui suit l'injection et une régularité dans les injections.

La durée de ce traitement s'étale sur trois ans minimum. Jusqu'alors la désensibilisation s'effectuait uniquement par voie injectable ; méthode lourde entraînant des réactions sévères telles que baisse de tension, crise d'asthme, etc. Depuis quelques années, elle se voit supplantée par la voie sublinguale, qui connaît un essor face à la simplicité d'administration et aux faibles effets qu'elle induit (picotements locaux).

Ces deux méthodes sont d'efficacité équivalente et permettent dans 60 à 70% des cas de diminuer les symptômes et la consommation des médicaments.¹²⁷

1.7. Gestion des points critiques

La gestion des points critiques repose sur la prise en charge de divers paramètres tels que :

- les contre-indications
- les interactions médicamenteuses,
- les posologies.

1.7.1. Les contre-indications

Certaines prescriptions sont contre-indiquées chez les patients asthmatiques, il convient alors de les connaître afin de les éviter :

1.7.1.1. Les bêtabloquants

Les patients asthmatiques peuvent, lors de la prise d'un bêtabloquant quelque soit la voie d'administration, déclencher un bronchospasme sévère parfois mortel.

La cardiosélectivité de ces médicaments n'empêche pas la survenue de ce bronchospasme notamment lors de fortes doses¹²⁸.

1.7.1.2. Les autres médicaments

De très nombreux médicaments sont reconnus comme pouvant provoquer des bronchospasmes chez des patients sans antécédents notables quelque soit la voie d'administration de ces médicaments.

Deux mécanismes peuvent expliquer la survenue de ce bronchospasme¹²⁸ :

- un mécanisme **pharmacodynamique** : comme les analogues de la prostaglandine F2 alpha comme le *latanoprost* utilisé pour l'hypertension oculaire. En effet, la prostaglandine F2alpha possède un pouvoir vasoconstricteur, le latanoprost par son analogie est alors contre-indiqué dans le cas d'asthme sévère ou instable.
- un mécanisme **allergique ou hypersensibilité** : les principes actifs ou encore les excipients peuvent être à l'origine d'une réaction allergique. Le bronchospasme survient alors de façon brutale et imprévisible pouvant concourir à la mort. Les salicylés et anti-

inflammatoires non stéroïdiens sont des exemples de médicaments pouvant entraîner ce phénomène.

1.7.2. Les interactions médicamenteuses

- **pour les bêta2 mimétiques inhalés** : aucune interaction médicamenteuse n'est reconnue comme influençant les concentrations plasmatiques des bêta2 mimétiques¹²². Néanmoins, les bêta2 mimétiques sont connus pour diminuer l'effet des antidiabétiques par l'augmentation de la glycémie.

Des médicaments additionnent leurs effets indésirables avec ceux des bêta2-mimétiques, ainsi une hypokaliémie peut être accrue suite à la prise concomitante de diurétiques hypokaliémants (furosémide), d'insuline ou encore de laxatifs stimulants. Des torsades de pointe peuvent également découler de cette hypokaliémie, ainsi la prise simultanée d'un bêta2-mimétique avec un antiarythmique, un antihistaminique (ébastine, mizolastine), etc. peut favoriser la survenue de cet effet indésirable.

- **pour les glucocorticoïdes oraux** : les inducteurs enzymatiques (carbamazépine, phénobarbital, phénytoïne, rifampicine) sont susceptibles de diminuer les concentrations en corticoïdes. A l'arrêt de l'inducteur, un risque de surdosage en glucocorticoïde est à prévoir et à prévenir dans les semaines qui suivent cet arrêt.

Un hypercorticisme est observé quelque soit la voie d'administration du glucocorticoïde, lors de la prise concomitante d'inhibiteurs enzymatiques du CYP3A4. Ce phénomène est reconnu pour la fluticasone, le budénoside, la méthylprednisolone et le prednisone. Une surveillance biologique et clinique est alors recommandée.

Des interactions peuvent entraîner des torsades de pointes, les associations médicamenteuses avec le bépridil, l'érythromycine, l'halofantrine, la pentamidine, la sparfloxacine, le sultopride... sont déconseillées¹²².

- **pour la théophylline**: les interactions médicamenteuses sont ici d'ordre pharmacocinétique, elles induisent une augmentation de la concentration plasmatique en théophylline qui subit un métabolisme hépatique dépendant des isoenzymes CYP 3A4 et

CYP 1A2 du cytochrome P450. Les médicaments influant sur la théophyllinémie sont répertoriés dans le Tableau A/BPCO III ci-dessous :

Tableau A/BPCO III : Les médicaments influant sur la théophyllinémie

	Les médicaments augmentant la théophyllinémie : <i>les inhibiteurs enzymatiques</i>	Les médicaments diminuant la théophyllinémie : <i>les inducteurs enzymatiques</i>
Mécanisme d'action	Ces médicaments diminuent le métabolisme de la théophylline ceci entraîne une accumulation ou une augmentation du taux plasmatique de celle-ci.	Ces médicaments augmentent le métabolisme de la théophylline ceci entraîne une diminution des taux plasmatiques et de l'activité de celle-ci.
Les médicaments agissant sur le CYP 3A4	Amiodarone, Antifongiques azolés Antirétroviraux (<i>amprénazir, atazanavir, delavirdine, fosamprénavir, indinavir, nelfinavir, ritonavir</i>) Cimétidine Diltiazem, Jus de pamplemousse Macrolides sauf spiramycine Vérapamil.	Antiépileptiques Antirétroviraux (<i>efavirenz, névirapine, nelfinavir, lopinavir, ritonavir</i>) Antituberculeux (<i>rifampicine, rifabutine</i>) Bosentan Griséofulvine Millepertuis Modafinil
Les médicaments agissant sur le CYP 1A2	Cimétidine Fluoroquinolones (<i>ciprofloxacine</i>) Fluvoxamine	Idem

Trois associations médicamenteuses sont toutefois contre-indiquées ou déconseillées, avec l'énoxacine, l'érythromycine, la viloxazine, et l'halothane¹²² où le risque de troubles du rythme ventriculaires graves par augmentation de l'excitabilité cardiaque est possible.

- **pour le kétotifène** : la consommation d'alcool entraîne une augmentation de l'altération de la vigilance et une majoration de l'effet antihistaminique¹²²

1.7.3. Les posologies

La posologie de ces traitements a été vue précédemment, toutefois quels sont les signes d'un surdosage chez ces divers traitements :

- pour les bêta2-mimétiques, les symptômes d'un surdosage se traduisent par des tremblements, une tachycardie, une hypokaliémie et une hyperglycémie.

- les symptômes de surdosage de la théophylline se traduisent quant à eux par une agitation, une confusion, des vomissements, une tachycardie, une hyperthermie, des crises convulsives et des troubles du rythme cardiaque graves. L'apparition de convulsions est parfois le premier signe d'une intoxication.

1.7.4. L'asthme aigu grave

D'après la révision de la conférence de consensus en réanimation et médecine d'urgence de 1988, concernant la prise en charge des crises d'asthme aiguës graves de l'adulte et de l'enfant¹²⁹ ; il est reconnu que devant toute crise d'asthme, une prédiction de la gravité doit être faite. Les critères de gravité de l'AAG sont résumés dans le Tableau A/BPCO IV ci-dessous :

Tableau A/BPCO IV : Critères de gravité d'un AAG d'après la conférence de consensus de 1988

- Signes cliniques de gravité extrême :
 - troubles de la conscience, pause respiratoire, collapsus, silence auscultatoire ;
- Facteurs liés au caractère de la crise
 - crise ressentie par le malade comme inhabituelle par son évolution rapide et par la présence de signes cliniques de gravité ;
 - difficulté à parler, à tousser ; orthopnée ; agitation ; sueurs ; cyanose
 - fréquence respiratoire > 30/ min chez l'adulte
 - fréquence cardiaque > 120 battements/min chez l'adulte
 - DEP : chez l'adulte toute valeur < 150 L/ min témoigne d'une crise grave

Le traitement de l'AAG fait appel aux bêta2 mimétiques administrés par voie inhalée qui constituent le traitement prioritaire d'un AAG.

En effet, les bêta2 mimétiques d'action rapide possèdent des propriétés bronchodilatatrices puissantes et très rapides, contrairement à ceux d'action prolongée (formotérol, salmétérol) ou bien encore les formes orales qui n'ont pas leur place dans le traitement de l'AAG¹²⁹.

Les modalités d'inhalation recommandées sont les chambres d'inhalation et les nébulisations ne nécessitant pas de coopération de la part du patient. Toutefois, les autres modalités d'inhalation à savoir les poudres ou les systèmes auto déclenchés par le patient sont reconnus comme pouvant être utiles dans l'attente de soins médicalisés¹²⁹.

La place de l'injection sous-cutanée reste marginale dans la prise en charge de l'AAG, cette voie est reconnue selon la révision de la conférence de consensus comme utile en médecine de ville dans l'attente de secours médicalisés. Toutefois, la possibilité d'utilisation par le médecin généraliste des inhalations d'aérosols doseurs délivrées dans une chambre de mélange limite l'intérêt de la voie générale¹²⁹.

Les autres thérapeutiques trouvent également leur place dans le traitement de la crise d'asthme. En effet, la place de la corticothérapie et de l'oxygénothérapie reste incontestée. La corticothérapie présente un intérêt lorsqu'elle est prescrite précocement, grâce à ses propriétés anti-inflammatoires, à l'augmentation du nombre des récepteurs des bêta2 mimétiques à la surface des membranes cellulaires et de leur affinité aux bêta2 mimétiques. Les posologies recommandées sont de 1 à 2 mg/kg/j d'équivalent méthyl-prednisolone ; la voie intraveineuse restant la voie la plus utilisée, néanmoins la voie orale tend à être équivalente¹²⁹.

L'oxygénothérapie est indispensable dans le cadre d'un AAG, le patient présentant une hypoxémie qui peut être aggravée par l'emploi des bêta2 mimétique. L'oxygénothérapie est alors indiquée à un débit supérieur ou égal à 6-8L/min afin de maintenir une normoxémie et de permettre une délivrance correcte d'oxygène aux tissus¹²².

La place des anticholinergiques dans la prise en charge de l'AAG est encore discutée. Dans la pratique, le bromure d'ipratropium peut faire partie de l'arsenal thérapeutique à la phase initiale de l'AAG, à condition de l'employer à des doses répétées et en association avec un bêta2 mimétique¹²⁹. La dose proposée est de trois nébulisations de 500µg de bromure d'ipratropium au cours de la première heure¹²⁹.

En l'absence d'amélioration après 30 minutes, la poursuite du traitement doit être assurée par une équipe spécialisée en réanimation permettant une oxygénothérapie prolongée, une assistance respiratoire si nécessaire et l'administration de bronchodilatateurs en aérosols continus voire en perfusion¹³⁸.

1.8. Optimisation du traitement

Cette maladie chronique va nécessiter un accompagnement de longue durée où sont étroitement intriqués information, traitement, soutien et éducation.

La gestion de cette pathologie ne s'effectue donc pas essentiellement par une thérapeutique efficace ; elle est la résultante de plusieurs facteurs associés où le patient reste le principal acteur.

Dans le domaine de l'asthme, de nombreuses publications¹³⁰ rappellent que l'éducation thérapeutique du patient asthmatique repose sur des notions fondamentales dont notamment :

- l'explication de l'action des médicaments concernant la pathologie,
- la différenciation du traitement de la crise du traitement de fond,
- la différenciation de l'inflammation bronchique du bronchospasme,
- la définition et la reconnaissance de la maladie,
- la gestion de cette crise,
- l'apprentissage des techniques d'inhalation, des gestes accompagnant la prise du traitement (rinçage buccal après la prise...), et d'un état de crise,
- l'apprentissage des gestes du quotidien comme l'éviction des facteurs déclenchants, la pratique d'un sport approprié, etc.

L'objectif principal de cette éducation réside alors dans le fait de conduire le patient et sa famille à une gestion autonome de la maladie dans la vie de tous les jours.

1.8.1. Les effets indésirables

Les effets indésirables des différents traitements sont résumés dans le Tableau A/BPCO V ci-dessous :

Tableau A/BPCO V: Les effets indésirables des traitements asthmatiques

Traitement concerné	Effet indésirable remarqué	Prise en charge	Remarques
Bêta2 mimétiques	Tremblement par stimulation des récepteurs des muscles squelettiques, crampes, céphalées, agitation	Diminution des posologies	Aux doses inhalées, les effets indésirables sont plus rarement observés que par voie orale ou après injection.
	Vasodilatation et tachycardie réflexe par stimulation des récepteurs bêta2 au niveau cardiaque	Diminution des posologies	
	Hyperglycémie, hypokaliémie et hypomagnésie	Surveillance biologique	
Glucocorticoïdes par voie inhalée	Dysphonie et raucité de la voix	Rinçage buccal après la prise du traitement.	
	Candidose oropharyngée	Utilisation d'une chambre d'inhalation ou rinçage buccal après la prise du traitement.	
Glucocorticoïdes par voie orale	Hypokaliémie et désordres hydroélectriques	Prescription de sels potassiques, restriction sodée.	
	Troubles osseux	Régime riche en calcium et supplémentation vitamine D	
	Insuffisance surrénalienne	Surveillance	

		biologique	
	Etats d'immunosuppression	Ecarter toute suspicion d'infection	
Théophylline	Troubles digestifs Troubles cardio-vasculaires Troubles neurologiques Hypokaliémie, hyponatrémie	Contrôle de la théophyllinémie Surveillance biologique	
Anticholinergiques	Sécheresse buccale Syndrome atropinique	Consommation d'un verre d'eau	
Cromones	Bronchoconstriction	Interruption du traitement	
Kétotifène	Dépression du système nerveux central	Vigilance	

1.8.2. Plan de prise et conseils d'utilisation des dispositifs d'inhalation

Les méthodes d'inhalation pour chaque dispositif sont spécifiques à chacun, les Annexes A/BPCO 2, Annexe A/BPCO 3, Annexe A/BPCO 4, Annexe A/BPCO 5, Annexe A/BPCO 6, reprennent pour chaque dispositif, la procédure à effectuer pour une prise en charge du traitement.

1.8.3. Le suivi médical

Selon les Recommandations pour le suivi médical des patients asthmatiques adultes de septembre 2004¹²⁴, sont distingués plusieurs types de suivi. Des grades de recommandations, corrélés aux niveaux de preuve disponibles dans la littérature, viennent appuyer ces recommandations. La correspondance entre niveaux de preuve et grades est définie par l'HAS¹³¹ :

Tableau A/BPCO VI : Niveaux de preuve scientifique de la littérature et force des recommandations. ANAES. guide d'analyse de la littérature et gradation des recommandations. janvier 2000

Niveaux de preuve	Grades de recommandation
<p>Niveau I</p> <ul style="list-style-type: none"> - Essais comparatifs randomisés de forte puissance aux résultats méthodologiquement indiscutables - Méta-analyses d'essais comparatifs randomisés 	<p>Grade A</p> <p>Preuve scientifique établie</p>
<p>Niveau II</p> <ul style="list-style-type: none"> - Essais comparatifs randomisés de faible puissance - Essais comparatifs non randomisés non menés - Etudes de cohorte 	<p>Grade B</p> <p>Présomption scientifique</p>
<p>Niveau III</p> <ul style="list-style-type: none"> - Etudes cas témoins <p>Niveau IV</p> <ul style="list-style-type: none"> - Etudes comparatives comportant des biais importants - Etudes rétrospectives - Etudes de cas - Etudes épidémiologiques descriptives (transversales ou longitudinales) 	<p>Grade C</p> <p>Faible niveau de preuve scientifique</p>
<p>Absence de preuve scientifique tirée de la littérature</p>	<p>Accord Pro</p> <p>Accord professionnel fort</p>

- **suivi de la tolérance des traitements** : il est préconisé pour les

Patients traités par théophylline

Une surveillance avant tout clinique lors de chaque consultation doit être effectuée, car la marge thérapeutique de la théophylline est étroite et ses interactions et effets secondaires fréquents. Une théophyllinémie doit être réalisée de manière systématique après instauration du traitement. Elle est systématiquement recommandée en cas de facteurs de risque d'effets secondaires :

- jeune enfant ;
- sujet âgé ;



- insuffisance cardiaque aiguë (diminuer les doses en raison du risque de surdosage) ;
- insuffisance coronaire ;
- obésité (adaptation de la posologie en fonction du poids idéal) ;
- hyperthyroïdie ;
- insuffisance hépatique ;
- antécédents de convulsions ;
- fièvre prolongée de plus de 24 heures, au-dessus de 38 °C, en particulier chez le jeune enfant (diminuer la posologie de moitié en raison du risque de surdosage) ;

Patients recevant une corticothérapie inhalée en traitement de fond

Il est recommandé lors du suivi :

- de rechercher les effets secondaires locaux évoqués précédemment (candidose buccale, dysphonie) ainsi qu'une fragilité cutanée ;

En cas d'antécédents ou de risque de cataracte ou de glaucome, une consultation ophtalmologique est conseillée.

Il est recommandé d'éviter autant que possible la prescription prolongée et l'arrêt brutal de fortes doses de corticostéroïdes inhalés.

Aucune surveillance spécifique des effets osseux des corticoïdes inhalés n'est recommandée à doses faible ou moyenne et pour des traitements de moins de 5 ans (grade A).

- suivi de l'observance des traitements

Un interrogatoire régulier portant sur la consommation des différents traitements est recommandé. Il peut toutefois surestimer l'observance. Le risque d'une telle surestimation peut être réduit si le patient est informé de l'intérêt pour lui de relater aussi fidèlement que possible les traitements effectivement pris, afin de permettre une adaptation des traitements prescrits à ses besoins réels (grade C).

Des carnets de suivi tenus durant la ou les quelques semaines précédant chaque consultation peuvent être proposés (incluant le relevé des traitements et des critères de contrôle).

Chez les malades dont l'inobservance est avérée ou suspectée, les consultations de suivi peuvent être rapprochées dans le but de motiver le patient. Une éducation thérapeutique structurée peut y contribuer (cf. document ANAES 2001 « Éducation thérapeutique du patient asthmatique adulte et adolescent¹³⁰ »).

- Débit expiratoire de pointe mesuré par des appareils ambulatoires

La mesure du DEP est recommandée lors des consultations de suivi. Le résultat s'exprime en pourcentage de la meilleure valeur obtenue par le patient.

- Explorations fonctionnelles respiratoires (EFR)

Il est recommandé de pratiquer des EFR dans le suivi des asthmatiques. La fréquence de réalisation des EFR est précisée dans le paragraphe ci-dessous.

Les groupes de travail et de lecture conseillent de ne pas interrompre le traitement de fond avant la réalisation de l'examen. Cela permet d'évaluer le degré d'obstruction bronchique qui persiste malgré le traitement de fond.

La spirométrie et particulièrement les mesures du VEMS, de la CV suffisent dans la majorité des cas à l'appréciation du retentissement fonctionnel de l'asthme.

- Adaptation de la stratégie thérapeutique au cours du suivi

Les recommandations qui suivent portent sur l'adaptation de la stratégie thérapeutique au cours du suivi. Elles n'abordent pas la stratégie initiale de prise en charge, ni la prise en charge des événements aigus (crises, exacerbations, asthme aigu grave).

Il est proposé d'adapter le traitement en fonction de **2 éléments principaux** :

- le **degré de contrôle de l'asthme** ;
- le **traitement de fond**.

En période de contrôle acceptable ou optimal :

Patient recevant une corticothérapie inhalée à forte dose

- Minimum : consultation avec examen clinique incluant la mesure du DEP tous les 3 mois et EFR tous les 6 mois.
- Au mieux : consultation et EFR tous les 3 mois.

Patient recevant une corticothérapie inhalée à dose moyenne ou faible

- Minimum : consultation avec examen clinique incluant la mesure du DEP tous les 6 mois et EFR tous les ans.
- Au mieux : consultation et EFR tous les 6 mois.

Patient ne recevant pas de traitement de fond

Examen clinique incluant le DEP tous les ans et si possible EFR.

En période de contrôle inacceptable

En cas de recours à une corticothérapie orale de courte durée

Consultation avec au minimum examen clinique incluant la mesure du DEP et au mieux des EFR, dans la semaine suivant l'arrêt de la corticothérapie orale et 1 mois plus tard.

En l'absence de recours à une corticothérapie orale de courte durée

Consultation avec au minimum examen clinique incluant la mesure du DEP et au mieux des EFR, dans les 1 à 3 mois suivant la modification.

2. La Broncho Pneumopathie Chronique Obstructive

2.1. Définition :

La Broncho-Pneumopathie Chronique Obstructive (BPCO) se définit comme une maladie chronique inflammatoire, lentement progressive atteignant les bronches. Cette affection se caractérise par une diminution non complètement réversible des débits aériens¹³². Longtemps peu symptomatique, la BPCO débute par une toux, une expectoration matinale, symptômes souvent banalisés et attribués à la « bronchite chronique » du fumeur. Une dyspnée à l'effort puis au repos s'installe progressivement, pouvant gêner les gestes de la vie courante. Des décompensations respiratoires, notamment à l'occasion d'épisodes infectieux, peuvent entraîner une insuffisance respiratoire aiguë engageant le pronostic vital¹³².

Dans plus de 80% des cas¹³² le tabac est le principal responsable de cette pathologie. Dans 20% des cas, l'exposition professionnelle (sidérurgie, secteur agricole, extraction minière, etc.) est en cause. L'arrêt de l'exposition aux risques, et notamment celui du tabac permet la stabilisation voire la récupération de la fonction respiratoire.

Afin d'y parvenir, trois axes préventifs sont à mettre en œuvre :

- une *prévention primaire*, ayant pour objectif une réduction de l'incidence de la BPCO ; elle consiste dans la lutte contre le tabagisme ;
- une *prévention secondaire*, impliquant un diagnostic précoce et une amélioration de la prise en charge de la maladie permettrait de diminuer les complications et d'améliorer la qualité de vie des patients ;

- une *prévention tertiaire*, destinée aux patients atteints de formes sévères avec une insuffisance respiratoire et à leur entourage, assurant un confort de vie et un soutien grâce aux associations de patients¹³².

2.2. Epidémiologie :

Les connaissances épidémiologiques sur la BPCO en France sont insuffisamment développées en matière de taux de prévalence, incluant tous les niveaux de gravité, dans la mesure où les formes débutantes ou légères sont inconnues car très rarement diagnostiquées.

Ainsi le Ministère de la Santé et des Solidarités en collaboration avec la Société de Pneumologie de Langue Française (SPLF) ; dont la mission est d'étudier les maladies respiratoires, de permettre la formation et le perfectionnement des pneumologues, l'élaboration et la mise en œuvre de programmes de lutte contre les maladies respiratoires ou encore la prévention au travers d'actions de sensibilisation, de dépistage et d'éducation thérapeutique de maladies respiratoires comme l'asthme, et la BPCO ; ont élaboré un plan d'action de santé publique contre cette dernière prévu sur 5 ans (2005-2010). Ce plan se compose de 6 axes stratégiques dont le premier axe a pour objectif d'« Améliorer les connaissances épidémiologiques sur la BPCO¹³² ».

Néanmoins, la SPLF estime à 3,5 millions de personnes ; soit 6 à 8% de la population adulte ; le nombre de personnes atteintes de BPCO, dont 100 000 présentant des formes sévères nécessitant une oxygénothérapie. Dans le monde, la BPCO est en augmentation constante depuis 20 ans avec plus de 44 millions de personnes atteintes par la maladie ; soit 4 à 10% de la population adulte ; en raison de l'augmentation du tabagisme et du vieillissement de la population.

Le taux brut de décès par BPCO estimé en France à environ 26 pour 100 000 (30,7 pour les hommes et 20,7 pour les femmes selon l'Inserm 1997), devrait doubler d'ici 2020, l'amenant ainsi au troisième rang des causes de mortalité après les cardiopathies ischémiques et les accidents vasculaires cérébraux.¹³³

Caractéristiques des décès avec BPCO ou insuffisance respiratoire chronique (IRC), adultes de 45 ans ou plus, France 2000-2002

	Cause initiale	Causes multiples
BPCO		
- Nombre moyen annuel	7 167	14 995
- Age moyen (écart-type)	80,1 (10,4)	79,2 (10,5)
- Sex ratio	2,1	2,3
BPCO ou IRC		
- Nombre moyen annuel	9 516	23 437
- Age moyen (écart-type)	79,9 (10,2)	78,8 (10,3)
- Sex ratio	1,9	2,0

Figure A/BPCO 9: Caractéristiques des décès avec BPCO ou insuffisance respiratoire chronique (IRC), adultes 45 an ou plus, France 2000-2002 d'après l'Inserm¹³³.

Répartition des causes initiales de décès parmi les décès avec BPCO en cause associée et parmi les décès sans mention de BPCO, effectifs moyens annuels, période 2000-2002

	BPCO en cause associée N = 7 828	Décès sans mention de BPCO N = 484 550	RRa [IC 95%]
Maladies cardiovasculaires	2 503 (32,0 %)	104 768 (21,6 %)	1,5 [1,4-1,5]
dont cardiopathies ischémiques	1 064 (13,6 %)	42 470 (8,8 %)	1,5 [1,5-1,6]
Cancers	1 914 (24,5 %)	137 342 (28,3 %)	0,9 [0,8-0,9]
dont cancers bronchiques	776 (9,9 %)	23 558 (4,9 %)	2,1 [2,0-2,2]
Maladies cérébro-vasculaires	428 (5,5 %)	36 608 (7,5 %)	0,7 [0,7-0,8]
Infections respiratoires basses	180 (2,3 %)	14 865 (3,1 %)	0,8 [0,8-0,9]
Asthme	124 (1,6 %)	1 218 (0,3 %)	6,4 [5,6-7,1]
Autre	2 674 (33,1 %)	189 881 (39,2 %)	

RRa : risque relatif ajusté sur l'âge ; IC : intervalle de confiance

Figure A/BPCO 10 : Répartition des causes initiales de décès parmi les décès avec BPCO en causes associée et parmi les décès sans mention de BPCO, effectifs moyens annuels, période 2000-2002 d'après l'Inserm¹³³.

2.3. L'impact économique de la BPCO :

La BPCO représente un problème économique majeur ; en France par exemple on estime que le coût direct de la maladie est de 3,5 milliards d'euros par an dont 60% sont liés à la prise en charge des exacerbations et 40% dans la prise en charge au long cours. Le coût moyen de la prise en charge de la BPCO est de 4000 € par malade et par an, ces dépenses sont fonction de la sévérité de la maladie puisqu'à titre d'exemple une oxygénothérapie à domicile coûte 10 000 € par an¹³².

L'OMS déclare que la réduction des facteurs de risque, une meilleure information, l'amélioration du diagnostic et du traitement sont des objectifs prioritaires qui permettraient de réduire dans l'avenir le problème économique et humain de la BPCO.

2.4. Physiopathologie

Le diagnostic de la BPCO repose comme pour l'asthme sur une évaluation du VEMS, qui dans le cas de cette maladie est peu ou pas réversible.

La BPCO se définit alors par une bronchite associée à un **syndrome ventilatoire obstructif** caractérisé par un VEMS inférieur à 80% de la valeur théorique. Selon le programme GOLD (Global Initiative For Obstructive Lung Disease), le syndrome obstructif recouvre :

- une **bronchite chronique** définie par l'existence d'une toux productive, chronique au moins 3 mois par an, durant deux années consécutives. Cette toux productive est induite par une inflammation des bronches provoquant le rétrécissement des voies respiratoires et leur obstruction par le mucus ;

- un **emphysème** défini par un élargissement anormal et permanent des espaces aériens au-delà des bronchioles terminales, associé à une destruction des parois alvéolaires, sans fibrose pulmonaire¹³⁴. La Figure A/BPCO11 reprend la définition physiopathologique de la BPCO.

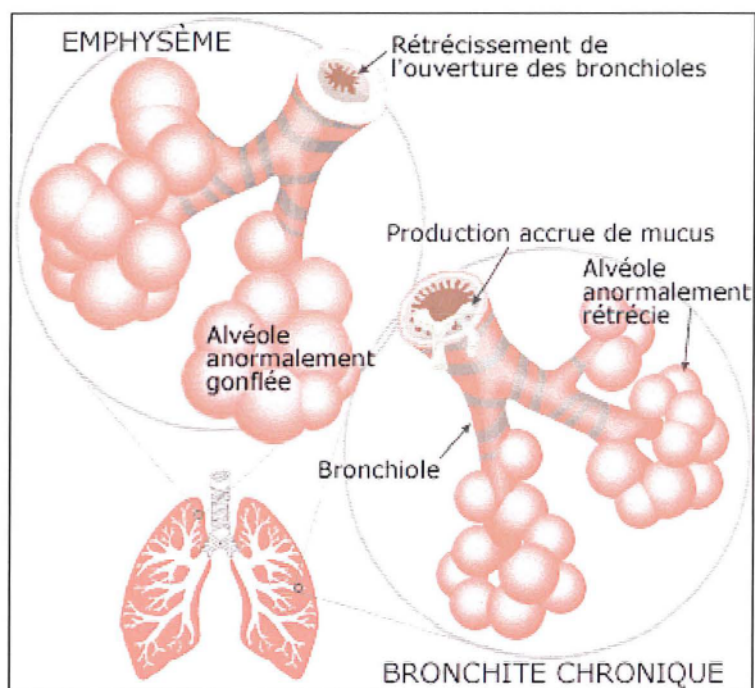


Figure A/BPCO 11 : Physiopathologie de la BPCO, d'après le site www.passeport.net

Plusieurs stades de sévérité de la maladie sont décrits¹³⁵ en fonction des caractéristiques cliniques et de l'importance des anomalies des épreuves fonctionnelles respiratoires (Annexe A/BPCO 12, et Tableau A/BPCO VII).

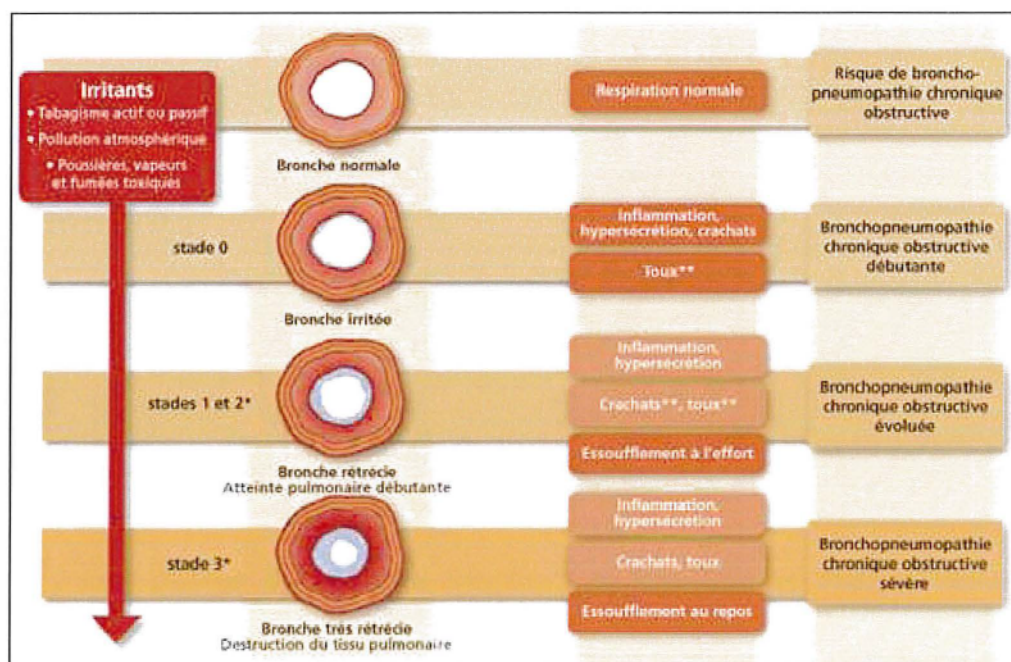


Figure A/BPCO 12 : Schéma des différents stades de la BPCO¹³⁶.

Tableau A/BPCO VII: Les degrés de sévérité de la BPCO.

<p>Stade 0 Risque de BPCO</p>	<p>VEMS/CV > 70%</p>
<p>Stade I BPCO peu sévère</p>	<p>VEMS/CV < 70% VEMS > 80% de la valeur théorique</p>
<p>Stade II BPCO moyennement sévère</p>	<p>VEMS/CV < 70% 30% < VEMS > 80% de la valeur théorique <i>Stade II A</i> 50% < VEMS > 80% de la valeur théorique <i>Stade II B</i> 30% < VEMS > 80% de la valeur théorique</p>
<p>Stade III BPCO sévère</p>	<p>VEMS/CV < 70% VEMS > 30% ou VEMS < 50% de la valeur théorique en présence d'une insuffisance respiratoire chronique ou de signes cliniques d'HTA pulmonaire.</p>

Le tabagisme est la principale cause dans 80% des cas de BPCO, le risque augmentant avec l'ancienneté et l'intensité de l'addiction. L'arrêt du tabac, permet selon les stades de sévérité une stabilisation ou une récupération de la fonction respiratoire¹³².

2.5. Stratégie thérapeutique :

2.5.1. Stratégie médicamenteuse :

La stratégie thérapeutique de la BPCO a quant à elle comme objectif une réduction de la dyspnée associée à une diminution du nombre et de la sévérité des exacerbations.

La thérapeutique employée dans le traitement de la BPCO est quelque peu semblable à celle de l'asthme.

2.5.1.1. Les bronchodilatateurs :

Les bronchodilatateurs sont le principal traitement symptomatique des BPCO (grade A), ils comprennent les bêta2 mimétiques et les anticholinergiques. Les formes combinées associant ces deux classes de bronchodilatateurs de courte durée d'action améliorent les expiratoires aux formes prises chacune séparément à la même posologie¹³⁵.

La théophylline :

Elle est proposée en cas de difficulté d'utilisation des bronchodilatateurs inhalés ou en cas d'amélioration insuffisante de la dyspnée (grade C)¹³⁵.

2.5.1.2. Les mucolytiques :

Les mucolytiques ont pour objectif de modifier la qualité et la quantité des sécrétions bronchiques afin d'améliorer l'épuration mucociliaire¹³⁷. L'indication de ces molécules comme la N-acétylcystéine concerne les épisodes d'exacerbations des broncho-pneumopathies.

La N-acétylcystéine agit par la lyse des ponts disulfures réunissant les glycoprotéines du mucus, permettant alors une réduction de la viscosité de ce dernier¹²³.

L'ambroxol, autre mucolytique, stimule par son action sur les cellules sécrétrices la sécrétion bronchique et favorise la production d'un mucus plus mobilisable. Il augmente ainsi l'activité ciliaire¹³⁷.

Ces différents traitements sont résumés dans le Tableau A/BPCO VIII.

Tableau A/BPCO VIII : Les traitements mucolytiques de la BPCO.

Molécules (DCI)	Spécialités	Caractéristiques pharmacocinétiques	Posologies
N-acétylcystéine	Broncoclar® 200mg granulés sachet, Exomuc® 200 mg granulés sachet, Flumucil® 2% sol buv, 200mg cpr eff, granulés sachet, 5g/25ml sol inj Mucolator® 200mg granulés sachet, poudre orale, 1g/5ml sol pour instillation, Solmucol® 200mg granulés sachet, 2,5% pdre et sirop, Tixair® 200mg cpr	<p>L'acétylcystéine est rapidement résorbée; le pic de concentration plasmatique est atteint en une heure, après administration orale de 200 à 600 mg.</p> <p>La biodisponibilité est de l'ordre de 4 à 10 % de la dose administrée, vraisemblablement par métabolisme intraluminal et effet de premier passage hépatique important.</p> <p>Elle est métabolisée en plusieurs dérivés oxydés.</p> <p>Sa demi-vie est de 2 heures. La clairance rénale intervient pour 30% environ dans la clairance totale.</p>	1 prise 3 fois / jr
Ambroxol	Muxol® 0,3% sol buv, 30Mmg cpr, Surbronc® 0,6% sol buv, 30 mg cpr, granulés, solution injectable	<p>L'ambroxol est bien absorbé par voie orale. Le pic plasmatique est atteint en deux heures environ.</p> <p>La biodisponibilité est de 70 % environ. Les valeurs élevées des volumes de distribution témoignent d'une diffusion extravasculaire importante.</p> <p>La demi-vie d'élimination est en moyenne de 7,5 heures. L'élimination est essentiellement urinaire, avec deux métabolites principaux excrétés sous forme glycuconjugée.</p>	1 à 2 prises réparties le matin et le soir. Durée de traitement de 8 à 10 jours ¹³⁸ .

2.6. Critères de choix thérapeutique:

D'après les Recommandations de la SPLF pour la prise en charge de la BPCO, les bronchodilatateurs bêta2 mimétiques et anticholinergiques sous forme inhalée sont le principal traitement symptomatique des BPCO¹³⁵. Le choix de la classe dépend de la réponse individuelle et des effets secondaires (grade C). En cas d'utilisation pluriquotidienne, il convient de préférer les formes à durée d'action prolongée.

Les corticostéroïdes inhalés (CSI) ne concernent que les patients de stade III, et les patients avec exacerbations répétées malgré une prise en charge par ailleurs optimale (grade B). Les études suggérant une association de bêta2 mimétiques et de CSI, suggèrent une réduction des exacerbations chez les patients étudiés.

Les corticostéroïdes par voie générale ne sont quant à eux pas recommandés au long cours suite à leurs nombreux effets indésirables.

La théophylline possède un effet bronchodilatateur modéré, elle améliore ainsi la dyspnée.

Les mucolytiques ne font l'objet d'aucun consensus dans le traitement de la BPCO. L'organigramme suivant (Figure A/BPCO 13) résume les choix thérapeutiques recommandés pour la prise en charge de la BPCO¹³⁹.

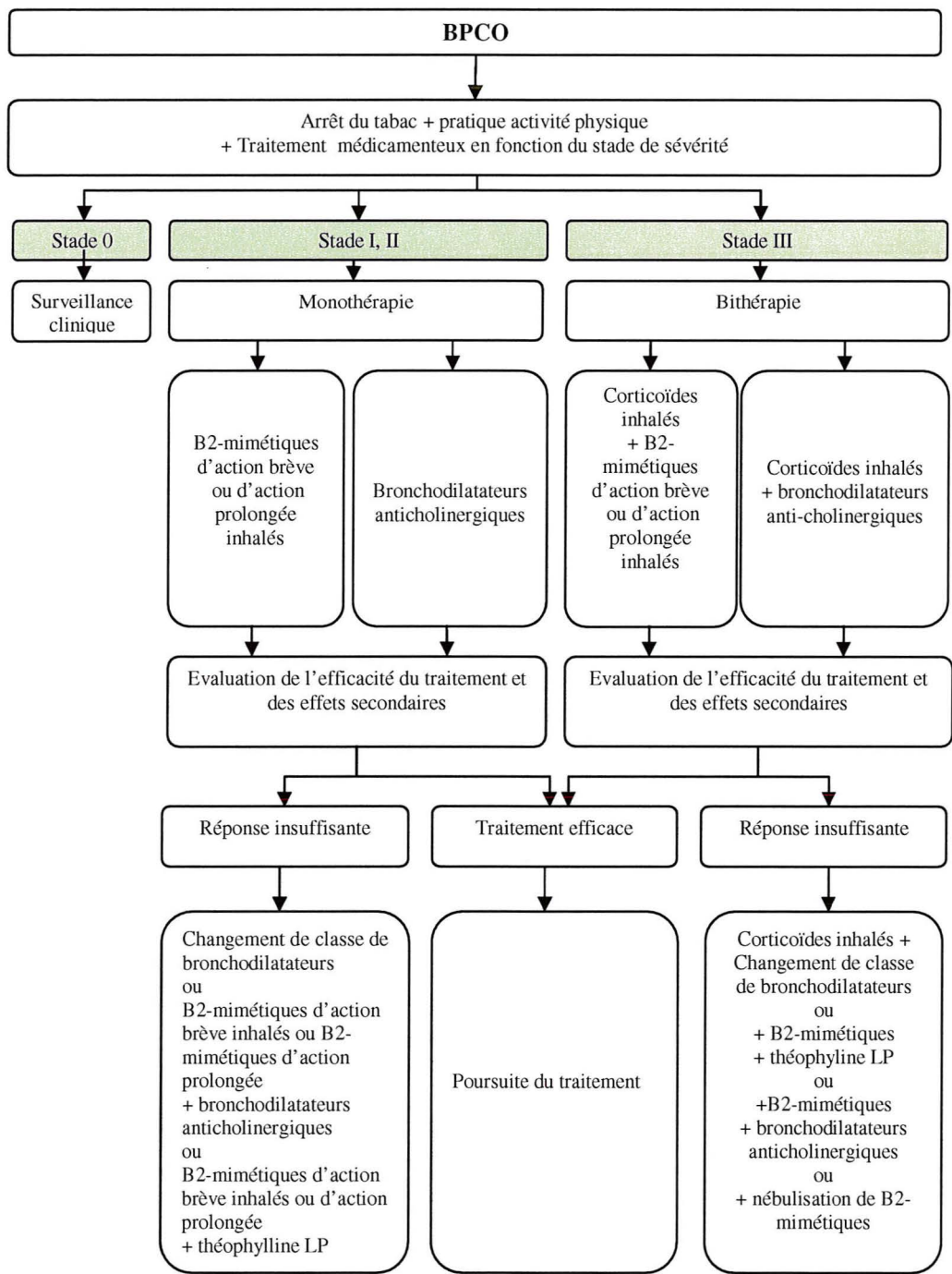


Figure A/BPCO 13 : Schéma de la prise en charge de la BPCO ¹³⁹

2.6.1. Les autres composantes du traitement de la BPCO :

2.6.1.1. L'arrêt du tabac :

L'arrêt du tabagisme, seule mesure susceptible d'interrompre la progression de l'obstruction bronchique et de retarder l'apparition de l'insuffisance respiratoire, est un objectif prioritaire quelque soit le stade de la maladie (grade A). Pour les patients ne pouvant cesser complètement leur consommation, une réduction doit être envisagée par la substitution nicotinique.

2.6.1.2. Réduction des facteurs de risque :

La prévention d'une éventuelle exposition professionnelle respiratoire aux polluants professionnels s'impose chez les sujets atteints de BPCO¹³⁵.

2.6.1.3. L'oxygénothérapie :

L'oxygénothérapie de longue durée (OLD) est indiquée chez les patients BPCO lorsque, à distance d'un épisode aigu et sous réserve d'un traitement optimal (arrêt du tabagisme, traitement bronchodilatateur et kinésithérapie), deux mesures des gaz du sang artériel en air ambiant à au moins trois semaines d'intervalle ont montré une PaO₂ diurne inférieure ou égale à 55 mmHg (grade A)¹³⁵.

Chez les patients dont la PaO₂ diurne est comprise entre 56 et 59 mmHg (entre 7,4 et 7,8 kPa), l'OLD est indiquée uniquement en présence d'un ou plusieurs des éléments suivants : hypertension artérielle pulmonaire (pression artérielle pulmonaire moyenne = 20 mmHg (grade A), désaturations artérielles nocturnes non apnéiques, polyglobulie (hématocrite > 55 %), signes cliniques de cœur pulmonaire chronique).

L'utilisation de l'OLD doit être la plus prolongée possible au cours du nycthémère, jamais inférieure à 15 heures par jour (grade A) et incluant systématiquement de ce fait les périodes de sommeil¹³⁵.

2.6.1.4. La réhabilitation respiratoire :

La réhabilitation respiratoire a pour objectif de prévenir l'encombrement bronchique et de maintenir la capacité respiratoire. Elle comprend diverses techniques comme la désobstruction bronchique, le renforcement des muscles inspiratoires, le réentraînement à l'effort, un apprentissage de la toilette bronchique, etc. Ces séances sont prescrites à raison de 2 à 3 fois par semaine¹³⁹.

2.7. Gestion des points critiques :

Comme pour l'asthme, la gestion des points critiques reposent sur la prise en charge de divers paramètres tels que :

- les contre-indications,
- les interactions médicamenteuses,
- les posologies.

2.7.1. Les contre-indications

Les contre-indications relatives à la BPCO sont semblables à celles de l'asthme.

2.7.2. Les interactions médicamenteuses :

Le traitement de la BPCO étant proche de celui de l'asthme, aucune autre interaction médicamenteuse n'est à noter. *Cf. paragraphe 1.7.2. Interactions médicamenteuses.*

2.7.3. Les posologies

Elles sont référencées dans les tableaux : Tableau A/BPCO I et Tableau A/BPCO II.

2.7.4. L'urgence :

Les phases d'exacerbation aiguë constituent l'urgence dans le cadre des BPCO. Les modalités de prise en charge de ces exacerbations sont dépendantes des critères de gravité cités dans le tableau ci-dessous. L'existence de ces signes de gravité conduit obligatoirement à une hospitalisation.

Tableau A/BPCO IX : Critères de gravité des exacerbations de BPCO. SPLF. Recommandations pour la prise en charge des broncho pneumopathies chroniques obstructives.1996

<p>Critères cliniques :</p> <ul style="list-style-type: none">- Température > 38,5°C- Oedèmes des membres inférieurs- Fréquence respiratoire > 25/ min- Fréquence cardiaque > 110 /min- Cyanose- Diminution de la vigilance <p>DEP :</p> <ul style="list-style-type: none">- Valeur < 100 L/min <p>Gaz du sang à l'air :</p> <ul style="list-style-type: none">- PaO₂ < 60 mmHg.- SaO₂ < 90 %.- PaCO₂ > 45 mmHg.
--

Le traitement de l'urgence diffère selon que les exacerbations soient accompagnées ou non de signes de gravité ainsi¹⁴⁰,

- **en cas d'exacerbations sans signes de gravité :** la prise en charge initiale peut être assurée au domicile. Le traitement repose en priorité sur l'administration de bronchodilatateurs par voie inhalée : bêta2 mimétiques et/ ou anticholinergiques. La posologie peut être comprise entre 12 et 24 bouffées par jour¹⁴⁰.

Une corticothérapie orale de courte durée à la posologie de 0,5-1 mg/kg/j peut être proposée en cas de non amélioration rapide des symptômes¹⁴⁰.

La kinésithérapie de drainage bronchique est utile afin de limiter l'encombrement bronchique induit par les exacerbations¹⁴⁰

Ces modalités de prise en charge sont résumées dans la figure 14.

- **en cas d'exacerbations avec signes cliniques de gravité** : la prise en charge est systématiquement hospitalière¹⁴⁰. Le traitement repose avant tout sur une oxygénothérapie nasale, accompagnée d'un traitement médicamenteux comprenant l'emploi de bronchodilatateurs bêta2 mimétiques et/ou anticholinergiques administrés par nébulisation permettant l'administration de fortes doses (5 mg de salbutamol, 0,5mg d'ipratropium, 10 mg de terbutaline)¹⁴⁰.

La corticothérapie par voie générale est employée, bien que son intérêt ne soit pas démontré, à la posologie équivalente de 0,5-1mg/kg /j de prednisone¹⁴⁰.

Ces modalités de prise en charge sont reprises dans la figure 15 ci-dessous.

Un traitement antibiotique peut être instauré lors d'exacerbations, toutefois son bénéfice est encore mal établi et les données de la littérature sont contradictoires. Il s'avère que les exacerbations de BPCO ne soient pas toutes d'origine infectieuse et tel était le cas, la cause n'est pas uniquement bactérienne¹⁴⁰. Les antibiotiques recommandés sont répertoriés dans la liste suivante :

- les amino-pénicillines,
- les céphalosporines de première génération,
- les macrolides, streptogramines et lincosamides,
- l'association amino-pénicillines et inhibiteurs des bêta-lactamases et les céphalosporines de deuxième et troisième génération.

Leur choix est fonction de la situation clinique individuelle de chaque patient, quant à la durée du traitement elle varie de 7 à 10 jours¹⁴⁰.

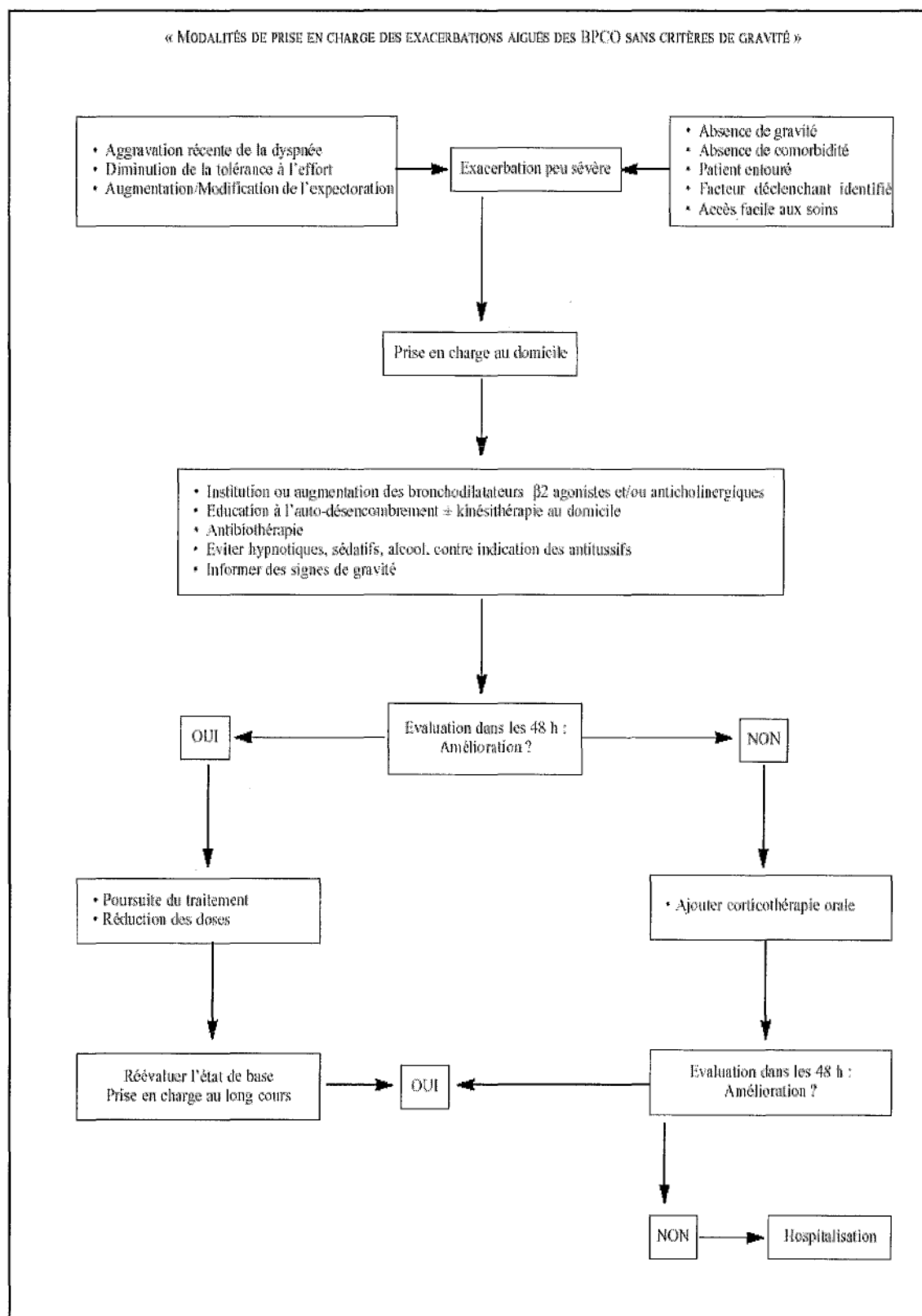


Figure A/BPCO 14 : Modalités de la prise en charge des exacerbations sans critère de gravité d'après les Recommandations de la SPLF.¹⁴⁰

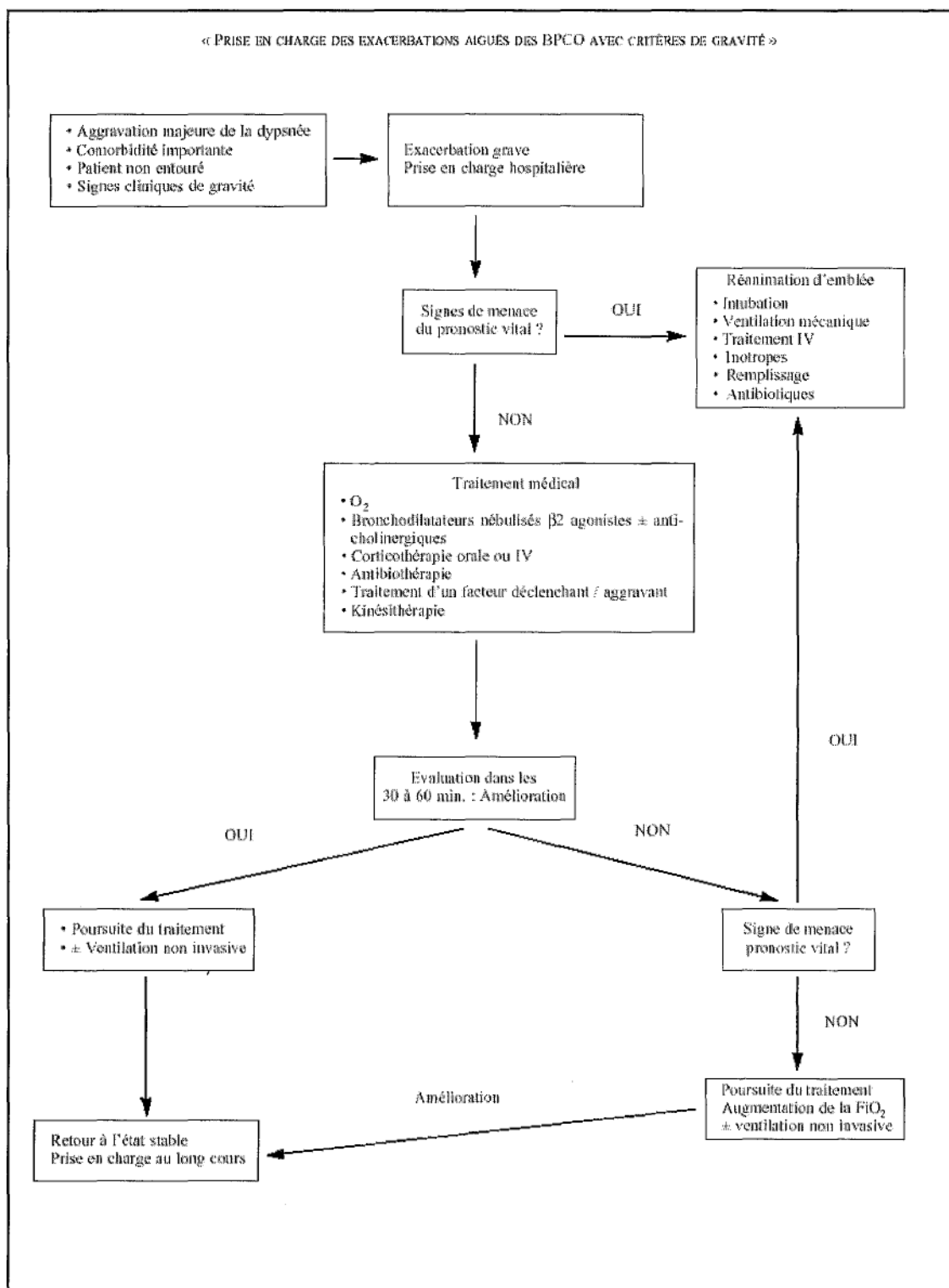


Figure A/BPCO 15 : Prise en charge des exacerbations avec critères de gravité d'après les Recommandations de la SPLF.¹⁴⁰

2.8. Optimisation du traitement

Selon le Plan BPCO¹³², on observe que malgré l'existence de recommandations, tous les patients BPCO ne bénéficient pas d'un traitement et d'un suivi optimal. Par exemple, les prescriptions d'oxygénothérapies pour les BPCO sévères ne sont pas toujours adaptées en termes de durée et la réhabilitation respiratoire reste encore peu prescrite malgré la preuve de son efficacité. L'information et l'éducation thérapeutique, incluant l'aide au sevrage tabagique restent elles aussi insuffisantes.

Face à ce constat, le plan BPCO préconise une amélioration de la prise en charge globale des patients atteints de BPCO. Les objectifs proposés sont les suivants :

- améliorer l'accessibilité de la réhabilitation respiratoire et de l'éducation thérapeutique des malades,
- réaliser des programmes de sevrage tabagique en proposant différentes techniques,
- favoriser l'accès aux soins de sevrage tabagique,
- améliorer la couverture vaccinale contre la grippe et le pneumocoque dans un but de prévention des exacerbations.

2.8.1. Les effets indésirables :

Pour les mucolytiques, les effets indésirables répertoriés sont les suivants :

- troubles digestifs de l'ordre de gastralgies, nausées, diarrhées ;
- troubles cutanéomuqueux : érythème, rash, prurit et urticaire ;
- manifestations anaphylactoïdes de type oedèmes de Quincke, céphalées et vertiges nécessitant un arrêt du traitement immédiat¹²².

2.8.2. Plan de prise des traitements et utilisation correcte des dispositifs

d'inhalation :

Se référer aux Annexe A/BPCO 2, Annexe A/BPCO 3, Annexe A/BPCO 4, Annexe A/BPCO 5, Annexe A/BPCO 6.

2.8.3. Suivi médical :

La surveillance médicale pour la prise en charge de la BPCO, est semblable à celle de l'asthme.

La spirométrie reste l'examen minimal recommandé dans le suivi de la BPCO. La mesure des gaz du sang artériel est recommandée chez les patients présentant une dyspnée d'effort et parfois une dyspnée de repos, des signes d'hypertension artérielle pulmonaire ou ayant un VEMS inférieur à 50% de la valeur théorique¹³⁵.

La dénutrition est fréquente chez les patients ayant une BPCO, en particulier au stade d'insuffisance respiratoire chronique. Elle diminue l'espérance de vie, la tolérance à l'effort et altère la qualité de vie.

Le mécanisme de la dénutrition des BPCO est l'augmentation de la dépense énergétique de repos. Cet hyper-métabolisme de repos est dû à l'augmentation de la consommation d'oxygène des muscles respiratoires, à la présence d'un état inflammatoire... De plus, une augmentation de la dépense énergétique à l'effort est impliquée suite à une augmentation du travail respiratoire. Un bilan nutritionnel pour chaque patient doit donc être évalué afin d'instaurer ou non une supplémentation orale impérativement associée à une réhabilitation respiratoire¹⁴¹.

Chez les patients traités par OLD, une surveillance au moins semestrielle est souhaitable lorsque l'état clinique est stable (grade C). Lorsque l'état clinique se détériore et/ou lorsqu'une aggravation de la SaO₂ en air ambiant est constatée entre deux contrôles, une surveillance plus rapprochée est justifiée¹³⁵.

3. Les différences entre asthme et BPCO :

Les différences entre l'asthme et la BPCO explicitées précédemment sont reprises dans le Tableau A/BPCO X.

Tableau A/BPCO X : Différences entre asthme et BPCO.

Critères	Asthme	BPCO
Physiopathologie	Hyperréactivité bronchique Inflammation bronchique Bronchoconstriction	Bronchite chronique Emphysème
Critères de sévérité	4 stades reconnus	4 stades reconnus
Fonction pulmonaire	obstruction variable et réversible inflammation variable et réversible	obstruction fixée inflammation fixée
Age	A tous les âges	Après 40 ans
Facteurs de risque	Allergènes divers	Tabac Polluants professionnels
Traitements médicamenteux	Bronchodilatateurs Corticostéroïdes Anti-leucotriènes Théophylline Cromones Kétotifène	Bronchodilatateurs Théophylline Corticostéroïdes Mucolytiques
Autres traitements	Kinésithérapie respiratoire Immunothérapie Eviction des allergènes	Oxygénothérapie Arrêt du tabagisme Eviction des polluants Réhabilitation respiratoire

4. Mise en revue de la littérature sur l'éducation thérapeutique dans le domaine de l'asthme

L'éducation thérapeutique du patient asthmatique fait l'objet de nombreuses études et publications. Même si les méthodes sont insuffisamment renseignées, toutes s'accordent à dire que la délivrance unique d'information n'est pas efficace. Une éducation optimale est la

résultante d'une délivrance d'information, d'un apprentissage à l'autogestion, d'un suivi régulier et d'un plan d'action écrit¹⁴².

Toutes les démarches existantes diffèrent dans leurs approches; en effet « l'approche patient » varie selon les publications en fonction de l'âge, ou de la sévérité de la maladie. La démarche explicitée dans la littérature, reprend les modalités et caractéristiques des séances éducatives en termes de durée ou bien du type de formateurs.

Quant aux stratégies éducatives, elles sont également nombreuses et varient considérablement en fonction des objectifs, des méthodes d'éducation¹⁴³ et des supports employés.

4.1. L'approche patient

Pour l'éducation formulée aux enfants, toutes les études s'accordent sur l'aspect ludique et interactif¹⁴⁴ de celle-ci. La démarche éducative de l'enfant est adaptée en fonction de son âge, de sa capacité d'autonomisation et de sa maturité. Cette démarche intègre les parents de l'enfant selon des modalités variables : chez le nourrisson, la dépendance est complète et l'éducation centrée sur les parents. Plus tard, l'enfant puis l'adolescent est guidé dans l'apprentissage de son autonomie, les parents étant alors destinés à assurer un encadrement plus ou moins distant¹⁴⁴. Aucune étude comparant des groupes avec des enfants seuls et d'autres accompagnés de leurs parents n'a été effectué à ce jour¹⁴⁵. Toutefois, quelque soit l'âge, les parents doivent être responsabilisés vis-à-vis de la maladie¹⁴⁴.

Pour la population adulte, dix ans auparavant, les avis étaient partagés ; certains pensaient que l'éducation devait être réservée aux patients les plus symptomatiques d'autres aux patients les plus méritants, c'est-à-dire les plus observants¹⁴⁶. Désormais, il est admis qu'elle s'adresse à tous les patients asthmatiques et qu'elle doit être renforcée lors d'un contrôle insuffisant de l'asthme¹⁴⁷.

4.2. La démarche éducative

L'ANAES indique que tous les professionnels de santé impliqués dans la prise en charge du patient asthmatique sont concernés dans l'éducation thérapeutique. Cela comprend : les

médecins généralistes et spécialistes, les infirmières, les kinésithérapeutes, les pharmaciens, les psychologues, etc.¹⁴⁷

Cependant, selon un article mettant en revue de nombreuses études effectuées entre 1979 et 1989, il en ressort que l'éducation est le plus souvent délivrée par des infirmières (38%) ou par des médecins (36%)¹⁴³. Une étude seulement mentionne l'implication d'une équipe multidisciplinaire¹⁴³, en réalité pas plus d'un professionnel de santé est impliqué dans une démarche éducative.

Toutefois, quel rôle le pharmacien tient-il dans l'éducation thérapeutique ? Il est reconnu que ce dernier peut reprendre si nécessaire les explications du médecin comme la connaissance de la maladie, le traitement de fond et le traitement de la crise, leur mode d'administration, mais également poursuivre l'apprentissage des techniques d'inhalation.

Une étude menée en 1998 dans vingt officines à démontrer la faisabilité et l'intérêt de développer des programmes éducatifs chez les asthmatiques à l'officine afin d'améliorer la prise en charge de ces patients¹⁴⁸. Les pharmaciens peuvent donc jouer un grand rôle, en plus de l'apprentissage des techniques d'inhalation, dans l'identification des asthmes peu contrôlés, dans l'observance de la prise des bronchodilatateurs et des corticoïdes¹⁴⁹.

Les caractéristiques des séances éducatives sont diverses et variées ; elles diffèrent selon leur durée, leur fréquence mais aussi dans leur modalité.

Pour l'enfant comme pour l'adulte, toutes les méthodes éducatives quelles soient individuelles ou collectives peuvent être proposées selon l'ANAES¹⁴⁴. Cette condition devra être choisie en fonction de la compétence à acquérir par le patient. L'ANAES propose ainsi pour chaque item, la condition recommandée comme le montre le Tableau A/BPCO XI ci-dessous.

Tableau A/BPCO XI: Compétences, techniques pédagogiques et conditions de l'apprentissage. ANAES.

Ensemble des connaissances, d'actions, de comportements (compétences) que le patient est amené à acquérir	Techniques pédagogiques	Conditions de l'apprentissage
L'évaluation de l'asthme et la compréhension de la maladie		
Percevoir la présence de 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	Etude de cas Raisonnement à voix haute (raconter sa dernière crise d'asthme)	Individuel ou collectif Individuel
Mesurer correctement son DEP	Atelier du souffle : inspirer, souffler	Individuel ou collectif
Exprimer ses représentations et son vécu sur la maladie et son traitement	Mots-clés Table ronde	Individuel ou collectif
Réagir en décidant de faire appel à un médecin en temps opportun selon des critères préétablis	Entretien	Individuel ou collectif
Le traitement pharmacologique		
Expliquer l'action des médicaments en s'aidant éventuellement des mécanismes de l'asthme : - différencier l'action du traitement de fond du traitement de la crise - différencier une inflammation des bronches d'un bronchospasme	Classeur imagier couplé avec un exposé interactif Jeu de paille	Individuel ou collectif
Utiliser correctement un aérosol doseur standard (éventuellement avec une chambre d'inhalation) ou auto déclenché ou un dispositif à poudre	Mise en situation couplée avec le raisonnement à haute voix, démonstration et manipulation par le patient	Individuel ou collectif
Interpréter les valeurs observées du DEP et des symptômes ressentis pour se situer dans l'une des trois zones d'autogestion du traitement - noter sur son carnet de suivi les résultats de son DEP et les événements, le contexte dans lequel surviennent les crises d'asthme	Etude de cas ou raisonnement à haute voix Simulation : analyse d'un carnet de suivi	Individuel ou collectif Individuel
Adapter son traitement en tenant compte du plan de traitement écrit et défini avec le médecin, en cas d'exacerbation	Etude de cas	Individuel
Adapter son traitement en fonction des risques présents dans l'environnement et lors d'un changement de contexte	Chasse des asthmogènes	Individuel ou collectif
Expliquer à l'entourage la maladie et la conduite à tenir lors d'une crise d'asthme	Jeu de rôles	Individuel ou collectif
Sélectionner les informations utiles concernant sa maladie, son traitement (revues, magazines, Internet)	Mise à disposition du patient de ressources documentaires	Auto apprentissage

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.	Exposé interactif Etude de cas	Individuel ou collectif
Adapter ses activités quotidiennes et de loisirs en fonction de la pollution atmosphérique	Table ronde ou entretien individuel	Individuel ou collectif
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.	Exposé interactif Etude de cas	Individuel ou collectif
Agir sur son environnement pour réduire le risque lié à l'exposition tabagique passive.	Table ronde	Collectif
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	Table ronde ou entretien individuel	Individuel ou collectif
Améliorer sa tolérance à l'effort (séances de kinésithérapie)	Entraînement à l'effort	Individuel

Selon une étude, les séances d'éducation individuelles sont souvent plus communes (37%) que celles effectuées en groupe (28%)¹⁴³. Il semble que les deux méthodes possèdent chacune des avantages bien spécifiques et soient toutes aussi efficaces en termes de résultats¹⁵⁰.

Les séances en groupe apportent un soutien social grâce à l'échange entre les différents participants, ces derniers partagent leur propre expérience, s'aident mutuellement afin d'évaluer la sévérité de leur condition, ou afin de résoudre des problèmes d'autogestion de la maladie¹⁵⁰. L'aspect individuel est tout de même possible au travers d'un entretien individuel au cours de la séance, au cours de jeu de rôles ou de discussion dont le but est de résoudre un problème personnel.

L'aspect négatif des sessions en groupe réside dans la planification des séances en fonction des disponibilités de chacun, contrairement aux sessions individuelles¹⁵⁰.

Les séances individuelles permettent quant à elles une personnalisation de l'éducation ; chaque patient étant différent dans son mode de vie, le degré de sévérité de sa maladie, son statut économique et social, son niveau d'éducation, etc.

Selon différents articles, la durée des séances est variable s'étalant de 10 min à une journée, voire un week-end. Le nombre de séances d'éducation varie ; elles peuvent contenir plusieurs sessions pouvant s'étaler jusqu'à deux ans¹⁴³. La considération est toutefois donnée aux programmes les plus longs¹⁴⁵. La fréquence des séances dépend des besoins éducatifs et des capacités du patient à acquérir les compétences enseignées. L'état actuel des connaissances ne permet pas de proposer une fréquence ainsi qu'une durée optimale des séances éducatives¹⁴⁷.

Les éducations ont été délivrées dans plusieurs endroits mais aucun site n'est apparu comme étant plus effectif qu'un autre⁶ chacun apportant des avantages et des inconvénients spécifiques. Les lieux expérimentés sont : les services des urgences ou lors d'hospitalisation ; un effet positif de l'action dans ces lieux est reporté. Les autres lieux retenus sont lors de consultations, dans les écoles, dans des camps de vacances spécifiques ou bien dans les pharmacies de ville¹⁴².

4.3. La stratégie éducative

La délivrance d'une éducation seule n'a aucune efficacité. Les programmes d'éducation doivent comporter en plus de la délivrance d'une éducation, une méthode d'autogestion du traitement, des visites médicales régulières et un plan d'action personnalisé écrit^{142,151,152,153}. Les items énoncés précédemment sont cependant très peu détaillés dans la littérature.

4.3.1. Délivrance de l'information

Il ressort que les informations divulguées aux patients concernent essentiellement la physiopathologie de l'asthme en insistant sur la notion et le rôle de l'inflammation, la gestion des facteurs déclenchants, l'action des médicaments et leurs effets indésirables¹⁴⁷.

Les thèmes énoncés ci-dessus peuvent être détaillés de la façon suivante :

- *l'asthme* : connaissance générale sur l'asthme, physiopathologie, symptômes.
- *les médicaments* : utilisation des médicaments en général, différence sur les types de médicaments (broncho-dilatateurs/anti-inflammatoires), techniques d'inhalation, observance du traitement, ajustement des traitements au cours de la crise.
- *les facteurs déclenchants* : liste de ces facteurs, savoir les éviter.
- *le peak-flow* : comprendre les valeurs, savoir l'utiliser.
- *autres* : tabagisme¹⁴³

4.3.2. Autogestion du traitement :

Une définition très complète de l'autogestion a été proposée par A. Deccache : c'est un « *processus d'acquisition permanent de compétences et de ressources suffisantes pour répondre soi-même aux exigences liées à un niveau de maintien ou d'amélioration d'un équilibre, notamment par la prise de décisions les plus adaptées face aux évènements qui peuvent survenir au cours de l'évolution et donc sur une longue période* »¹⁴⁶. Les évènements aidant dans la prise de décisions sont les symptômes, ou la mesure du DEP.

4.3.3. Visites médicales régulières :

Un asthme contrôlé et un traitement adapté sont à la base d'un suivi médical régulier¹⁵³.

4.3.4. Plan d'action écrit :

Les recommandations¹⁴⁴ entendent par plan d'action écrit un document écrit différent de l'ordonnance, établi au nom du patient. Il doit indiquer le traitement de la crise lors du début de celle-ci et dans le cas où celle-ci se prolongerait comme le montre l'Annexe A/BPCO 1. Les critères de gravité de l'asthme doivent également être précisés. Il est recommandé d'expliquer oralement le plan d'action, d'en vérifier sa compréhension et son acceptation par le patient¹⁴⁴.

4.3.5. Autres aspects

La littérature fait toutefois un constat : beaucoup d'interventions ont pour but de transmettre des connaissances sur la maladie au lieu de se focaliser sur la capacité du patient à admettre cette dernière¹⁴³. Plusieurs aspects sont mis en évidence : la croyance des patients sur la sévérité de leur asthme est par exemple souvent sous-estimée, le sentiment de gêne lors du déclenchement d'une crise en public ou lors de la prise des médicaments en public¹⁵⁴, etc. Un stress est alors généré par la maladie, auquel le patient ne sait pas faire face, et qu'il doit apprendre à gérer. De nombreuses études démontrent que les interventions éducatives peuvent alors diminuer cette anxiété liée à l'asthme.¹⁴⁵

Afin de promouvoir une éducation optimale, le choix des supports doit être adapté à la fois dans sa forme et dans son fond. L'accessibilité à l'information écrite est appréciée, elle doit cependant être simple, concrète et synthétique^{142,147}.

De multiples outils sont utilisés : plaquettes, sites Web, jeux vidéo et multiples matériels pédagogiques. Néanmoins, la plupart de ces outils n'ont pas été évalués et sont donc utilisés de façon purement empirique. Un choix de différents outils pédagogiques est proposé par l'ANAES dans le Tableau A/BPCO XI en fonction du thème abordé¹⁴⁴.

Pour l'enfant, le choix des outils doit être adapté à son âge et à ses capacités individuelles. Les outils proposés sont répertoriés dans le tableau suivant en fonction de l'âge du patient et de la compétence à acquérir :

Tableau A/BPCO XII: Les outils éducatifs. ANAES. Education thérapeutique de l'enfant asthmatique et de sa famille en pédiatrie

Outils	Savoir	Savoir faire	« Savoir être »
2-5 ans	Chansons Théâtre	Inhalateurs Chambre d'inhalation Débitmètre de pointe	Plan d'action Carnet de suivi
6-11 ans	Classeur Livre, bande dessinée Vidéos, Cd-rom	Inhalateurs Débitmètre de pointe Sifflet, jeux	Carnet de suivi Jeux de rôles
12-18 ans	Classeur Internet Cd-rom	Inhalateurs Débitmètre de pointe Sifflet, jeux	Carnet de suivi Jeux de rôles
Parents	Classeur	Inhalateurs Débitmètre de pointe Sifflet	Carnet de suivi

La littérature fait état d'autres moyens pédagogiques pour les enfants tels que la *maison des allergènes*, réalisée sur le modèle d'une maison de poupées. Elle permet de travailler sur le contrôle de l'environnement domestique et plus particulièrement sur la lutte des acariens. Des *marionnettes* peuvent être proposées pour la réalisation de jeu de rôles. En fonction de l'âge des enfants, et des objectifs à atteindre pour le groupe, une situation à traiter est choisie (mise en présence de facteurs déclenchants, explication de l'asthme à un ami...) ¹⁵⁵.

Quatre outils éducatifs ont fait l'objet d'étude afin de connaître leur efficacité :

- **Le plan d'action personnalisé écrit (PAPE) :**

Le recours à un PAPE est référencé dans de multiples articles, ce dernier a pour objectif de dicter au patient la conduite à tenir pour une bonne gestion de l'asthme et/ou lors de la crise. Deux types de PAPE sont proposés : un premier se basant sur les valeurs du DEP, un autre basé sur les symptômes. Les résultats trouvés concernant l'efficacité de chacun de ces plans n'ont démontré aucune différence sur les taux d'hospitalisations, le passage aux urgences, et l'absentéisme ^{156, 157}.

Une étude menée en 2004 recherchait les composantes essentielles d'un plan d'action écrit. Elle en concluait qu'un plan d'action écrit doit être individualisé et complet, pour cela il comporte 4 items¹⁵⁸ à savoir :

- *quand augmenter son traitement* : avec définition du moment d'agir soit via les symptômes, soit via le DEP,
- *comment augmenter son traitement,*
- *pendant combien de temps,*
- *quand rechercher une assistance médicale.*

Le PAPE employé seul dans la démarche éducative n'a pas fait la preuve de son efficacité¹⁵⁶. Toutefois, lorsqu'il est présent dans une démarche éducative, les résultats n'en sont que meilleurs.

- **Internet :**

Selon une revue faite par la Direction Générale de la Santé concernant Internet¹⁵⁹, il est admis qu'il constitue une technologie qui s'adapte à tous les supports : texte, dessin, photo, vidéos, jeux interactifs, etc. Cependant certaines limites lui sont attribuées telles qu'une information souvent présentée sous forme de texte, d'accès difficile et un surplus d'informations non accompagné d'un critère de qualité et de mise à jour. Cette revue fait état d'une étude contrôlée sur l'utilisation d'un site d'éducation à destination d'enfants asthmatiques (n=228). Cette étude démontre que l'emploi de cet outil améliorerait les résultats sur la connaissance de la maladie, le nombre de passages aux urgences et l'emploi de CSI.

- **L'utilisation de placebo et chambres d'inhalation :**

Chaque éducation thérapeutique comprend la maîtrise des techniques d'inhalation ; pour cela l'utilisation de médicaments placebo reprenant les différents dispositifs est indispensable. Outre l'apprentissage des bonnes modalités d'administration, les placebos permettent de mettre en évidence les gestes dits rédhitoires tels que l'oubli d'agiter, l'oubli d'ôter le capuchon, etc. Une étude menée avec des pharmaciens, montre une amélioration des techniques d'inhalation en seulement deux semaines grâce à l'emploi de médicaments de démonstration¹⁴⁹. Face au large choix de dispositifs d'inhalation, une alternative existe, elle consiste à demander au patient d'apporter ses propres médicaments et montrer comment celui-ci procède.

- **Le peak-flow ou débitmètre de pointe :**

La gestion de la maladie s'effectue par une mesure régulière du souffle, ces mesures effectuées trois fois par jour peuvent être alors reportées sur un carnet de suivi et montrées au praticien afin que ce dernier puisse adapter le traitement selon les variations de la fonction pulmonaire¹⁵³.

4.4. Evaluation de la démarche éducative

Les diverses démarches éducatives sont évaluées à partir de nombreux indicateurs, répertoriés selon plusieurs items :

- ***Cliniques :***

- la fonction pulmonaire,
- l'asthme nocturne, les symptômes

- ***Paracliniques :***

- l'absentéisme,
- la connaissance du patient,
- les coûts indirects

- ***Consommation de soins :***

- le nombre d'hospitalisations,
- le nombre de passages aux urgences,
- le nombre de consultations non programmées
- la consommation médicamenteuse, l'observance,
- les coûts directs

- ***Qualité de vie :***

- la qualité de vie des patients

Les études s'accordent sur une diminution du nombre de passages aux urgences et de consultations non programmées¹⁵². Le nombre d'hospitalisations est quant à lui mitigé, diminuant parfois, ou n'intégrant aucun changement.

L'asthme nocturne se voit diminuer¹⁵² et la fonction pulmonaire augmenter.

La consommation médicamenteuse n'est pas interprétable, certaines études énonçant une augmentation de la consommation expliquée par une meilleure observance ; d'autres démontrant une diminution suite à une réduction de la consommation des bêta2-mimétiques d'action rapide, ainsi que celle de la prise de corticoïdes par voie orale.

La qualité de vie et la connaissance des patients sont en amélioration après une démarche éducative. La remarque est que ce constat est effectué peu de temps après ces démarches, une évaluation devrait être réalisée après une période plus longue.

Enfin, l'aspect économique de ces démarches est analysé, il en résulte une diminution des coûts notamment les coûts indirects¹⁵² comprenant une diminution des arrêts de travail, de même qu'une augmentation du temps de travail, mais aussi une diminution du recours aux urgences.

Un programme d'éducation idéal n'existe pas, il est en effet impossible de déterminer les composantes les plus efficaces pour une éducation thérapeutique. Les sessions en groupe ou individuelles apportent des résultats semblables ; le nombre de ces sessions de même que leur durée varient considérablement et sont toutes aussi efficaces. L'éducation doit cependant être continue dans le temps, des relances éducatives sont reconnues comme nécessaires pour une bonne gestion dans le temps de la maladie¹⁴⁸.

Néanmoins, une éducation intensive (comprenant information, autogestion, visites médicales et PAPE) présente un fort impact.

METHODOLOGIE

1. Protocole

1.1. Le référentiel d'étude

1.1.1. Les acteurs de l'étude

Cinq étudiantes en 6^{ème} année de Pharmacie à l'Université Joseph Fourier ont choisi d'étudier la faisabilité d'une démarche éducative à l'officine, dans le contexte de pathologies chroniques : diabète de type II, asthme / broncho-pneumopathie chronique obstructive, insuffisance cardiaque, migraine et traitement par anticoagulants oraux.

L'étude est réalisée sur 10 patients pour chaque pathologie (soit 50 patients au total), au sein des officines accueillant chaque étudiant pour leur stage de pratique professionnelle (Tableau VI).

Tableau VI: Récapitulatif des 5 officines incluses dans l'étude

Pathologies d'inclusions	Educateurs	Titulaires, Localisations
Migraine	BOCQUET Claire	Mme LAMEYNARDIE, <i>Annecy le Vieux (74)</i>
Diabète de type II	FORTIN Emeline	Mme BOYER, <i>Grenoble (38)</i>
Asthme et B.P.C.O	GOUDARD-PEYROLON Elsa	M. MODELON, <i>Guilherand-Granges (07)</i>
Anticoagulants oraux	MATHELET Catherine	M. et Mme BOURDARIAT <i>Pontcharra (38)</i>
Insuffisance cardiaque	RIQUELME Julie	M. et Mme ROUGIER <i>Saint Martin d'Hères (38)</i>

L'étudiant, préalablement formé à la démarche éducative (module d'éducation thérapeutique de 5^{ème} année / formation ad hoc pour cette étude) tenait le rôle de référent éducateur pour chaque patient.

Les autres professionnels de santé impliqués dans cette démarche de suivi éducatif étaient :

- le titulaire et son équipe officinale,
- les médecins généralistes et spécialistes entourant le patient.

1.1.2. Type d'étude choisie

Notre étude se divise en deux étapes, une étape d'élaboration pédagogique et organisationnelle ainsi qu'une étape d'évaluation de cette démarche éducative.

L'étape d'évaluation a ciblé deux types d'arguments, issus :

- de questionnaires d'évaluation proposés aux patients, aux titulaires, et aux médecins impliqués ;
- du retour d'expérience des éducateurs, issu des entretiens semi-directifs réalisés auprès des patients et des discussions ouvertes avec les autres acteurs de l'étude. Nous revenons sur ces éléments plus loin.

1.1.3. Inclusion des patients

1.1.3.1. Critères d'inclusion

Les personnes concernées étaient majeures ou accompagnées du tuteur légal, fidélisées, se rendant régulièrement à l'officine, dans le cadre d'une des 5 pathologies chroniques ciblées.

1.1.3.2. Mode de recrutement de la population

Le recrutement des patients par l'étudiant a été réalisé en collaboration avec le titulaire de l'officine et l'équipe officinale.

Compte tenu de l'approche de type monographique choisi pour cette étude, l'échantillonnage a suivi la règle du choix raisonné¹⁶⁰, visant à inclure des profils de patients les plus hétérogènes possible, en termes d'âge, de gravité de la pathologie et de catégorie socioprofessionnelle.

Aucun engagement n'était fixé avec le patient, en termes pédagogiques. Le patient disposait d'un droit de regard et d'explication quant aux sujets abordés pendant les séances éducatives. Nous insistions sur la confidentialité des informations dégagées des différents entretiens avec le patient.

1.1.4. Données temporelles

L'étude s'est déroulée du 01/01/2006, date de début de l'investigation, au 30/06/2006, date de fin du suivi éducatif. Néanmoins, le recueil des informations tirées des questionnaires s'est poursuivi jusqu'au mois de septembre 2006.

Le nombre et la fréquence des rendez-vous étaient définis selon les besoins et les attentes du patient. Nous proposons aux patients un ticket pour fixer un rendez-vous, à un moment opportun. (Annexe 5)

La durée des rendez-vous était fixée à 40 minutes pour la première rencontre (durée estimée pour développer un diagnostic éducatif) et à 20 minutes pour les suivantes, dans un souci de reproductibilité quelque soit l'officine considérée.

1.1.5. Lieux de l'étude

Les officines accueillant les étudiantes se situaient dans des zones économiques et sociales variées. Ainsi la diversité du recrutement était renforcée.

La démarche pédagogique devait se dérouler dans un espace de confidentialité disponible pour l'étude, afin que le patient se sente dans un lieu calme et de confiance.

Il était possible également de proposer le domicile du patient comme lieu de rendez-vous pharmaceutique, selon la convenance de ce dernier.

1.2. Outils de l'étude

1.2.1. Information du patient et des professionnels de santé

L'information du patient se faisait par l'intermédiaire d'un contact téléphonique ou d'une présentation orale effectuée à l'officine et par la remise d'une lettre d'information standardisée. (Annexe 6)

Une lettre d'information pouvait être communiquée au médecin référent, pour l'informer de l'inclusion de son patient, (Annexe 7). Cette lettre était accompagnée d'une présentation de la démarche, pouvant également être communiquée aux titulaires impliqués (Annexe 8).

1.2.2. Le dossier patient

Un dossier patient simplifié a été mis au point. (Annexe 9). Il se limitait à l'essentiel facilitant son emploi dans le cadre de l'activité officinale.

Ce dossier patient comportait 8 parties :

- L'accord de participation du patient,
- Les coordonnées du patient,
- Les personnes de l'équipe impliquées autour du patient,
- L'anamnèse,
- Les données biologiques,
- L'historique médicamenteux,
- L'état physiopathologique du patient,
- La synthèse du diagnostic éducatif.

Ce dossier était rempli grâce aux données informatives accessibles à l'officine, puis complété lors des rencontres ultérieures avec le patient.

1.2.3. Le diagnostic éducatif

L'étudiant prenait, dans le cadre de cette étude, une place d'éducateur - référent pour le patient. Sa première tâche était de réaliser un diagnostic éducatif, lors du premier contact avec le patient. Cette démarche visait à appréhender les caractéristiques, les besoins, les potentialités du patient afin de mettre en place une éducation individualisée (Annexe 10).

Les différentes étapes du diagnostic éducatif peuvent se résumer selon la figure suivante :

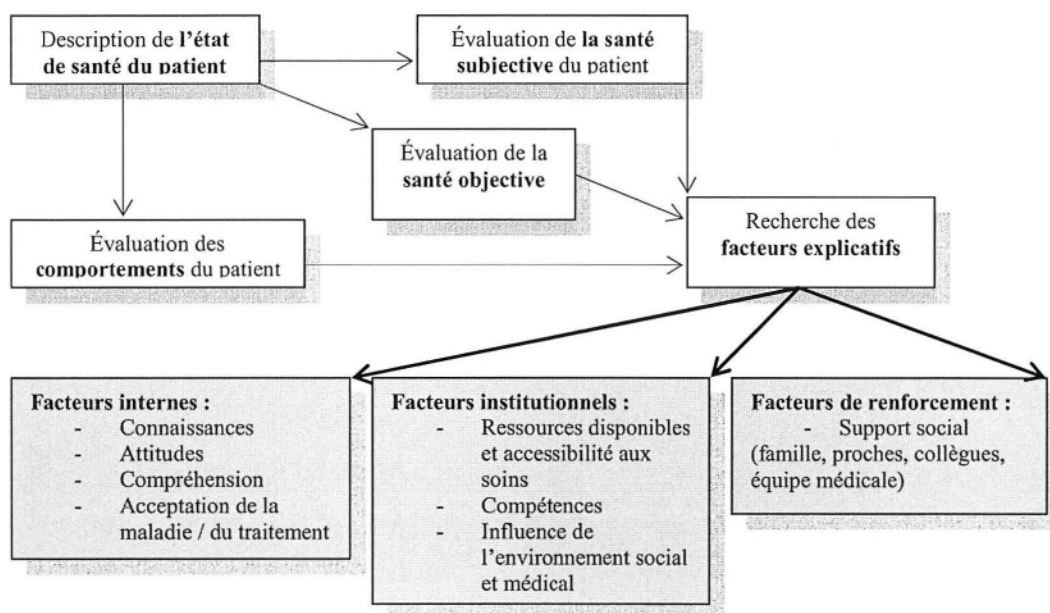


Figure 11 : Le diagnostic éducatif

L'enquêteur adoptait une attitude semi-directive, dans un but de laisser s'exprimer le patient, sur les points définis à l'avance dans le diagnostic éducatif, à savoir les critères 1. internes (connaissance, attitudes, compréhension, acceptation de la maladie / du traitement), 2. institutionnels (ressources disponibles en termes de recours aux soins, compétences), 3. de renforcement (support social), potentiellement explicatifs de comportements non adaptés vis-à-vis de la prise du traitement médicamenteux, cette prise en charge non adaptée pouvant induire des conséquences délétères en termes de santé objective et de santé perçue.¹⁶¹

Ce diagnostic éducatif s'élabore progressivement (potentiellement sur plusieurs séances) et s'avère évolutif. De ce diagnostic pouvait germer une amorce de projet éducatif fixant des objectifs thérapeutiques en fonction des besoins et attentes du patient. Ce projet était alors discuté et négocié avec le patient pour finalement être arrêté, en accord avec ce dernier.

1.2.4. Les séances de suivi éducatif

Ce sont des entretiens personnels, axés sur les objectifs thérapeutiques définis lors du diagnostic éducatif. Nous avons créé une liste des thèmes génériques à toutes les pathologies et

Méthodologie

pouvant servir de guide lors de l'élaboration du projet (Annexe 11). Cependant, le programme fixé initialement devait tenir compte de la dynamique d'apprentissage du patient et de son mode de vie. Ainsi, les thèmes à aborder pour le programme éducatif étaient discutés et négociés avec le patient. Un tableau de suivi de ces thèmes permettait d'évaluer la progression du patient (Annexe 12).

Lors des séances de suivi éducatif, les enjeux en terme de communication étaient les suivants :

- Prendre le temps d'expliquer aux patients, en s'aidant si possible de documents visuels et vérifier leur compréhension ;
- Reformuler et compléter les informations incomplètes ou erronées après avoir pris en compte les connaissances du patient ;
- Fractionner les informations ;
- Utiliser un vocabulaire compréhensible (bannir le jargon médical et traduire ou expliquer les termes scientifiques) ;
- Utiliser un langage positif et concret¹⁶².

La réalisation d'un livre de bord résumant chacune des rencontres permettait à l'étudiant de décrire le rendez-vous, sa dynamique, les problèmes posés, et sa perception du déroulement global de la séance. Le suivi de chaque séance permettait d'établir un bilan communicable à tous les professionnels de santé. La fiche de suivi détaillait notamment les objectifs thérapeutiques et les outils proposés pour y accéder. (Annexe 13)

L'approche pédagogique, développée notamment par l'équipe de J-F. D' Ivernois et R. Gagnayre,¹⁶³ peut être présentée selon la figure suivante.

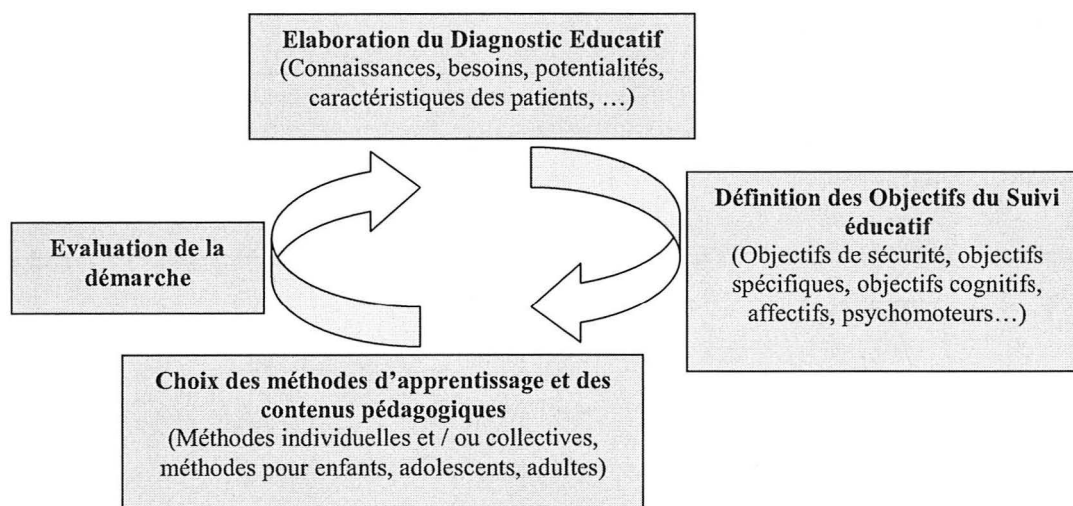


Figure 12: Approche pédagogique d'après Gagnayre et D'Ivernois¹⁶³

1.3. Approche pédagogique spécifique à l'asthme et la broncho-pneumopathie chronique obstructive

1.3.1. Objectifs

L'asthme est une maladie qui survient à tous les âges de la vie et qui possède un fort retentissement sur la vie quotidienne, scolaire et professionnelle. Le traitement de l'asthme nécessite également que le patient adhère à ce dernier et développe des compétences qui lui seront nécessaires afin de gérer sa maladie au quotidien.

L'éducation thérapeutique fait donc partie intégrante de la stratégie de prise en charge du patient asthmatique¹⁶⁴.

L'éducation thérapeutique du patient BPCO repose sur l'apport d'informations concernant les exacerbations afin d'en assurer une meilleure prévention et une prise en charge plus adaptée¹⁶⁵.

L'objectif est donc ici d'effectuer un suivi éducatif à l'officine avec des patients asthmatiques et BPCO afin de gérer leur maladie dans leur vie quotidienne.

1.3.2. Problématique

La BPCO est encore mal connue du grand public, de même que ses facteurs de risque notamment le tabagisme. Face à cette méconnaissance, il est établi que plus des deux tiers des malades atteints de BPCO ne sont pas diagnostiqués ou le sont tardivement au stade du handicap respiratoire¹⁶⁵. L'éducation thérapeutique accompagnée d'une aide au sevrage tabagique et d'un programme de réhabilitation respiratoire est à l'heure actuelle peu mise en place¹⁶⁵.

1.3.3. Matériel d'étude

1.3.3.1. Population

Le recrutement des patients asthmatiques et BPCO se déroulait de deux manières. Premièrement, le recrutement s'effectuait grâce à la base informatique de l'officine ; ou bien lors de la venue des patients à l'officine pour la délivrance de leur prescription.

La présentation du projet était effectuée par le pharmacien titulaire, l'équipe officinale, ou par le stagiaire lui-même. Les patients sollicités étaient alors libres de participer ou non à cette étude. En cas de non participation, le patient était amené à apporter les raisons de son refus.

L'inclusion de 7 patients a pu être réalisée de janvier 2006 à avril 2006, comprenant 2 patients BPCO et 5 patients souffrant d'asthme.

1.3.3.2. Les outils de l'étude

Les outils utilisés au cours de ces rendez-vous pédagogiques différaient selon les patients. L'âge des patients étant réparti de 6 à 73 ans, les supports éducatifs variaient. Pour le plus jeune patient, l'emploi d'outils ludiques était primordial.

Les outils utilisés au cours des séances étaient les suivants :

- des *supports papier* ; avec de nombreuses illustrations dont par exemple des schémas illustrant la différence entre une bronche asthmatique et une bronche normale, l'illustration de l'inflammation et de la bronchoconstriction, ou bien encore les différents sites d'action

des traitements. Ces supports sont répertoriés en Annexe A/BPCO 6, Annexe A/BPCO 7, Annexe A/BPCO 8, Annexe A/BPCO 9, Annexe A/BPCO 10, Annexe A/BPCO 11.

- des *planches papiers* notifiant le mode d'emploi des différents dispositifs d'inhalation (Annexe A/BPCO 2, Annexe A/BPCO 3, Annexe A/BPCO 4, Annexe A/BPCO 5, Annexe A/BPCO 6).

- la réalisation du jeu de « *tri de boîtes* » comprenant les différents traitements du patient. Le patient étant alors amené à distinguer son traitement de fond de son traitement symptomatique.

- la réalisation d'un *modèle du système respiratoire* afin d'expliquer le mécanisme de respiration. Ce modèle confectionné à l'aide d'une bouteille plastique représentant la cage thoracique, d'un tuyau transparent constituant la trachée et de ballons gonflables ; deux ballons représentant les poumons et le troisième coupé en son centre et apposé sur le fond de la bouteille afin de constituer le diaphragme ; comme le montre l'Annexe A/BPCO 12. Le but de ce modèle était d'expliquer qu'au cours d'une phase inspiratoire, le diaphragme se contracte induisant une augmentation du volume pulmonaire et par la même une rentrée d'air. Contrairement à la phase expiratoire où le diaphragme se relâche, ce qui permet une réduction du volume de la cage thoracique et une chasse de l'air compris dans les poumons.

- la création d'un *jeu de memory*, l'objectif étant de reconstituer les douze paires de facteurs déclenchants susceptibles d'entraîner chez le malade une crise d'asthme (Annexe A/BPCO 13).

- l'utilisation d'un *Cd-rom* permettant de visualiser en trois dimensions le système respiratoire, le jeune patient pouvait ainsi cliquer sur les différents éléments de l'arbre respiratoire. Des explications étaient alors apportées succinctement afin d'expliquer le rôle de chacun de ses éléments.

- la réalisation d'un *fichier power point* interactif (Annexe A/BPCO 14). Ce fichier se compose de dix questions où le patient était amené à choisir parmi plusieurs propositions.

- utilisation *d'aérosols placebo* afin de vérifier ou rectifier si nécessaire les modalités d'administration des divers dispositifs d'inhalation.

L'ensemble des outils adressés au jeune patient fut employé, ces outils constituaient un support écrit aux explications de l'éducateur lors des séances. Toutefois, pour les outils visant les adultes, les schémas reprenant la physiopathologie furent employés pour chacun des patients;

Méthodologie

d'autres comme la corbeille de traitements n'étaient utilisés que lorsque le patient présentait ou exprimait une confusion.

A la fin des séances d'éducation était remis aux patients asthmatiques un carnet de suivi¹⁶⁶ que le patient pouvait compléter. Ce carnet est émis par l'URCAM Franche-Comté et est disponible sur le site :

www.urcam.org/fileadmin/FRANCHECOMTE/publications/docs/carnet_asthme.pdf, un exemplaire est visible en Annexe A/BPCO 15. Ce carnet de suivi du patient asthmatique s'articule autour de cinq grandes thématiques : "Qu'est-ce que l'asthme", "Mon asthme", "Le peak-flow", "Plan de guidance", et "Suivi du DEP sur deux mois". La rubrique intitulée "Mon asthme" conduit la personne à se situer par rapport à sa pathologie, en l'invitant à se focaliser sur trois facettes de sa prise en charge "Ma maladie", "Mon traitement", "Mon hygiène de vie". Il y est souligné l'importance du DEP, indispensable pour un contrôle optimal et un bon suivi de la maladie. Un « plan de guidance » fait partie du carnet de suivi, il permet de qualifier le contrôle de la maladie du "normal" à l'urgence.

La dernière partie du carnet permet de relever les valeurs du DEP, le nom du traitement, les doses prescrites et l'horaire des prises. Nous avons choisi ce carnet car il reprenait les différents thèmes abordés au cours des séances éducatives dans un langage simple et aisé. Il permettait au patient de pouvoir s'y reporter aisément si un point n'avait pas été saisi ou tout simplement afin d'effectuer un rappel. De plus le fait que ce carnet puisse être rempli et complété par le patient, apportait un aspect « personnalisé » que nous trouvions intéressant.

Une brochure du Comité d'Education Sanitaire et Sociale de la Pharmacie Française (Cespharm), intitulée « Les allergies respiratoires », fut également fournie aux patients asthmatiques. Cette brochure reprend les différents allergènes incriminés, explique la manifestation des allergies, ainsi que les moyens pour lutter contre celles-ci (Annexe A/BPCO 16).

Pour le plus jeune patient, l'adresse d'un site Internet fut proposée : www.poumon.ca/enfants/. Ce site explique le système respiratoire et les principales maladies pulmonaires sous forme de jeux et d'activités diverses.

1.3.4. Déroulement des séances d'éducation :

1.3.4.1. Le diagnostic éducatif

Première étape de la démarche éducative, il s'élaborait progressivement aux cours des séances éducatives. Il permit de définir les compétences à acquérir par le patient et les divers points à approfondir ou rectifier lors des prochains rendez-vous pharmaceutiques. Afin d'établir ce diagnostic éducatif, une ligne directrice construite à partir de questions aidait au recueil des informations concernant le mode de vie de ce dernier, ses connaissances concernant sa maladie, son profil psychologique, etc.

1.3.4.2. Les rendez-vous pharmaceutiques :

Cinq thèmes étaient proposés correspondant aux compétences devant être acquises par le patient, au cours d'une séance nous pouvions être amenés à aborder un seul ou plusieurs de ces thèmes selon les patients:

- **La connaissance de la pathologie :**

Afin que le patient coopère à son traitement, ce dernier se devait avant tout d'être informé de la physiopathologie de sa maladie. Nous avons insisté sur la notion d'inflammation et de bronchoconstriction dans le cas de l'asthme, et sur celles d'hypersécrétion et de bronchoconstriction pour les patients BPCO.

Une fois cette information communiquée, la compréhension du rôle ainsi que du mécanisme d'action de chaque médicament était facilitée

- **La connaissance du traitement et les techniques d'inhalation :**

Dans ce thème, le patient fut amené à savoir distinguer le traitement de la crise de celui du traitement de fond. Nous nous basions alors sur la physiopathologie vue précédemment afin de discerner celui qui agit sur l'inflammation et l'hypersécrétion de celui qui agit sur la bronchoconstriction.

Nous insistions également sur l'observance du traitement de fond, permettant d'obtenir et de maintenir un contrôle de l'asthme permanent. Ce contrôle prend en compte une réduction des symptômes, y compris ceux survenant la nuit, de prévenir les crises d'asthme et les

exacerbations, de limiter au minimum les effets indésirables induits par les médicaments¹⁶⁴ et de réduire les contraintes de la vie quotidienne causées par la maladie.

En ce qui concerne le traitement de la crise, nous soulignons la prise en urgence de celui-ci afin de soulager rapidement le bronchospasme.

Les techniques d'inhalation des divers dispositifs furent revues selon la prescription de chaque patient, permettant alors de mettre en évidence les erreurs de manipulation (oubli d'enlever le capuchon, oubli d'agiter, mauvaise coordination main/inspiration) ainsi que les effets indésirables liés à l'administration.

Au cours de cette étape, le patient devait acquérir les compétences suivantes :

- expliquer l'action de son traitement en s'aidant si nécessaire des mécanismes de l'asthme ;
- utiliser correctement le ou les dispositifs d'inhalation de sa prescription.

• La gestion de la maladie au quotidien :

Dans cette partie ont été développés différents items, dont notamment l'éviction des facteurs déclenchant une crise d'asthme, la pratique d'une activité physique, les gestes indispensables précédant cette activité et l'automédication, etc.

L'entretien débutait tout d'abord par la question « *Connaissez-vous les facteurs qui peuvent déclencher chez vous une crise d'asthme ?* ». Ainsi furent passés en revue les différents facteurs déclenchants tels que le stress, le tabac, la pollution, les moisissures, ou bien encore les pollens et l'alimentation. En effet, il est reconnu que l'éviction de tous ces facteurs déclenchants améliore et diminue la thérapeutique nécessaire au contrôle des symptômes¹⁶⁴. Les mesures d'éviction doivent donc être adaptées en fonction des allergènes en cause et des moyens socio-économiques du patient¹⁶⁴.

L'interaction entre pollution atmosphérique et maladie asthmatique désormais établie, fut abordée au cours des entretiens. La directive « ozone » prévoit, dès le dépassement de la moitié du niveau d'alerte, une information et des conseils pour la population et pour les personnes sensibles. Une limitation des efforts physiques est ainsi souhaitable.

Méthodologie

La suppression du tabac dans l'entourage de l'asthmatique ou bien chez l'asthmatique lui-même est indispensable. En raison de l'activité pro-inflammatoire locale connue des substances irritantes contenues dans la fumée, la consommation de tabac est déconseillée. Un arrêt du tabagisme doit donc être abordé et envisagé avec le patient.

La pratique d'une activité physique est conseillée chez la personne asthmatique, à l'exception de la pratique de la plongée sous-marine en scaphandre autonome. Cette activité physique permet ainsi d'améliorer la tolérance à l'effort, augmenter la capacité respiratoire et surtout augmenter la confiance en soi du patient.

A cette étape, le patient était alors amené à :

- agir sur la présence de facteurs déclenchants présents dans son environnement,
- adapter ses activités en fonction de la pollution atmosphérique,
- agir afin de réduire les risques liés au tabagisme,
- pratiquer une activité physique régulière afin d'améliorer sa tolérance à l'effort.

• Les surveillances à réaliser :

Afin d'assurer une bonne gestion de la maladie, le patient doit être suivi régulièrement. Le rythme des consultations peut être donné à titre indicatif; sans tenir compte des événements indésirables éventuels; chez des patients dont le niveau de contrôle est estimé comme acceptable. Le rythme de ces consultations va alors dépendre du traitement instauré comme cela a été vu précédemment au point 1.6.4. de la partie Revue de la littérature sur l'asthme et la broncho-pneumopathie chronique obstructive.

Toutefois, en dehors de tous examens médicaux, les patients asthmatiques peuvent pratiquer quotidiennement ou lors de gêne respiratoire la mesure de leur DEP à l'aide d'un peak-flow. Ces valeurs peuvent être consignées dans le carnet de suivi remis au patient au cours des entretiens et présenté au médecin lors des consultations.

Pour le patient BPCO, une surveillance du poids est indispensable afin de recourir ou non à une supplémentation orale lors d'une dénutrition altérant la fonction respiratoire et le confort de vie du patient.

Lors de cette étape, le patient devait acquérir les compétences suivantes :

- pratiquer des examens médicaux réguliers,

- pratiquer lui-même la mesure de son DEP,
- contrôler régulièrement son poids.

● **La gestion de la crise :**

Cette gestion regroupe plusieurs points :

- reconnaître les premiers signes d'une crise : différents selon chaque patient, les signes évocateurs d'une crise peuvent être : la toux, la fatigue, un sifflement, une gêne respiratoire, une oppression thoracique et un abaissement du DEP.

- apprécier la crise : trois critères permettent d'apprécier la sévérité de la crise : l'intensité de la gêne respiratoire, la réponse au bronchodilatateur et la valeur du DEP.

Un système d'aide à la décision comportant trois zones (zone verte : maîtrise, zone orange : vigilance et zone rouge : alerte) était proposé au patient pour l'aider à mieux interpréter les valeurs du DEP et à adapter la thérapeutique en fonctions des symptômes. Ce système d'aide est répertorié en Annexe A/BPCO 17.

- savoir gérer la crise :

○ *Pour une crise légère* : Le DEP mesuré est supérieur à 50 % de sa valeur normale et passe rapidement au-dessus de 80% après la prise d'un bronchodilatateur d'action rapide et de courte durée. Dès les premiers signes, prendre 1 à 2 bouffées ou inhalations de bronchodilatateur d'action rapide. Ces inhalations peuvent être répétées quelques minutes plus tard si les symptômes persistent.

○ *Pour une crise sévère* : Le DEP mesuré est inférieur ou égal à 50% de sa valeur normale et ne passe pas très rapidement au-dessus de 80% après la prise du bronchodilatateur d'action rapide. En cas d'absence d'amélioration ou aggravation de la gêne respiratoire après la prise de bronchodilatateur d'action rapide, il convient de faire immédiatement appel à un médecin ou de se rendre à l'hôpital.

En attendant, il faut rapidement intensifier le traitement, notamment en prenant les corticoïdes selon les instructions du médecin et répéter la prise de bronchodilatateur d'action rapide. Un plan d'action reprenant chacune des étapes est répertorié en Annexe A/BPCO 18.

Le patient devait alors acquérir les compétences suivantes :

- interpréter la valeur du DEP et les symptômes ressentis pour se situer dans l'une des trois zones d'autogestion du traitement,
- savoir gérer un début de crise et réagir en décidant de faire appel au médecin en temps opportun.

Le Tableau A/BPCO XIII ci-dessous, synthétise les différentes séances d'éducation abordées, les objectifs de chacune, leurs étapes et les outils pédagogiques correspondants.

Tableau A/BPCO XIII: Séquence pédagogique du programme d'éducation des patients asthmatiques et BPCO :

Thèmes abordés	Déroulement	Outils pédagogiques utilisés
La connaissance de la pathologie	<p>« Connaissez-vous la physiopathologie de l'asthme ? »</p> <p>« Connaissez-vous la physiopathologie de la BPCO ? »</p>	<p>Support papier : Différences entre une bronche normale et une bronche asthmatique. Modèle respiratoire</p> <p>Support papier : la physiopathologie BPCO.</p>
La connaissance du traitement et des techniques d'inhalation	<p>« Savez-vous reconnaître votre traitement de la crise ? »</p> <p>« Quelles sont les différences entre les différents traitements? Comment et où agissent ces traitements ? »</p> <p>« Ressentez-vous une quelconque gêne lors de la prise de vos médicaments ? »</p> <p>« Comment prenez vous vos médicaments ? »</p>	<p>Tri de boîtes de médicaments</p> <p>Support papier : Action des différents traitements.</p> <p>Exposé</p> <p>Planches papiers : mode d'emploi des différents</p>

		dispositifs d'inhalation.
La gestion de la maladie au quotidien	« Connaissez-vous les facteurs qui chez vous peuvent déclencher une crise d'asthme ? » « Pratiquez-vous une activité sportive ? »	Brochure « Les allergies respiratoires ». Jeu de Memory Support papier : Les facteurs déclenchant une crise ? Exposé
Les surveillances à réaliser	« Surveillez-vous votre capacité respiratoire ? »	Exposé
La gestion de la crise	« Pouvez-vous me décrire les symptômes d'une crise ? » « Comment opérez-vous quand vous êtes en crise ? »	Système d'aide à la décision

1.3.5. Période d'application du suivi éducatif

Les entretiens pharmaceutiques se déroulaient lors de rendez-vous pris précédemment avec le patient selon ses disponibilités. Dans la mesure du possible, ils eurent lieu lors de périodes creuses de l'officine.

1.3.6. Lieu du suivi éducatif

Ces rendez-vous prenaient place dans la majorité des cas dans la salle d'orthopédie assurant un lieu clos et confidentiel. Dans certains cas, ils se tenaient au comptoir lorsque aucun rendez-vous n'était programmé, ou bien afin d'assurer un suivi entre deux rendez-vous

1.4. Synopsis de l'étude

Un schéma bilan du protocole d'étude (Figure 13) permet de situer les conditions de la démarche (en bleu), les étapes successives (en rouge) avec les outils mis en œuvre (en noir), ainsi que les éléments d'évaluation par les différents intervenants (en vert).

ACTEURS	CRITERES D'INCLUSION	PERIODE	LIEUX
<ul style="list-style-type: none"> • 5 étudiants en pharmacie • 5 équipes officinales • 50 patients inclus informés et volontaires : 10 par officine (hétérogénéité) 	<ul style="list-style-type: none"> • Patients fidélisés à l'officine concernée • Majeur ou accompagné du tuteur légal • Présentant un traitement chronique dans un des 5 domaines de pathologies chroniques étudiés¹⁻⁴ 	<ul style="list-style-type: none"> • Stage officinal de 6^{ème} année pharmacie • Janvier à Juin 2006 • Durant l'activité officinale 	<ul style="list-style-type: none"> • 5 officines • Espace de confidentialité • Autre : domicile

¹⁻⁴ Diabète, asthme et BPCO, douleur, pathologies cardiaques et pathologies vasculaires

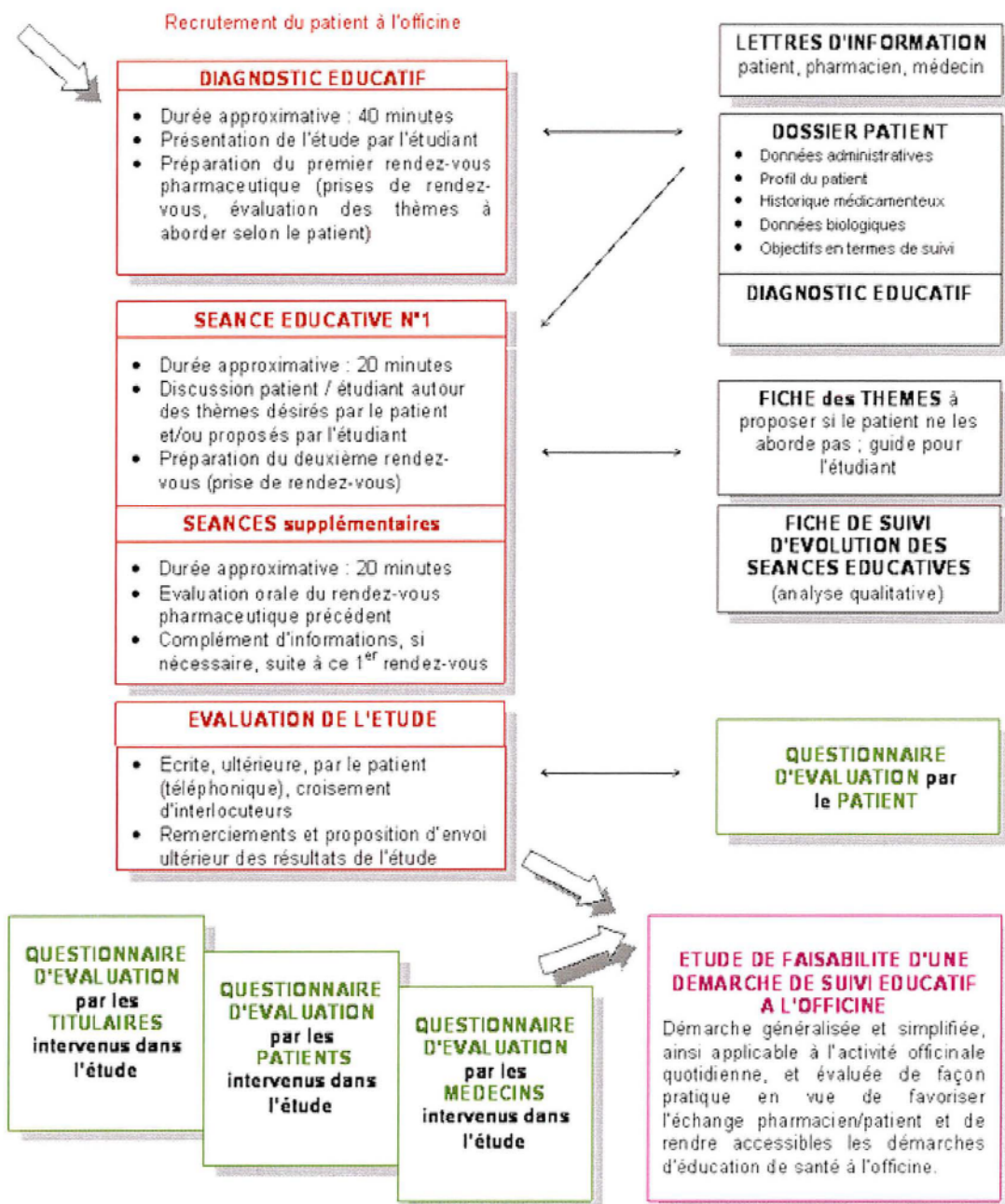


Figure 13 : Synopsis de l'étude

2. Evaluation de la faisabilité du processus éducatif

Nous ne rentrons pas dans le détail de la stratégie d'évaluation formative, qui fait partie intégrante du processus éducatif. A chaque début de séance étaient évalués :

- La biologie et/ou l'état clinique du patient,
- L'acquisition de connaissances,
- L'acquisition de comportements ou l'aptitude à réagir dans diverses situations.

Nous nous focalisons ici sur la faisabilité du processus d'éducation thérapeutique à l'officine.

2.1. Objectif des questionnaires

Les différents questionnaires établis avaient pour objectif principal d'évaluer, auprès de chacun des acteurs de l'étude (patients, titulaires, médecins et étudiants), les aspects organisationnels, la perception ainsi que la satisfaction globale vis-à-vis de la démarche.

2.2. Création et utilisation des questionnaires

Chacun des 4 types de questionnaires identifiait le profil du répondant et évaluait la démarche d'éducation thérapeutique. Nous avons choisi la forme QCM (questions à choix multiples) car c'est un instrument de mesure présentant de nombreux avantages, tels que la souplesse dans l'élaboration des questions (ouverte, fermée), la facilité d'administration, de comparaison et de traitement¹⁶⁷.

A l'issue de l'étude, quatre questionnaires étaient disponibles selon l'acteur concerné :

- Patients (Annexe 14) : QP
- Titulaire (Annexe 15) : QT
- Médecins (Annexe 16) : QM
- Enquêteur : (Annexe 17) : QE

En ce qui concerne le questionnaire patient, nous avons favorisé l'appel téléphonique par croisement d'interlocuteur pour le remplir. Un des éducateurs a appelé ainsi les patients d'un autre, afin d'éviter un biais de contamination.

2.3. Critères de faisabilité et indicateurs correspondants

Les critères de faisabilité sont présentés dans le Tableau VII, selon chacun des quatre questionnaires concernés (QP, QT, QM, QE).

Tableau VII : Référentiel d'évaluation de la faisabilité d'un suivi éducatif à l'officine

Critères de faisabilité	Indicateur
PERTINENCE DE L'INFORMATION APPORTEE AUX ACTEURS AU SUJET DE LA DEMARCHE	
Information des différents acteurs	Niveau d'acceptation des patients (direct, indirect..) Raisons d'acceptation Taux de réponse des Médecins % remplissage questionnaires Patient
Recrutement des patients	Répartition du mode de recrutement en % Retour d'expérience de l'enquêteur
Refus	% de refus direct % de refus justifiés Raisons des refus
Abandons	% d'abandons en cours d'étude Raisons des abandons

ORGANISATION SPATIO-TEMPORELLE	
Lieux de rencontres	Répartition des lieux de rencontres en % Nombre de titulaires ayant aménagé un espace de confidentialité % de satisfaction du patient (QP) % de patients préférant les rencontres à domicile (QP) Nombre de titulaire acceptant la rencontre à domicile Retour d'expérience de l'enquêteur
Période d'intervention dans le traitement	Répartition des périodes d'intervention en %
Aménagement des plages horaires	Nombre de titulaires ayant aménagé des plages horaires % d'enquêteurs satisfaits des plages horaires % de satisfaction des patients sur les plages horaires
Assiduité aux rendez-vous	Nombre de séances annulées par les patients Nombre de séances annulées par l'étudiant Nombre de patients non rigoureux dans les horaires
Nombre des rencontres	Répartition des patients selon le nombre de rencontres et le type de pathologie Nombre moyen de rencontres / patient % de satisfaction patient (QE)
Durée des rencontres	Temps consacrés aux patients pour les différents types de séances % de satisfaction patient, enquêteur, titulaire (QP, QE, QT)
Modalités des rencontres	Répartition des modalités de rencontres (séances collectives, individuelles, accompagnées) % de présence du titulaire dans les séances

LES OUTILS DU SUIVI EDUCATIF	
<p>Dossier patient Annexe 9</p>	<p>Nombre d'items rajoutés, item inutiles Temps consacré au remplissage Nombre d'enquêteurs ayant rencontré des difficultés pour le remplir</p> <p>Evaluation de l'outil par retour d'expérience</p>
<p>Diagnostic éducatif Annexe 10</p>	<p>Répartition du nombre de séances requises pour sa réalisation Temps consacré pour sa retranscription écrite</p> <p>Retour d'expérience sur sa réalisation (difficultés rencontrées, accessibilité aux informations)</p>
<p>Séances éducatives</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fiche des thèmes (Annexe 11) - Fiche de suivi des séances (Annexe 12) - Evolution des séances (Annexe 13) 	<p>Répartition des thèmes abordés selon chaque pathologie % de recherches nécessaires pour répondre aux objectifs % de patient exprimant l'objectif principal fixé avec l'enquêteur % de séances éducatives ayant répondu aux objectifs fixés % d'intervention des médecins et pharmaciens dans la gestion des séances</p> <p>Retour d'expérience de l'enquêteur</p>
<p>Documentations proposées aux patients</p>	<p>% de patients pour qui un document a été proposé % patient ayant refusé les documents % de patients ayant intégré les documents Type de documents proposés (brochures,...)</p> <p>Retour d'expérience de l'enquêteur</p>
<p>Supports pédagogiques utilisés</p>	<p>% de séances ne nécessitant aucun support Type de supports utilisés (impact du tri de boîtes, etc.)</p>

RESSENTI DES DIFFERENTS ACTEURS	
Mesure de la satisfaction des patients (QP)	<p>% de patient satisfait % de patient ayant noté des répercussions sur sa maladie % de patient n'ayant pas apprécié des choses désagréables ou contraignantes dans la démarche % de patient estimant avoir une meilleure gestion de leur traitement % de patient ayant communiqué à leurs proches, ayant conseillé à leurs proches cette démarche % de patient referant appel à la méthode pour une autre pathologie</p> <p>Retour d'expérience (QE)</p>
Ressenti global du titulaire (QT)	<p>Étapes clés de la démarche selon les titulaires Nombre de titulaire satisfait Nombre de titulaire estimant avoir aidé l'étudiant Nombre de titulaire pensant que cette démarche a perturbé l'organisation officinale Nombre de titulaire pensant que cette activité est faisable à l'officine Nombre de titulaire pensant qu'une formation est nécessaire Nombre de titulaire estimant que leurs patients sont satisfaits Nombre de titulaire ayant évalué le rapport bénéfice / temps consacré à la démarche</p>
Ressenti global du médecin (QM)	<p>Avis des médecins (mécontentement, satisfaction, encouragement) (questions ouvertes)</p>
Ressenti global de l'enquêteur (QE)	<p>Nombre d'enquêteurs satisfaits Nombre d'enquêteurs ayant une meilleure approche des problèmes du patient, Nombre d'enquêteurs ayant rencontré des difficultés morales, matérielles ou relationnelles (RDV manqué, cancer.) Nombre d'enquêteur estimant le rapport bénéfice / temps consacré (suffisant/faible/non estimable) Nombre d'enquêteurs estimant qu'une formation est nécessaire</p>

<p>Relationnel entre les acteurs</p>	<p>% de patient orienté vers d'autres professionnels de santé % de patient informé de l'existence d'un réseau % de patient ayant intégré ce réseau Répercussion des rencontres dans la relation avec le médecin et le pharmacien selon le patient % de patient considérant que l'enquêteur a pris en compte ses particularités (QP) % de patient ayant parlé à leur médecin de cette démarche % enquêteur ayant pris en compte les particularités des patients (QE) % de rapport final verbal ou écrit transmis aux médecins Ressenti sur la collaboration médecin/pharmacien</p>
<p>IMPACT ECONOMIQUE DE LA DEMARCHE</p>	
<p>Evaluation de l'impact économique de la démarche de suivi éducatif</p>	<p>Coût moyen global par patient Nombre de patients abordant la notion de service payant (QP) Nombre de titulaire estimant qu'une rémunération est nécessaire (QT) Rapport bénéfice / temps passé selon les titulaires et l'éducateur (QT, QE)</p>

RESULTATS

Le tableau récapitulatif des résultats se trouve en Annexe 18.

1. Profils des inclusions

1.1. Profil des patients

Compte tenu de l'objectif principal de l'étude, à savoir l'analyse de la faisabilité de la démarche éducative à l'officine, nous avons regroupé les données des 5 officines ayant participé au recueil.

Les données exploitées étaient basées sur le nombre total de patients pour lesquels la démarche était validée dans son intégralité (soit 43 patients) : réalisation d'un diagnostic éducatif ; exécution, ou non, d'une ou plusieurs séances éducatives selon les besoins issus de ce diagnostic éducatif et validation du questionnaire patient (QP) à la fin de la période d'étude. Ainsi, sur les 73 patients sollicités pour la démarche, seuls 43 (soit 59%) d'entre eux étaient inclus dans la suite des données statistiques (soit 7 pour asthme/BPCO, 8 pour insuffisance cardiaque, et diabète de type II, 10 pour AVK et migraine) ; nous avons exclu les 21 refus (soit 29%) et les 9 abandons en cours d'étude (soit 12%) pour une meilleure cohérence des résultats (analyse per protocole), mais nous avons tenu compte des expériences vécues avec l'ensemble des patients lors de la discussion. Notons enfin que nous avons obtenu un taux de remplissage du questionnaire patient de 91% avec 39 questionnaires remplis (1 questionnaire pour 2 patients en couple, 3 autres non effectués car 1 patient décédé en cours d'étude, 1 patient hospitalisé et 1 patient injoignable).

Ainsi, chaque étudiant a rencontré entre 7 et 10 patients pour ce suivi éducatif spécifique.

1.1.1. Age

Les caractéristiques démographiques des 43 patients inclus sur la période d'étude étaient les suivantes :

- âge moyen : 63 ans, écart type : 18,9
- médiane : 70
- extrêmes : 6 - 90 ans

1.1.2. Sexe

Nous avons inclus 47% de patients de sexe féminin. Cela n'est pas représentatif d'un échantillon de population française car les femmes sont majoritaires en nombre (INSEE 2005). Cette proportion dépend évidemment du type de pathologie considérée. Cela n'influe pas sur la démarche éducative – en dehors des relations classiques éducateur / éduqué, homme / femme et de différentes classes d'âge.

1.1.3. Nationalité et culture

95% des patients recrutés étaient de nationalité française.

1.1.4. Langage et niveaux de compréhension

98% s'exprimaient en français. Le niveau de compréhension réciproque était estimé par l'enquêteur comme étant « suffisant » dans 93% des cas, comme étant « médiocre » dans 7% des cas.

1.1.5. Catégorie socioprofessionnelle

On a noté une majorité de patients retraités ayant accepté les rendez-vous à l'officine (Figure 14). Un seul patient exerçait dans le domaine de la santé.

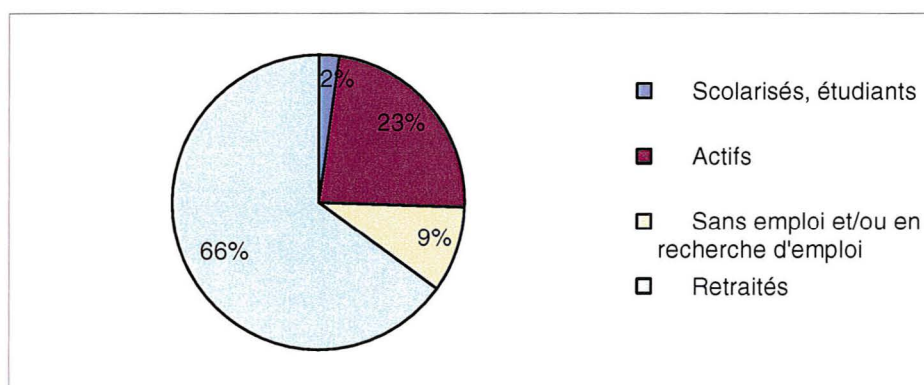


Figure 14 : Répartition des patients selon la catégorie socioprofessionnelle (n = 43)

1.1.6. Contexte médical et thérapeutique avant l'étude

Les patients se présentaient en général 1 fois par mois à l'officine (Figure 15).

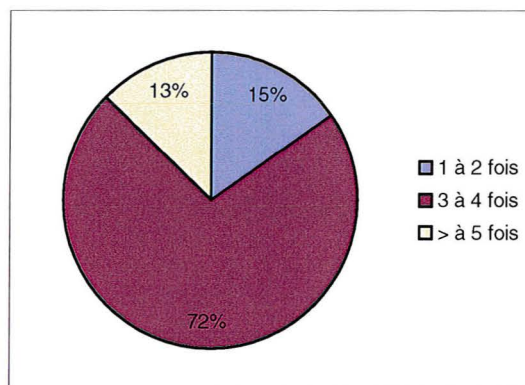


Figure 15 : Nombre de fois où le patient se présente à l'officine, par trimestre (n = 39)

Dans cette population majoritairement âgée, le contexte médical des patients, déterminé lors du remplissage du dossier patient, se caractérisait par un nombre de patients à multiples pathologies (67%), une polymédication (77%) et une faible tendance à l'automédication (74%) (Figure 16) ; cette dernière était considérée comme « moyenne » lorsque le patient prenait des médicaments non prescrits si besoin ou par période. Ce contexte se complétait également par l'entourage médical relatif à la pathologie d'inclusion à l'étude (Figure 17) : 79% consultaient 1 médecin généraliste + un ou plusieurs spécialistes pour la pathologie d'inclusion à l'étude. Soulignons par contre que près de 20% des patients n'étaient pas suivis par un spécialiste. Aucun des patients ne bénéficiaient d'une hospitalisation à domicile (HAD).

Résultats

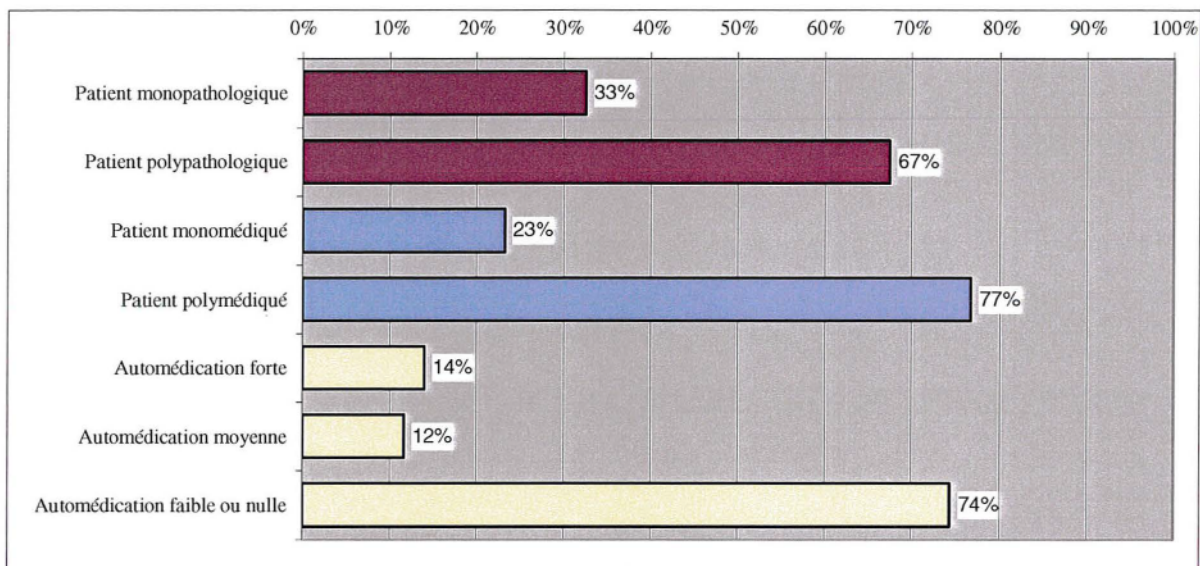


Figure 16 : Répartition des patients selon les nombres de pathologies et le niveau de médication (n = 43)

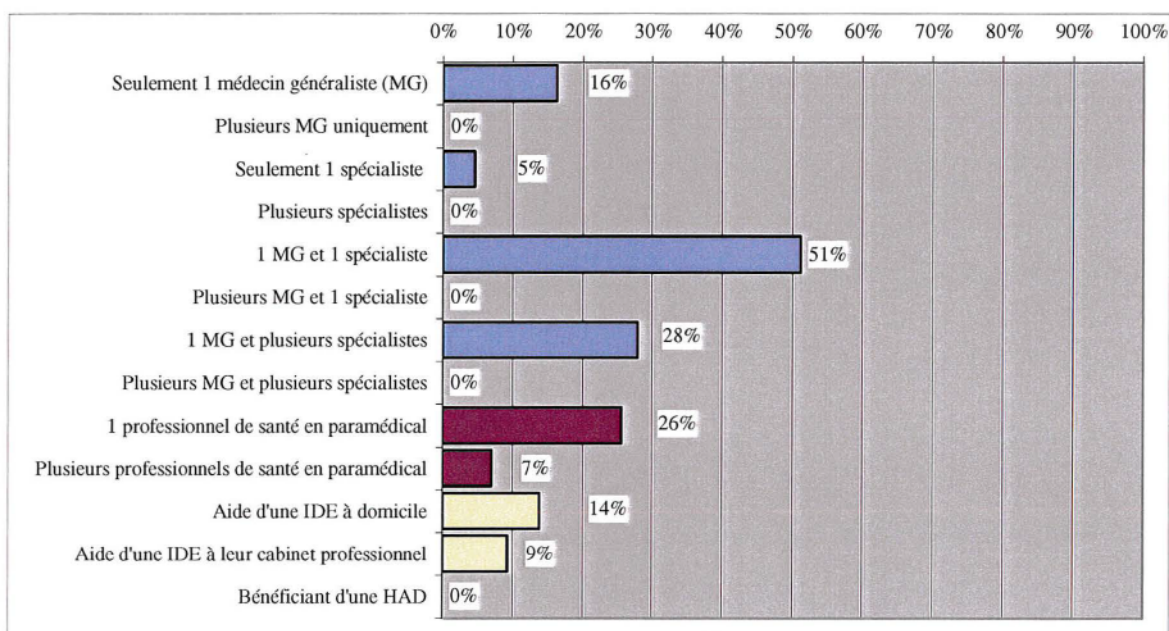


Figure 17 : Entourage médical des patients recrutés (n = 43)

Concernant les pathologies suivies par analyses médicales, nous avons évalué que 88% des patients les effectuaient correctement, à la bonne fréquence et en conservant les résultats (Figure 18).

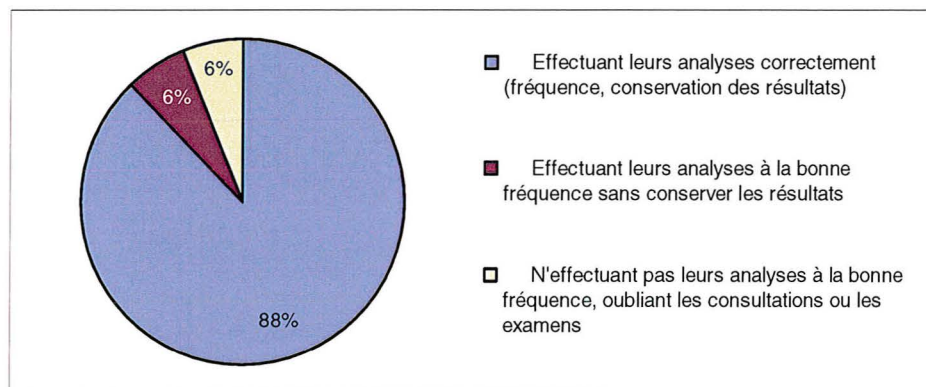


Figure 18 : Les patients et leurs analyses biologiques (n = 43)

Sur les 5 pathologies de l'étude, toutes étaient concernées par l'existence d'un réseau spécialisé. 2% des patients y étaient intégrés avant l'étude.

1.1.7. Acceptation de la pathologie / du traitement

Dans ce contexte médical, on a noté que les patients ayant choisi de participer à l'étude acceptaient déjà de façon globale leur pathologie et leur traitement (Figure 19) selon le diagnostic éducatif établi par l'enquêteur.

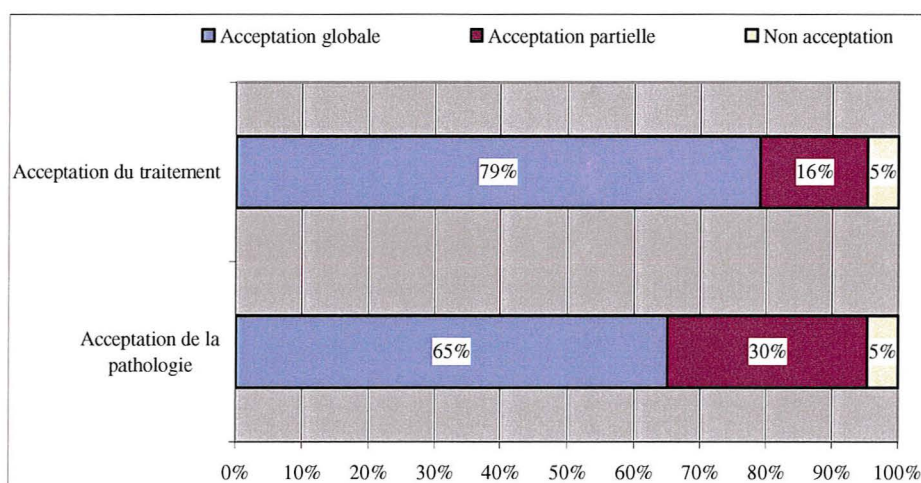


Figure 19: Niveaux d'acceptation de la pathologie et du traitement (n = 43)

Avant l'étude, 41% des patients se posaient des questions sur leur pathologie ou leur traitement. Une grande majorité n'avait pourtant jamais participé à une offre d'éducation thérapeutique formalisée pouvant leur apporter des réponses nécessaires (Figure 20).

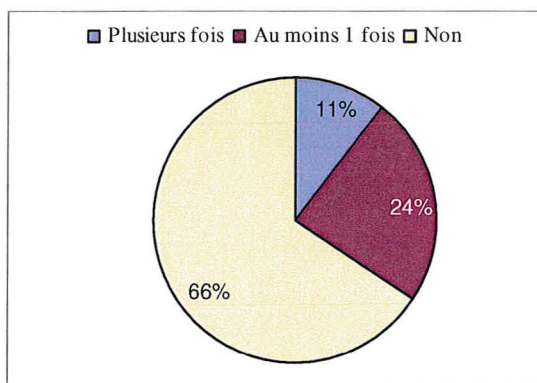


Figure 20 : Patients ayant bénéficié d'une éducation thérapeutique avant l'étude (n = 39)

1.1.8. Respect des critères d'inclusion

La population sélectionnée respectait le choix initial d'hétérogénéité dans les critères d'âge, de sexe, de catégorie professionnelle, de nationalité et de niveau d'expression. Les patients inclus abordaient de façons très différentes leur traitement et leurs pathologies.

1.2. Profil des officines et titulaires – maîtres de stage

Sur les 5 titulaires concernés par l'étude, aucun ne se consacrait à des activités relatives à des associations de malades et deux participaient à des associations de prévention. Seul l'un d'entre eux exerçait une activité de formation continue proposée par une entreprise de grossiste répartiteur. Tous déclaraient n'avoir jamais eu d'expérience antérieure particulière en termes d'éducation thérapeutique formalisée.

Nous avons pris soin de réaliser les rendez-vous pharmaceutiques dans des officines diverses, qui de ce fait ont intégré notre démarche de façons différentes dans leur organisation professionnelle. Trois d'entre elles sont situées en milieu urbain, dont une est intégrée en centre commercial avec 20% de clientèle fidélisée et les deux autres sont des officines de quartier à activité mixte (entre milieu rural et urbain). La clientèle fidélisée pour les quatre officines non situées en centre commerciale était majoritaire (80%).

1.3. Les médecins entourant les patients inclus

Les statistiques concernent uniquement les 28 médecins ayant retourné le questionnaire rempli (Figure 21), dont 3 (soit 10%) étaient des médecins spécialistes : pneumo allergologue, neurologue et diabétologue.

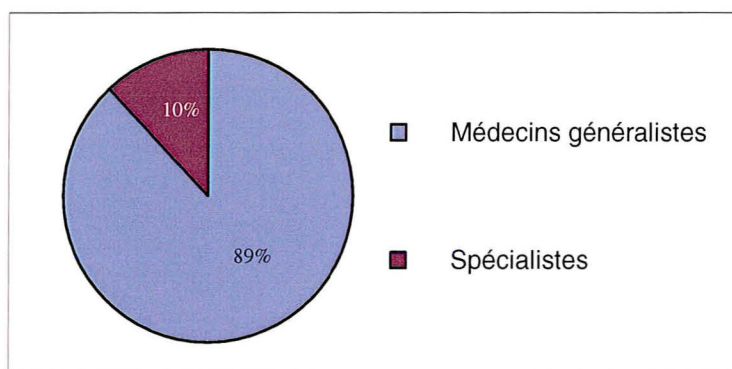


Figure 21 : Catégories de médecins inclus dans les données quantitatives (n = 28)

Suite aux premiers contacts (téléphonique ou courrier), peu de médecins ont demandé des informations supplémentaires (14%) et aucun n'a cherché à contacter le titulaire au sujet de cette étude.

Plus de la moitié (61%) n'avait jamais eu d'expérience particulière en éducation thérapeutique (Figure 22). 13 médecins (soit 46%) se consacraient à des activités de formation (Figure 23) et 3 médecins (soit 11%) participaient à des associations de prévention et des associations de malade. Tous les médecins spécialistes interrogés déclaraient effectuer des éducations thérapeutiques au cours de leurs consultations, versus moins de 20 % des généralistes (faute de temps et de formation adaptée).

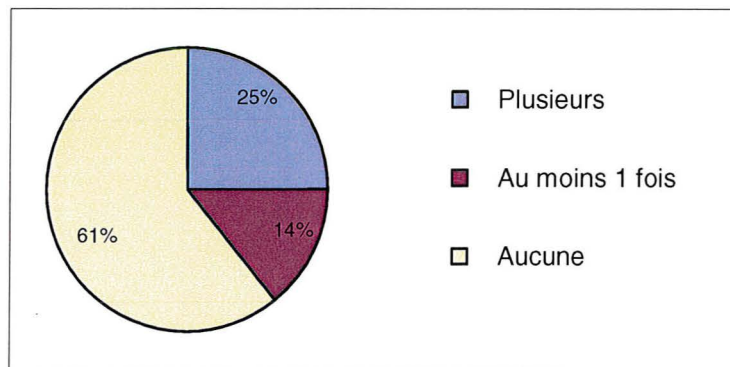


Figure 22 : Existence ou non d'expériences antérieures en éducation thérapeutique pour les médecins de l'étude (n = 28)

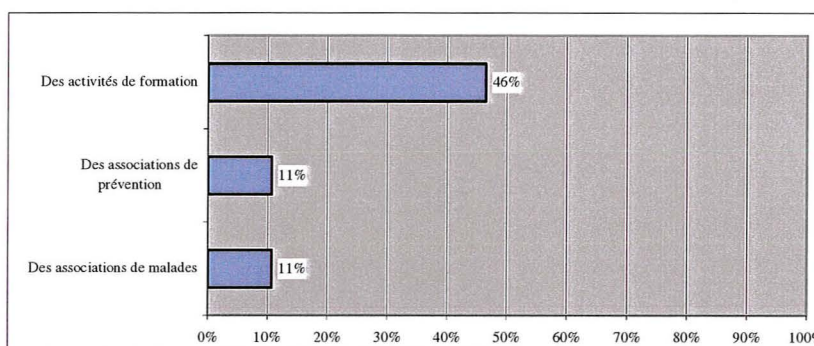


Figure 23 : Nature des expériences en éducation thérapeutique pour les médecins de l'étude (n = 28)

75% des médecins interrogés travaillaient en étroite collaboration avec d'autres professionnels de santé (Figure 24) et la presque totalité trouvaient cette collaboration satisfaisante (Figure 25), ce qui correspond de toute façon aux pratiques actuelles et à une interdépendance croissante entre professionnels¹⁶⁸.

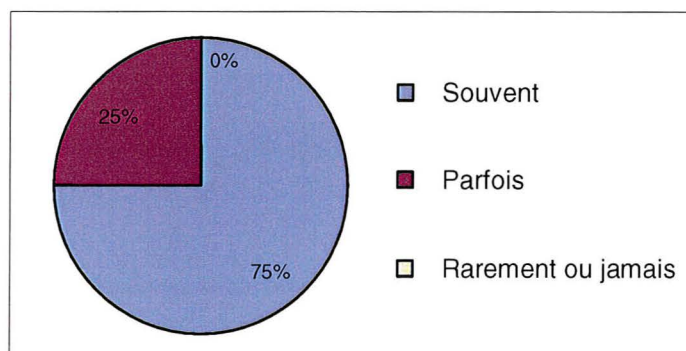


Figure 24 : Fréquence de travail en collaboration étroite avec d'autres professionnels de santé selon la pratique des médecins de l'étude (n = 28)

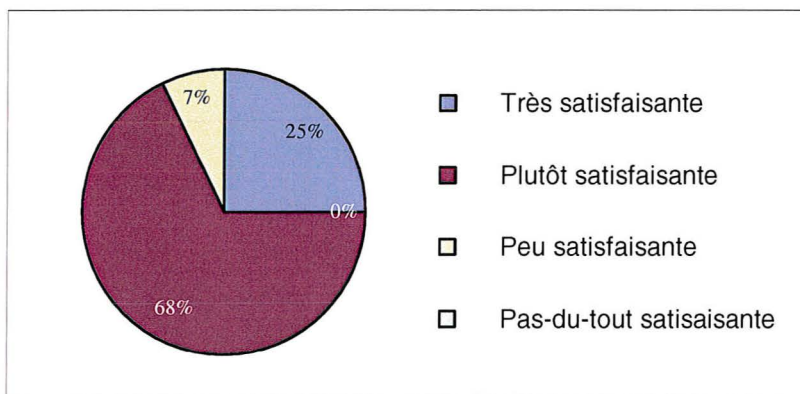


Figure 25 : Avis des médecins sur la collaboration entre professionnels de santé (n = 28)

1.4. Les enquêteurs

Les 5 étudiantes, stagiaires en 6^{ème} année Officine, avaient travaillé en officine plus de 700 heures avant l'étude (de 500 à 1046 heures). Toutes avaient également suivi une formation de base à l'approche éducative. Toutes avaient pratiqué des éducations thérapeutiques avant de réaliser celles pour l'étude notamment dans le cadre de leur stage hospitalier.

2. Critères de faisabilité de la démarche éducative

2.1. Pertinence de l'information apportée aux différents acteurs au sujet de la démarche

2.1.1. Information des différents acteurs

2.1.1.1. Acceptabilité des patients d'entrer dans le dispositif

Dans la moitié des cas (51%), l'acceptabilité de participer à l'étude a demandé un délai de réflexion au patient, ou un apport d'informations complémentaires de la part du recruteur. Dans les autres cas, l'acceptabilité de cette étude a été jugée « directe ». (Figure 26). Cela a été le cas pour près de la moitié des patients inclus (49%).

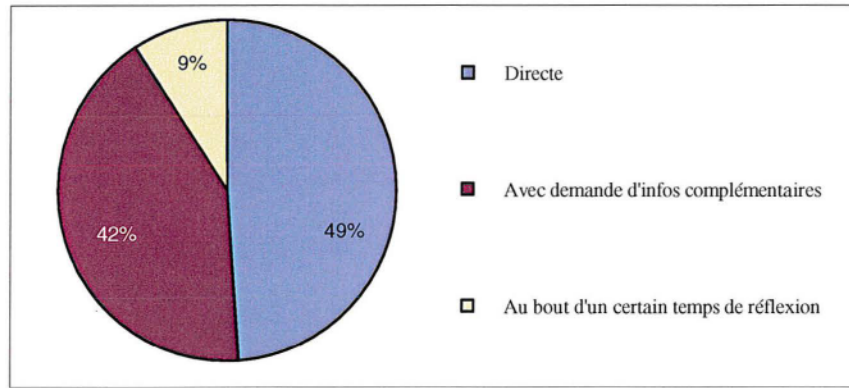


Figure 26 : Répartition des niveaux d'acceptation de participer à l'étude par les patients (n = 43)

Les raisons d'acceptation ont été demandées aux patients et sont exposées à la Figure 27 .

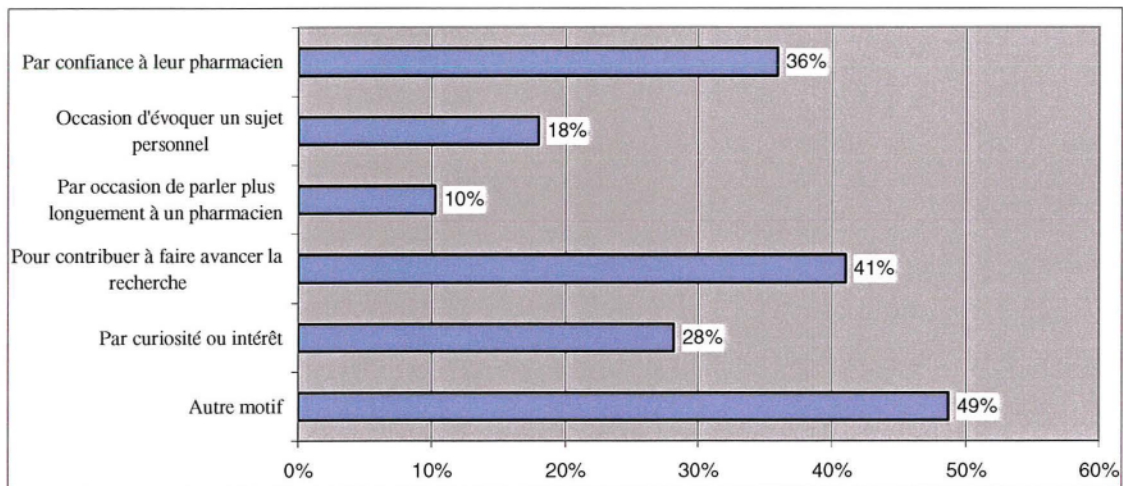


Figure 27 : Raisons d'accepter de participer à l'étude selon les patients (n = 39)

Le taux de remplissage du questionnaire patient était de 91% (39 questionnaires remplis).

67% des patients ont exprimé l'objectif principal qu'ils s'étaient fixés avec l'étudiant, en général, celui de faire plaisir à l'enquêteur.

2.1.1.2. Taux de réponse des médecins

Quatre-vingt-cinq pour cent des 33 médecins sollicités, informés de la participation de leur patient à l'étude, ont retourné le questionnaire rempli.

2.1.2. Recrutement des patients

Les patients fidélisés ont été recrutés directement par le titulaire maître de stage ou par l'étudiant, sur conseils éventuels du titulaire et après consultation de l'historique médicamenteux (Figure 28). Le reste de l'équipe officinale est également intervenu à ce niveau. Enfin, en cours d'étude, certains patients se sont présentés d'eux-mêmes parce qu'ils avaient entendu parler de cette démarche au sein de l'officine.

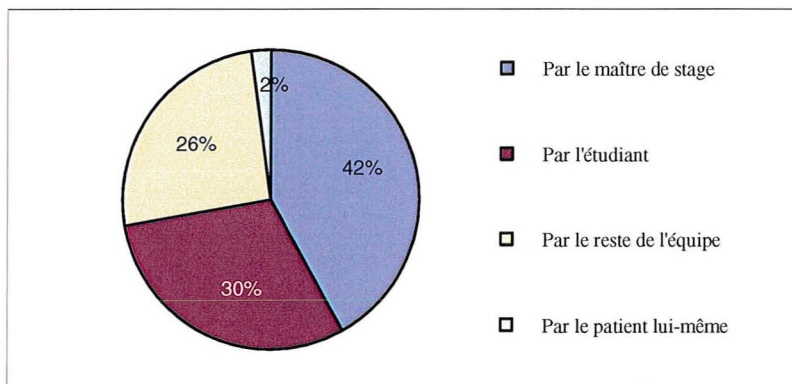


Figure 28 : Répartition des modes de recrutement des patients (n = 43)

2.1.3. Refus

On dénombre 8% de refus directs catégoriques et 21% de refus avec une justification de raison. Nous aborderons les causes précises de refus dans la partie de discussion.

2.1.4. Abandons en cours d'étude

Douze pour cent des patients ont abandonné en cours d'étude. Nous avons choisi de ne pas les inclure dans les données numériques afin d'homogénéiser et de pouvoir interpréter les résultats avec les patients ayant fait l'objet d'une intervention éducative en globalité. Nous aborderons les causes précises d'abandon dans la partie de discussion.

2.2. Organisation spatio-temporelle

2.2.1. Les lieux des rencontres

Les titulaires ont tous accordé aux enquêteurs des visites au domicile pour les patients volontaires. Nous avons ainsi rencontré 3 patients (soit 7%) uniquement à domicile et 40 patients (soit 93%) à l'officine ou de façon mixte. Parmi ces derniers, 6 patients (soit 15%) ont été rencontrés au moins une fois à leur domicile lors du suivi éducatif. La Figure 29 expose les différents lieux de rencontres pour les 40 patients suivis à l'officine. Treize patients (soit 33%) ont été rencontrés de façon mixte entre le comptoir et un espace de confidentialité prévu à cet effet, mais aucun patient n'a été reçu au comptoir uniquement. Enfin, les 68% restant ont été rencontrés dans un espace de confidentialité uniquement, deux officines sur cinq ayant spécialement créé cet espace à cet effet.

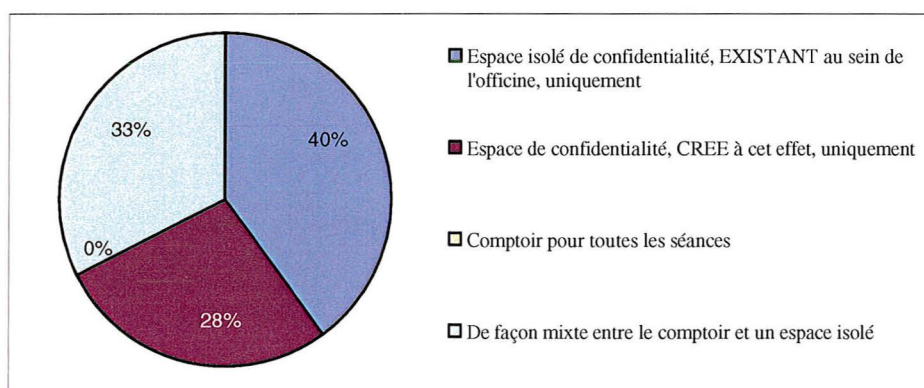


Figure 29 : Répartition des lieux de rencontres au sein de l'officine (n = 43)

97% des patients ont estimé que la zone d'accueil convenait et 24% auraient préféré des rencontres à domicile.

2.2.2. Données temporelles de la démarche

2.2.2.1. Période d'intervention

L'importance de l'éducation apportée variait selon le moment d'intervention dans le traitement du patient : il pouvait s'agir d'une introduction de traitement, d'une période précoce inférieure à 1 an après initiation ou d'un traitement en cours depuis plus de 5 ans (Figure 30).

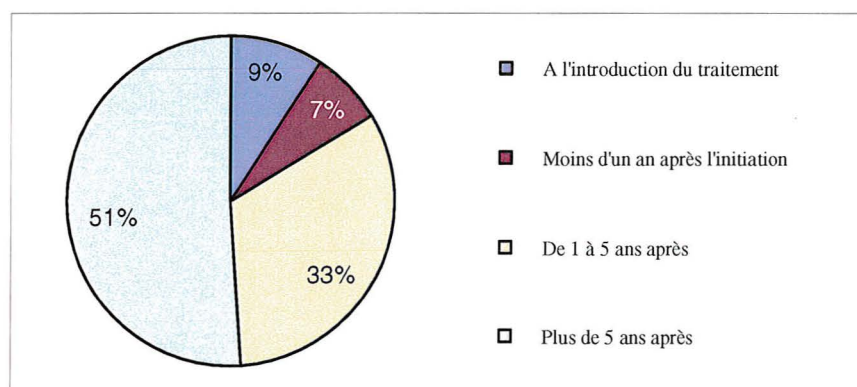


Figure 30 : Périodes d'intervention dans le traitement de la pathologie chronique (n = 43)

2.2.2.2. Aménagement de plages horaires

Deux titulaires sur cinq ont aménagé des plages horaires, et ce de façon aléatoire. Les 5 étudiantes étaient satisfaites des horaires de rendez-vous. L'avis des patients était similaire : 100% étaient satisfaits par les horaires des rendez-vous.

2.2.2.3. Assiduité

L'annulation des séances a concerné 14% des cas quand c'était le patient qui ne s'était pas présenté lors du rendez-vous, et n'était que de 4% quand c'était l'éducateur qui n'avait pas pu être disponible (causes maladie, formation imprévue ou suractivité officinale). Ainsi, nous estimons à 7 (soit 16%) les patients non rigoureux dans le respect des rendez-vous fixés avec l'éducateur, c'est-à-dire les patients qui n'ont pas prévenu de leur absence à presque toutes les séances, ou ceux qui se présentaient à des horaires très différents de ceux fixés, pouvant perturber l'organisation de l'éducateur.

2.2.2.4. Nombre de séances

Les rencontres entre le patient et l'enquêteur se sont surtout effectuées en 1 ou 2 fois car elles correspondaient soit à 1 séance où diagnostic éducatif et séance éducative étaient confondus, soit 2 séances distinctes (Figure 31). Cependant, nous avons constaté des différences sur le nombre de rencontres en fonction des pathologies (Figure 32) : les patients sous AVK ont

Résultats

été rencontrés majoritairement 1 à 2 fois, alors que les patients diabétiques ont été rencontrés 4 à 5 fois. 76% des patients étaient satisfaits du nombre de rencontres qui leur avaient été proposées (Figure 33). En moyenne, chaque éducateur compte 2,7 séances par patient et 22,8 séances au total au cours de ces six mois.

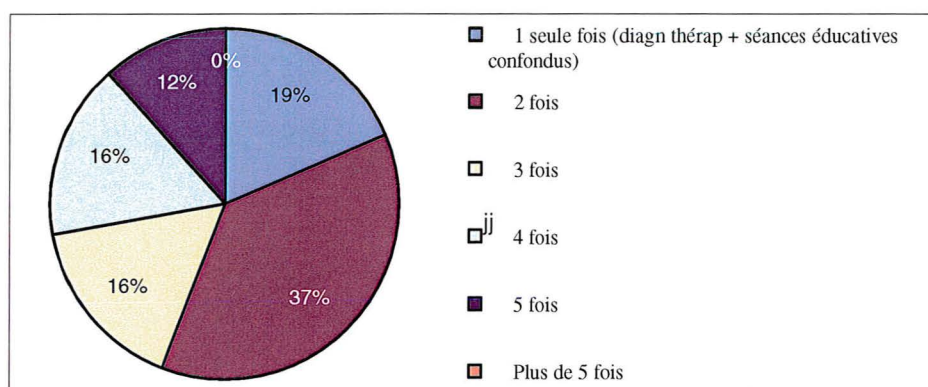


Figure 31 : Nombre de rencontres pour chaque patient (n = 43)

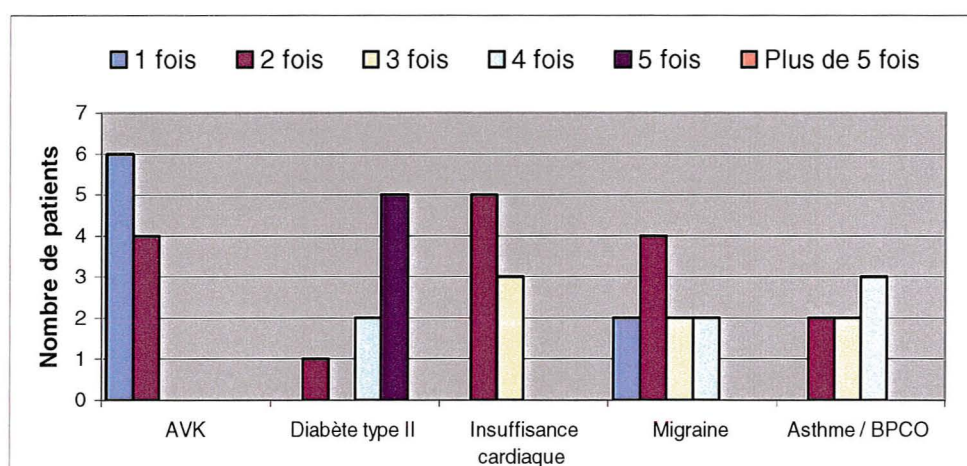


Figure 32 : Répartition des patients en fonction du nombre de rencontres selon le type de pathologie (n = 43)

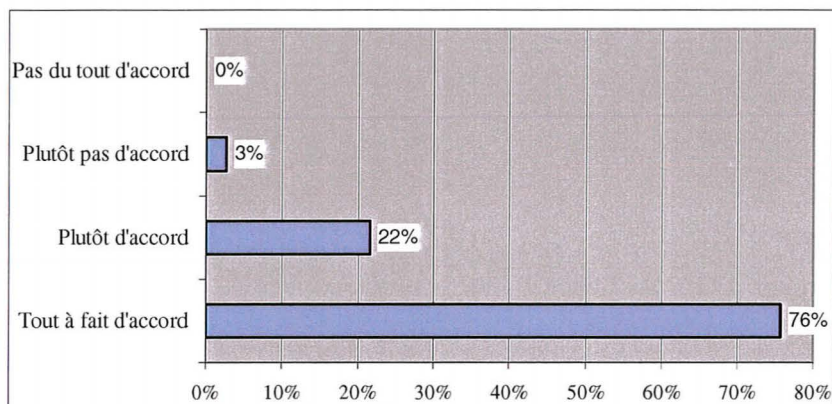


Figure 33 : Avis des patients sur le nombre de rencontres (n = 39)
 « Le nombre de rencontres vous a-t-il convenu ? »

2.2.2.5. Durée des séances

On a constaté que les rencontres pour établir un diagnostic éducatif étaient d'une durée moyenne proche de celle fixée dans le protocole d'étude (44 minutes estimées pour 40 minutes initialement prévues dans le protocole), alors que les séances éducatives étaient plus longues que prévu (28 minutes estimées au lieu de 20 minutes prévues). Les séances mixtes étaient de durée très variable et correspondaient en moyenne au cumul des temps prévus dans le protocole : 53 minutes pour 60 minutes (40 + 20) initialement fixées (Figure 34).

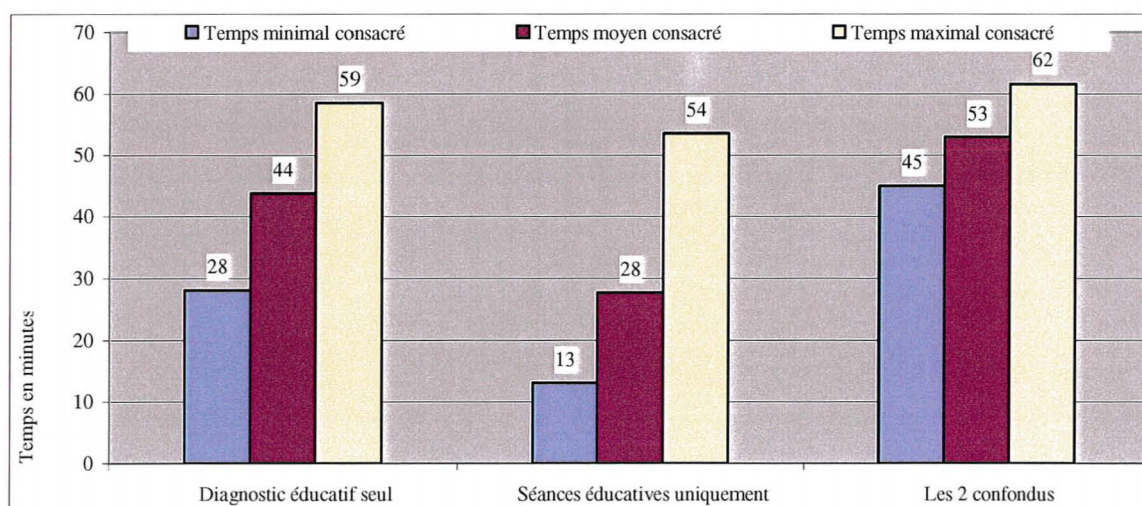


Figure 34 : Temps moyen consacré pour les 114 rencontres effectuées avec le patient (diagnostic éducatif et séances de suivi éducatif pour les 5 enquêteurs)

Plus de 90% des patients ont jugé la durée des séances comme étant adaptée (Figure 35).

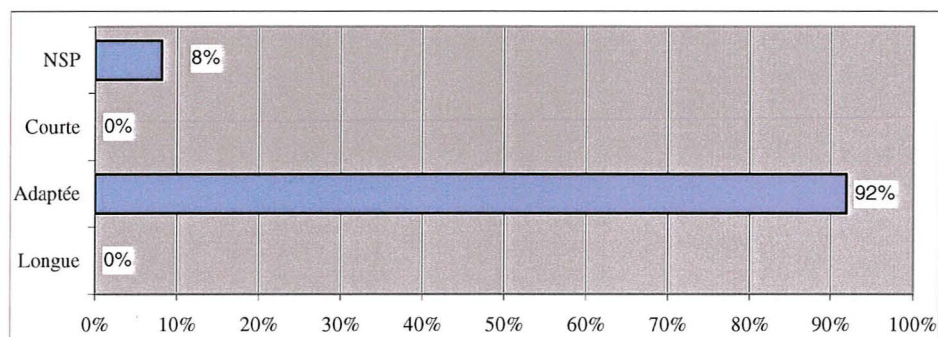


Figure 35 : Avis des patients sur la durée des rencontres (n = 39)

« La durée des rencontres étaient pour vous... »

Enfin, il a paru difficile pour les titulaires d'évaluer la durée des séances et donc d'estimer le rapport bénéfice / temps passé, car aucun n'a participé directement aux rencontres. Seule estimation : aucun titulaire n'a jugé que le temps imparti ait été disproportionné.

2.2.3. Modalités des rencontres

Dans la majorité des cas (93%), le patient s'était présenté seul et a été suivi par l'étudiant enquêteur uniquement (Figure 36). Nous avons considéré comme une séance collective la rencontre simultanée d'un couple de diabétique. Trois patients ont été suivis ou au moins 1 fois suivis par le binôme enquêteur / pharmacien (Figure 37).

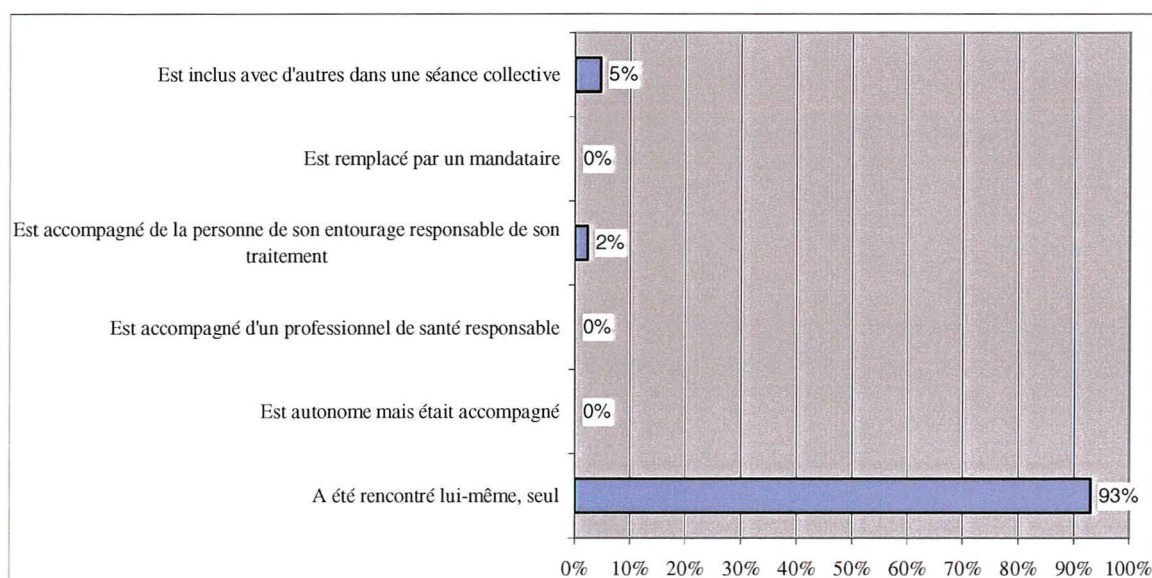


Figure 36 : Modalités des rencontres (n = 43)

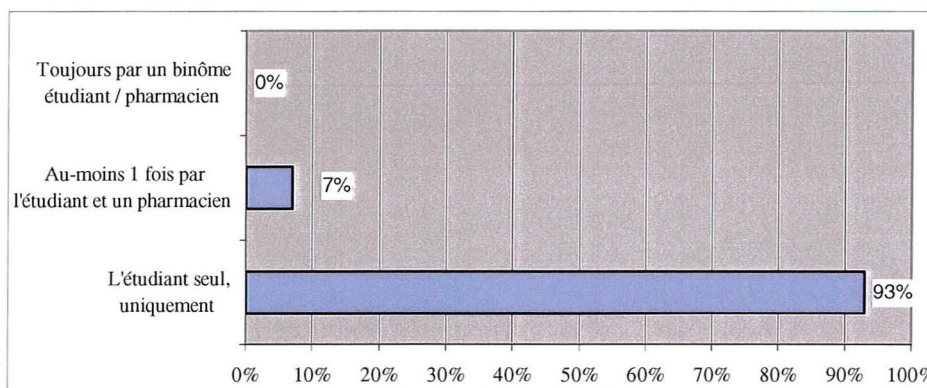


Figure 37 : Les dirigeants des rencontres (n = 43)

2.3. Les outils du suivi éducatif

2.3.1. Le dossier patient

Tous les items ont été utilisés parmi ceux fixés au préalable. Par contre, un item a été ajouté dans le cadre de certaines pathologies : biologie avec les analyses médicales (fréquence des analyses, auto-mesure, réaction face aux résultats).

Des données étaient accessibles directement à l'officine et les étudiantes s'accordaient à dire qu'il était fondamental de pré-remplir le dossier patient avec toutes ces informations accessibles grâce aux logiciels informatiques ou une discussion avec l'équipe officinale. Les 5 étudiantes estimaient qu'il est facile de remplir ce dossier patient en discutant avec le patient. Aucun critère n'apparaissait comme délicat à aborder.

2.3.2. Le diagnostic éducatif

Il a été effectué environ autant de fois en un rendez-vous (53% des cas) qu'en plusieurs fois car il a pu être complété lors des séances éducatives ultérieures (Figure 38). Dans la moitié des cas une synthèse écrite a été réalisée, le temps de réalisation étant très variable d'un enquêteur à un autre (de 5 à 20 minutes en moyenne). En règle générale, les informations recoltées lors de l'entretien ont été retranscrites rapidement après la séance et ont été utilisées pour l'ensemble des séances éducatives. Selon les cinq enquêteurs, la réalisation du diagnostic

éducatif s'est avérée complexe. Il a été intéressant de compléter préalablement les données qui étaient accessibles directement à l'officine, notamment en discutant avec l'équipe officinale.

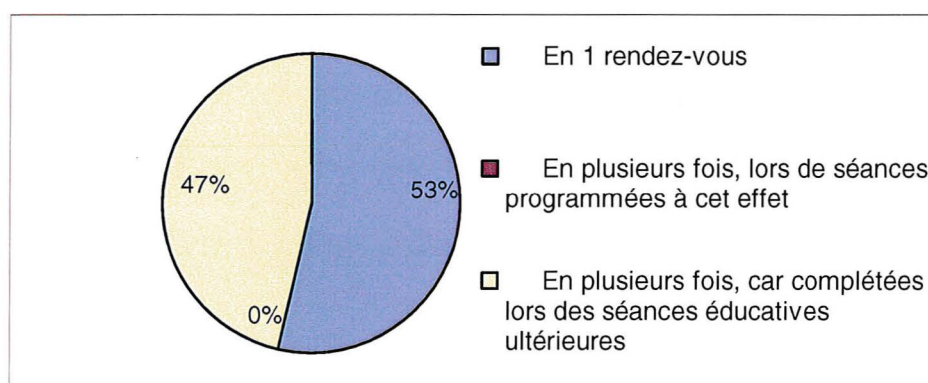


Figure 38 : Nombre de séances pour effectuer le diagnostic éducatif (n = 43)

2.3.3. Les séances de suivi éducatif

Aucun thème n'a été rajouté à ceux déterminés dans le protocole de la démarche (Annexe 11). Ces derniers ont été inégalement abordés si l'on considère toutes les séances (Figure 39). Le suivi des séances, par l'évaluation de la validation de ces thèmes, est différent pour chaque patient, et selon la pathologie. Par contre, certains thèmes ont été abordés plus particulièrement (avec plus de la moitié des patients suivis) dans certaines pathologies (Figure 40) : appareillage (asthme, BPCO, diabète), diététique (AVK, asthme BPCO, Diabète, Migraine), évolution de la pathologie (AVK, asthme BPCO, Diabète, Migraine), surdosages (AVK, diabète, IC, Migraine). Le thème des analyses médicales n'a bien entendu pas été abordé dans le cadre de la migraine. Certains thèmes ont été moins abordés (avec moins d'un patient sur deux) : génériques, grossesse / allaitement et inefficacité thérapeutique. En effet, chaque éducateur s'est efforcé de cibler les besoins adaptés à chaque patient et d'aborder les thèmes par ordre de priorité (établi selon le diagnostic éducatif) ; compte tenu du nombre de séances et de leur durée.

Résultats

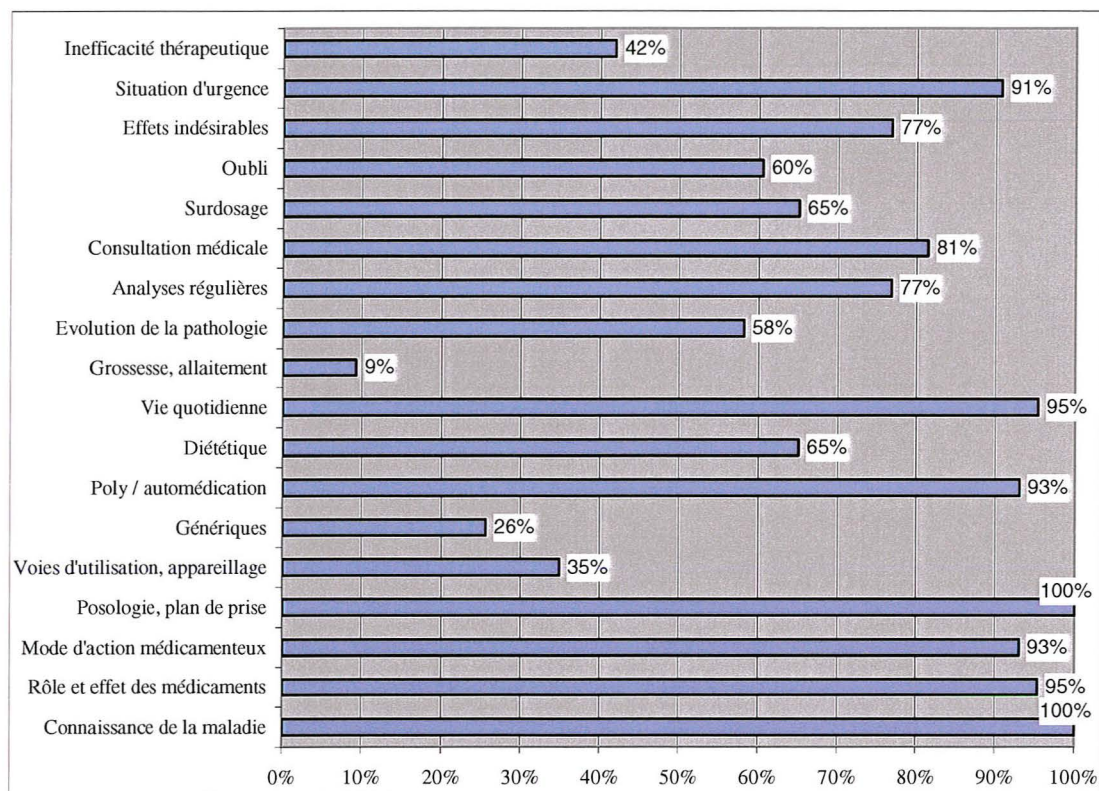


Figure 39 : Utilisation des thèmes fixés selon le diagnostic éducatif lors des séances éducatives (43 patients sur 114 séances)

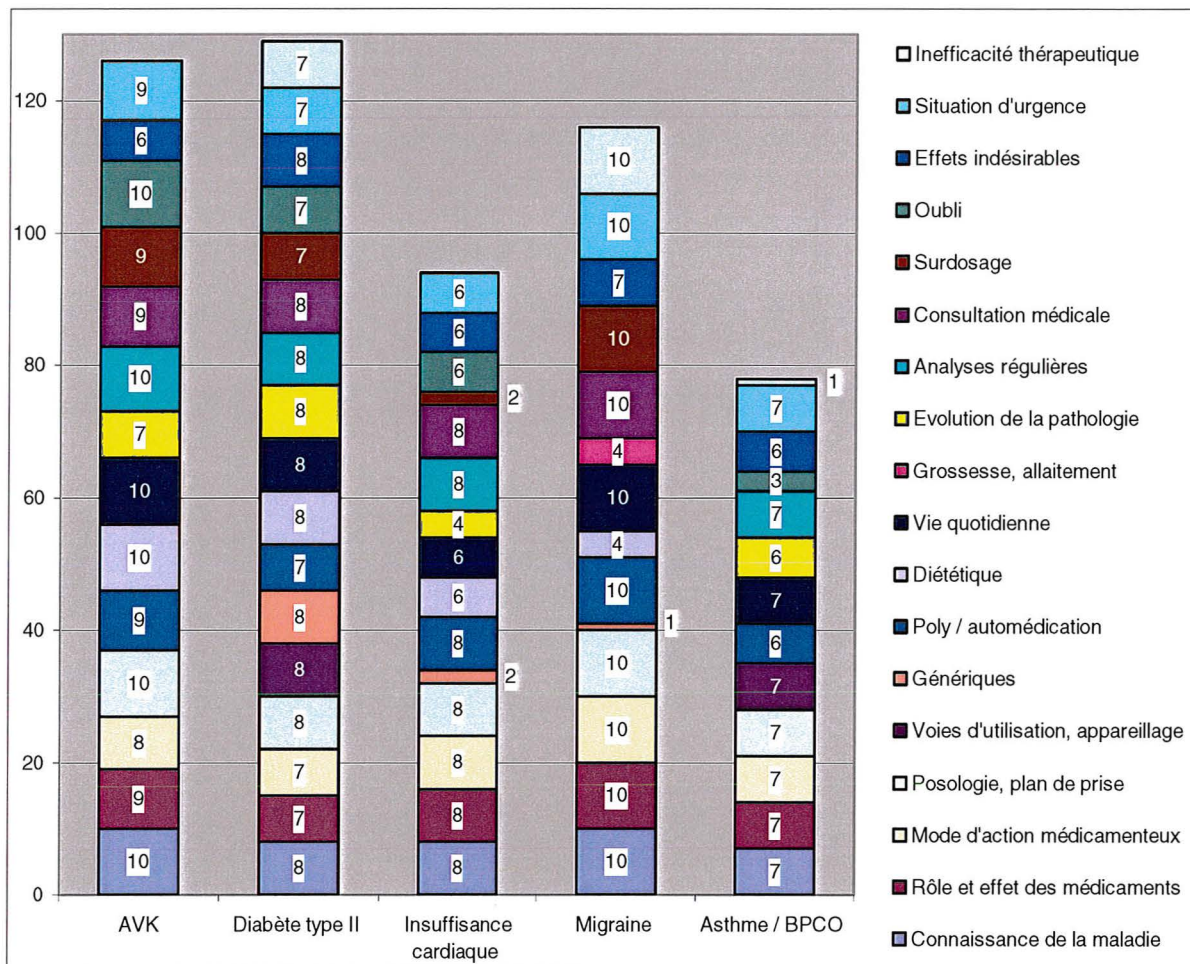


Figure 40 : Nombre de patients pour lesquels ont été abordés les thèmes proposés dans le protocole d'étude, par pathologies

(Rappel : AVK = 10 patients, Diabète type II = 8 patients, Insuffisance cardiaque = 8 patients, Migraine = 10 patients, Asthme / BPCO = 7 patients)

Dans 65% des cas, les thèmes fixés selon le diagnostic éducatif ont été abordés en totalité lors des séances éducatives (Figure 41). De ce fait, 70% des séances éducatives ont répondu totalement aux objectifs thérapeutiques issus du diagnostic éducatif. Dans environ un quart des cas, des recherches supplémentaires ont été nécessaires pour répondre aux objectifs thérapeutiques ou aux questions émanant du patient.

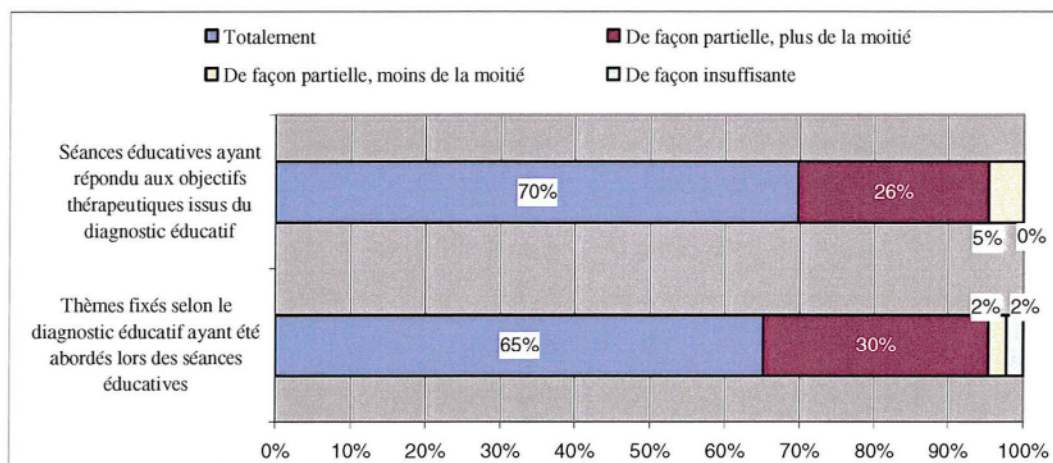


Figure 41 : Relations entre diagnostic éducatif et séances éducatives, pour chaque patient (n = 43)

L'enquêteur a géré seul ses interventions auprès du patient puisqu'un pharmacien ou un médecin n'a dû intervenir que dans respectivement 14% et 12% des cas.

2.3.4. Documents fournis aux patients

Nous avons proposé un document à emporter à 86% des patients. Un patient seulement l'a refusé, affirmant qu'il n'en avait aucune utilité. Six patients sur dix l'ont utilisé et intégré dans la prise en charge de leur traitement.

2.3.5. Supports pédagogiques utilisés au cours des séances

Avant de débiter la démarche de suivi éducatif, chaque étudiant a constitué une « banque » d'outils potentiels à distribuer au patient, inspirés de la littérature et adaptés à chacune des pathologies. Dans seulement 14% des cas, un support pédagogique a été ajouté alors qu'il n'était pas prévu initialement, un enquêteur ayant notamment adapté cet outil à un usage pédiatrique. Dans moins de 10% des cas, aucun support n'a été utilisé lors d'une éducation patient, ce qui confirme la place centrale de ce type d'outils dans la démarche.

Plus particulièrement, le *tri de boîtes* de médicaments s'est avéré efficace pour déterminer le niveau de connaissance du traitement (Figure 42). En effet, près de 70% des

Résultats

patients ont suffisamment pu distinguer leur traitement et leur rôle. Un quart reconnaît le conditionnement externe seulement et 6% ont commis une erreur sur le choix des boîtes.

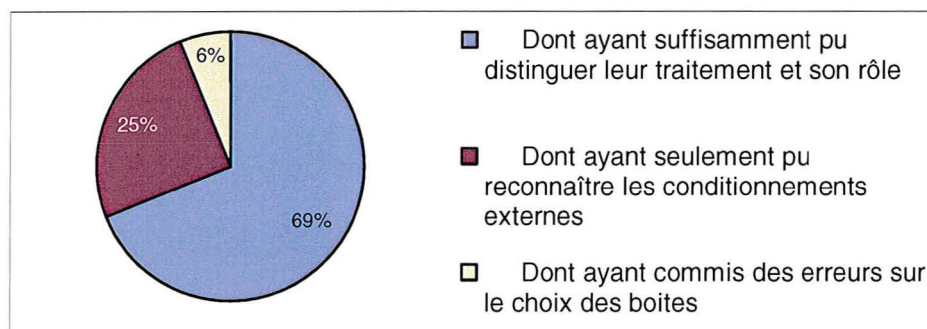


Figure 42 : Les patients face au tri de boîtes de médicaments (n = 43)

2.4. Le ressenti des différents acteurs

2.4.1. Recueil de la satisfaction globale des participants

2.4.1.1. Mesure de la satisfaction des patients

Cette démarche éducative n'a pas eu beaucoup d'impact sur le fait que les patients parlaient plus de leur(s) maladie(s) à leurs proches ou qu'ils communiquaient plus au sujet de leur traitement (un patient sur trois) ; par contre, elle a permis à près de 60% d'entre eux d'accéder à un sentiment de meilleure gestion de leur traitement (Figure 43). Un patient sur deux a noté des changements pour sa santé, 79% referaient appel à cette méthode pour une autre pathologie, 95% conseilleraient ce mode d'échanges à un proche. Au total, 95% des patients étaient satisfaits à très satisfaits par ce suivi (Figure 44). Enfin, 1 seul patient a déclaré n'avoir pas apprécié quelque chose au cours des séances ; il s'agissait du manque de confidentialité de la zone d'accueil.

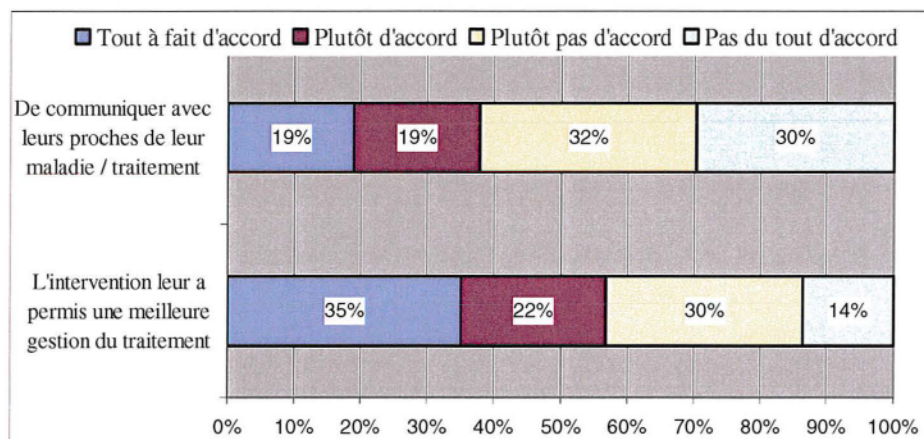


Figure 43 : Avis des patients sur la démarche éducative (n = 39)

« Ces séances vous ont-elles permis de communiquer avec vos proches de votre maladie et/ou de votre traitement ? »
 « L'intervention vous a-t-elle permis une meilleure gestion de votre traitement (plan de prise, surveillance biologique, ... ? »

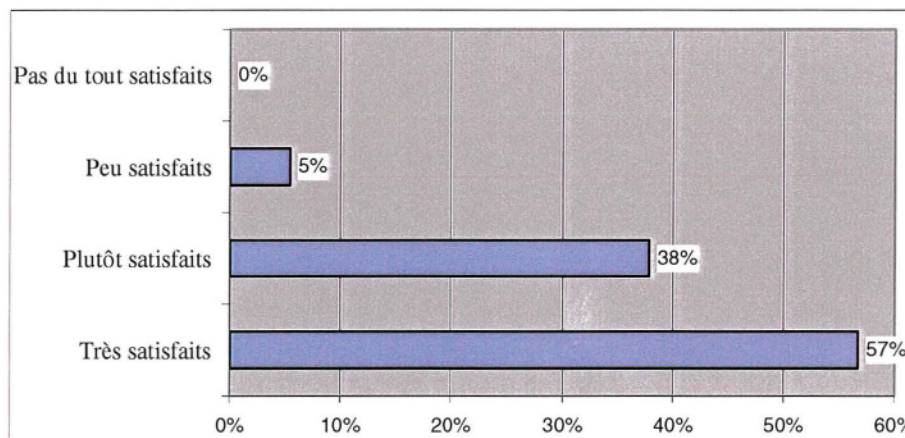


Figure 44 : Avis global des patients sur la démarche d'éducation thérapeutique (n = 39)

« Quelle est votre appréciation globale sur ce suivi ? Etes-vous ... »

2.4.1.2. Recueil du point de vue des professionnels de santé

Pharmacien titulaire

60% des titulaires ont estimé avoir aidé l'étudiant dans son projet. Aucun n'a estimé que ce type d'intervention ait perturbé l'organisation de l'officine. 60% ont pensé que cette activité pouvait aisément se mettre en place au sein de leur officine mais qu'une formation était nécessaire pour développer ce type de service.

Résultats

Trois titulaires ont pensé que leurs patients étaient très satisfaits par cette démarche, et les deux autres ont jugé qu'ils semblaient plutôt satisfaits. Aucun d'entre eux n'a estimé que la répercussion de ces séances sur leurs relations avec les patients concernés était négative (quatre l'estimaient positive et le dernier ne pouvait l'évaluer). De même, le rapport bénéfice / temps consacré était estimé comme suffisant par les deux seuls titulaires étant parvenu à l'évaluer.

Médecin

Beaucoup des médecins ont encouragé ce type d'intervention. On a dénombré 1 médecin (soit 4%) ayant exprimé un mécontentement au sujet de la démarche : il estimait effectuer l'éducation thérapeutique nécessaire auprès de son patient. Au final, la majorité des médecins concernés par cette étude étaient favorables à ce projet d'éducation thérapeutique à l'officine.

Etudiant enquêteur

L'appréciation globale était positive car les 5 étudiantes étaient satisfaites par la démarche.

L'ensemble des enquêteurs comprenait mieux les problèmes rencontrés par les patients, après cette étude. Des difficultés ont été rencontrées sur un plan moral, relationnel ou matériel (rendez-vous manqués, faire face à un patient en situation difficile à gérer, ...). L'ensemble des enquêteurs pensait qu'une formation était fondamentale pour effectuer ces séances de suivi éducatif. Trois d'entre eux estimaient tout de même qu'un soutien psychologique pour l'éducateur pourrait être nécessaire dans certains cas (patient dépressif par exemple).

Le rapport bénéfice / temps consacré était estimé différemment : deux enquêteurs le trouvaient « suffisant », un l'estimait « faible » et deux le jugeaient « difficilement évaluable ».

2.4.2. Relationnel entre les différents acteurs de la démarche

Les refus ou mécontentements au sujet des notes écrites ou interventions verbales de l'enquêteur étaient rares (1 patient) comme l'illustre la Figure 45. Le patient n'exprimait aucun sentiment au sujet d'éventuelles notes prises pour compléter le dossier patient et le suivi des objectifs thérapeutiques (93% des cas) alors qu'il émettait une satisfaction grâce à la considération que lui procuraient les interventions verbales de l'enquêteur (60%).

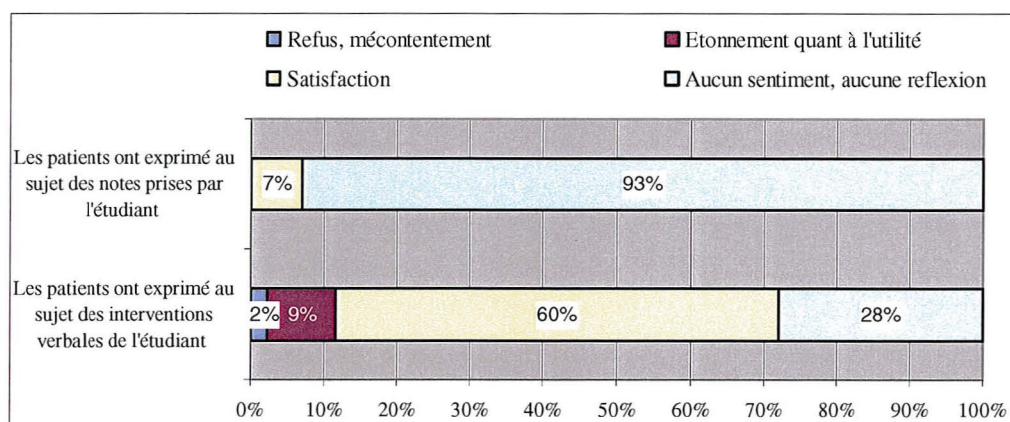


Figure 45 : Réaction du patient face à l'intervention de l'éducateur (n = 43)

Suite au suivi éducatif, 9% des patients ont été orientés vers d'autres professionnels de santé. Nous avons informé 26% des patients de l'existence d'un réseau spécialisé et 27% d'entre eux ont pu intégrer cette structure depuis notre intervention.

Dans la majorité des cas, l'étudiant a eu le sentiment d'avoir pris en compte en totalité les particularités du patient (88%) et d'avoir abordé tout ce qui préoccupait le patient (Figure 46).

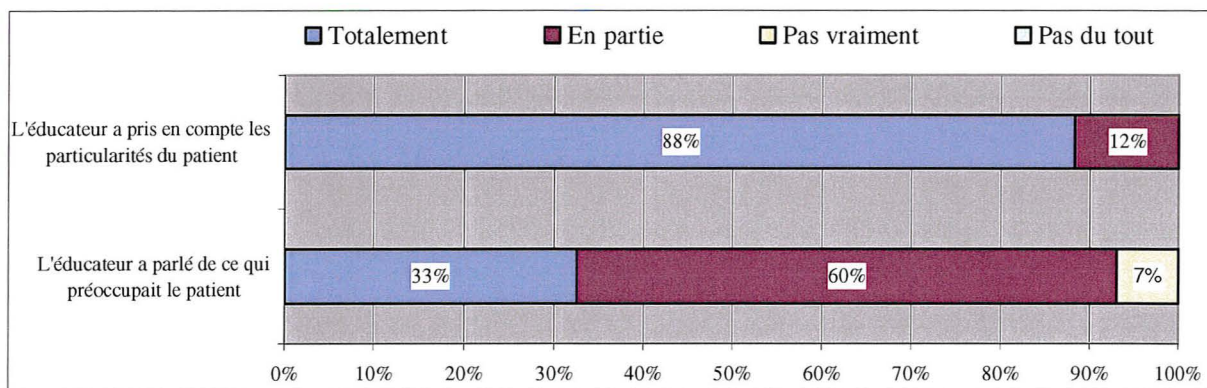


Figure 46 : Ressenti de l'éducateur concernant la manière d'aborder les 43 patients

L'avis des patients va dans le même sens (Figure 47).

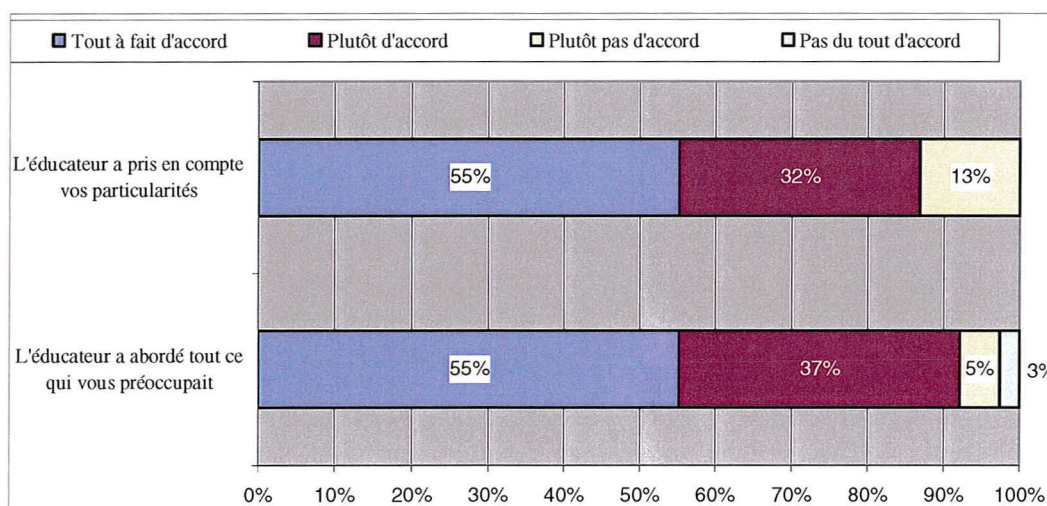


Figure 47 : Avis des 43 patients sur l'intervention de l'éducateur au cours des séances

« Au cours de ces rencontres, a-t-on pris en compte vos habitudes de vie ? »

« Avez-vous pu parler de tout ce qui vous préoccupait ? »

Dans seulement 5% des cas, un rapport final verbal a été communiqué au médecin entourant le patient et concerné par la pathologie de l'étude. L'éducateur « de la migraine » a écrit une synthèse des séances qui a été communiquée au médecin.

Seulement 1 patient sur 5 a parlé de l'étude à son médecin (soit 9 patients). Peu de médecins ont donc pu décrire la répercussion des séances sur leurs patients.

Résultats

Un patient sur quatre a remarqué des changements dans leur relation avec le pharmacien ou avec le médecin.

2.5. Impact économique de la démarche

La notion de service payant n'a été abordée que par 2% des patients. 3 titulaires sur 5 estimaient que ce service devrait être rémunéré.

Nous avons calculé le coût moyen global par patient (coût horaire réel pour un pharmacien adjoint fixé à 23,06€ au coefficient 500, bulletin de salaire Octobre 2006) : nous comptons 124 minutes (2,1 heures) en moyenne par patient sur les 6 mois d'étude ; nous doublons ce temps pour prendre en compte le temps de préparation des séances (ce doublement est effectué dans le cadre du programme Educ'AVK). Ainsi, nous aboutissons à un coût moyen global par patient qui s'élève à 95,62€ pour 6 mois.

DISCUSSION

La démarche réalisée de janvier à juin 2006 a pour but d'évaluer la faisabilité actuelle d'un suivi éducatif à l'officine. Dans notre analyse monographique, la détermination des limites et des possibilités à concrétiser dans ce domaine s'effectue de manière structurée, sur base d'un référentiel d'évaluation (ressenti des patients, opinion des professionnels de santé concernés, retour d'expérience de l'éducateur). Dans une première partie, nous présentons les limites de ce travail. Dans une seconde partie, nous discutons les résultats obtenus pour dans une troisième partie, proposer des perspectives d'intégration de la démarche de suivi éducatif à l'organisation officinale.

1. Les biais méthodologiques inhérents à l'étude

Nous analysons ici le processus éducatif développé (sélection des patients, choix de la démarche et des supports...) puis la méthode d'évaluation de la démarche.

1.1. Biais de sélection des patients

Le nombre de patients engagés dans l'étude est de 43, échantillon imposé par la courte période d'inclusion et le choix méthodologique sous-tendant ce travail pilote, à savoir une approche monographique.

Les abandons et refus de participer sont discutés aux points 2.2.1.3 et 2.2.1.4.

Cette démarche pilote favorise la rencontre de personnes volontaires et disposant de temps. L'échantillon est constitué principalement de patients fidélisés, plus faciles à contacter. Ne sont pas incluses les personnes de passage, ou celles se présentant plus rarement à l'officine. La population active est peu représentée (10 patients sur 43).

Quand le titulaire a choisi les patients, il a pu sélectionner des patients ouverts au dialogue, avec un niveau de compréhension suffisant : le suivi éducatif en est a priori facilité dès la sélection du patient.

1.2. Biais liés au lieu d'étude

Nous avons tenté d'établir les critères de faisabilité quelque soit la pathologie concernée et l'organisation officinale dans laquelle s'est effectué le suivi éducatif, afin de rendre la démarche réalisable en toute situation. Cependant, nous étions dans 5 officines différentes, avec une équipe, une pratique et une clientèle différente. Ainsi, chaque expérience vécue a été différente.

Aucune officine ne se situait dans un milieu rural, donc nous n'avons pas pu évaluer la faisabilité de la démarche dans ce type d'officine à organisation différente (acteurs de santé dans un secteur géographique étendu, pratique officinale plus intégrée, liens plus rapprochés avec les patients...).

1.3. Biais liés à la technique d'entretien semi-directif

L'enquêteur peut influencer le patient par ses propres opinions¹⁶⁹. L'enquêté peut également modifier son discours de façon à se conformer aux idées supposées de l'enquêteur¹⁷⁰. Ce biais est difficilement mesurable dans notre étude car c'est une notion subjective qui dépend de la personnalité de chaque patient. Pour minimiser ce biais, l'enquêteur doit être ni trop proche, ni trop distant, pour que le patient puisse s'exprimer librement et de façon précise sur le sujet.

La place de l'enquêteur peut influencer ce type d'entretien : notre propre façon de le mener a-t-elle été efficace, n'induisions-nous pas les réponses, avons-nous respecté une neutralité maximale ?

Le patient peut discuter de façon superficielle sur un thème donné soit en affirmant des propos d'ordre très général, soit en dissertant sur le thème¹⁷¹. Pour pallier à ce biais, nous avons fixé une liste des thèmes à aborder lors des séances et les objectifs thérapeutiques issus du diagnostic éducatif étaient clairement définis et négociés avec le patient avant chaque séance éducative.

Au final, c'est l'expérience de ce type d'entretien qui permet d'affiner la technique face au patient.

Enfin, la technique d'entretien sélectionnée oblige une retranscription des dires du patient : cette retranscription s'est effectuée après l'entretien avec le patient. Un biais de mémorisation peut aussi fausser la retranscription.

1.4. Biais liés au statut « étudiant » de l'enquêteur

L'étudiant en stage de pratique professionnelle, nouvel arrivé dans l'équipe officinale, est inconnu pour les patients dans la majorité des cas. De plus, l'enquêteur s'est présenté comme un étudiant en 6^{ème} année de Pharmacie préparant sa thèse d'exercice pour être pharmacien. Cette méconnaissance, associée à une faible expérience des techniques d'éducation et d'entretien, peut amener une certaine méfiance de la part du patient.

Chaque éducateur a choisi une attitude différente dans la manière de procéder pour cette démarche. Une première attitude « programmée » proposait aux patients un nombre défini de séances et les objectifs à aborder et fixait des horaires précis de rendez-vous. La méthode était rigoureuse et permettait aux patients de se repérer dans la démarche. Une seconde attitude plus souple et personnalisée, s'adaptant à chaque étape, laissait au patient plus de liberté mais a abouti à une adhésion plus faible de sa part. Ces deux types d'attitudes ont pu provoquer une contradiction ou une divergence des résultats dans certains domaines, ou plus simplement une dualité dans l'évaluation de certains critères de faisabilité. De façon plus large encore, la diversité des cinq retours d'expérience enrichit l'évaluation de la faisabilité et prouve qu'il peut être délicat de formaliser cette démarche de suivi éducatif.

1.5. Biais liés au dossier patient élaboré

Il aurait été intéressant d'ajouter au dossier patient (dans l'item « historique médicamenteux ») une rubrique concernant l'iatrogénie, afin de connaître le nombre de patients ayant déjà été hospitalisés pour effets indésirables graves liés aux médicaments. Sans tenter d'en mesurer l'impact sur la santé des patients, cela aurait permis de justifier de façon plus précise la démarche en tant que relais entre la prescription habituelle pour le patient et l'ordonnance de sortie de l'hôpital après événement iatrogène. Les statistiques françaises, nous l'avons détaillé en partie bibliographique, mettent en lumière un nombre important d'accidents iatrogènes au sein des structures hospitalières.

1.6. Biais liés aux hospitalisations et décès des patients pendant l'étude

L'hospitalisation des patients pendant la période d'étude a eu des répercussions sur l'organisation des séances et sur la programmation des objectifs fixés. Un des patients insuffisant cardiaque a été hospitalisé au cours de la période de suivi éducatif pour des calculs biliaires. Une forte chute de tension a conduit le médecin à changer son traitement momentanément. Préoccupé par cette modification, le patient a émis le souhait lors de la séance suivante de parler essentiellement de ce nouveau traitement car il avait besoin d'être rassuré et voulait obtenir des informations sur les raisons de ce changement. Lorsque la cause d'hospitalisation était différente de la pathologie d'inclusion, l'enquêteur a été amené à aborder des thèmes non préparés à l'avance pour apporter les informations nécessaires à la nouvelle situation du patient.

L'hospitalisation ou décès pendant la démarche a également perturbé l'évaluation de la démarche car deux questionnaires n'ont pu être remplis pour ces raisons. Un patient insuffisant cardiaque est décédé en cours d'étude (suite à un infarctus du myocarde). Il avait bénéficié d'un diagnostic éducatif et d'une séance éducative. Et un second patient, sous anticoagulants oraux, a été hospitalisé au milieu de la période de 6 mois, donc la seconde séance programmée a dû être annulée, et a été hospitalisé de nouveau à la fin de l'étude donc le questionnaire ne lui a pas été proposé. Les hospitalisations n'étaient pas en rapport avec la prise d'anticoagulant, et n'ont pas modifié le traitement.

1.7. Biais liés aux questionnaires d'évaluation patient

Nous n'avons pas exécuté de pré-test des questionnaires. Ceci aurait été enrichissant car nous aurions vu que certaines questions étaient inexploitables et que le questionnaire était trop long. Le nombre de questions doit être inférieur à 20 pour éviter un effet de lassitude, à l'origine de réponses peu fiables⁹³. Par conséquent, les patients se sont lassés et, au bout d'un certain temps, répondaient hâtivement.

Discussion

Nous avons respecté à 85% la façon optimale de remplir les questionnaires patient : par téléphone avec croisement d'interlocuteurs (Figure 48). 88% des patients ont pu être joints pour répondre au questionnaire.

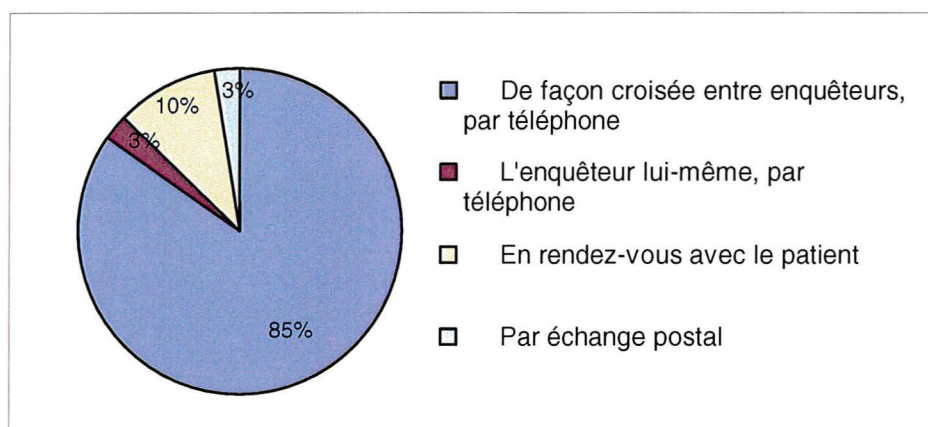


Figure 48 : Techniques de remplissage des questionnaires patients (n = 39)

Les questionnaires ont été remplis à la fin de la période d'étude, or certains patients avaient rencontré l'enquêteur longtemps auparavant. Peut-être la mémoire des détails de ces séances en était moins précise, même si l'évaluation faite à distance des séquences d'éducation a l'avantage de laisser aux patients le temps de la réflexion pour mieux souligner les points forts et les faiblesses de l'éducation⁹³. En outre, téléphoner chez le patient créait un risque de le déranger ou de faire appel à sa mémoire dans un contexte différent de celui concernant les séances éducatives. Malgré le croisement d'interlocuteurs lors de ces appels téléphoniques, certains patients répondaient plus courtoisement qu'objectivement.

Ainsi, nous avons constaté une discordance entre les propos recueillis lors des questionnaires patients et la réalité estimée par l'enquêteur. Par exemple certains patients ont affirmé n'avoir reçu aucun agenda de la migraine, n'avoir vu aucun outil éducatif au cours des séances ; d'autres ont donné une définition erronée de l'asthme ou d'un INR supérieur à 5 ; d'autres encore ont sous-évalué la durée et le nombre des séances. Cette discordance est à prendre en considération dans l'évaluation du ressenti des patients.

2. La faisabilité de l'étude

2.1. Profil des inclusions

2.1.1. Profil des patients

Certains facteurs liés aux patients sont à prendre en considération pour évaluer la démarche.

2.1.1.1. Âge

L'échantillon de la population de l'étude n'est pas représentatif de la population française telle que l'INSEE l'a décrite provisoirement en janvier 2006. En effet, plus de la moitié de la population étudiée est âgée de plus de 60 ans, alors que l'INSEE dénombre 20,9% de Français dans cette tranche d'âge¹⁷². De même, notre population de moins de vingt ans est beaucoup moins nombreuse que celle décrite par l'INSEE étant donné que nous avons recruté des patients atteints de pathologies chroniques, affectant majoritairement les personnes plus âgées. Selon les données de l'INSEE, la population de moins de 44 ans est affectée par autant de maladies chroniques que de maladies aiguës, alors que chez les personnes de plus de 60 ans, on dénombre deux fois plus de maladies chroniques que de maladies aiguës. Plus précisément, 2 à 3 maladies chroniques en moyenne sont déclarées chez les personnes âgées de plus de 60 ans¹⁷³ (Annexe 19). Dans la tranche d'âge des plus de 75 ans, plus de 95 % de la population prend des médicaments (5 à 6 en moyenne par jour chez les personnes de plus de 75 ans)¹⁷⁴ (Annexe 20).

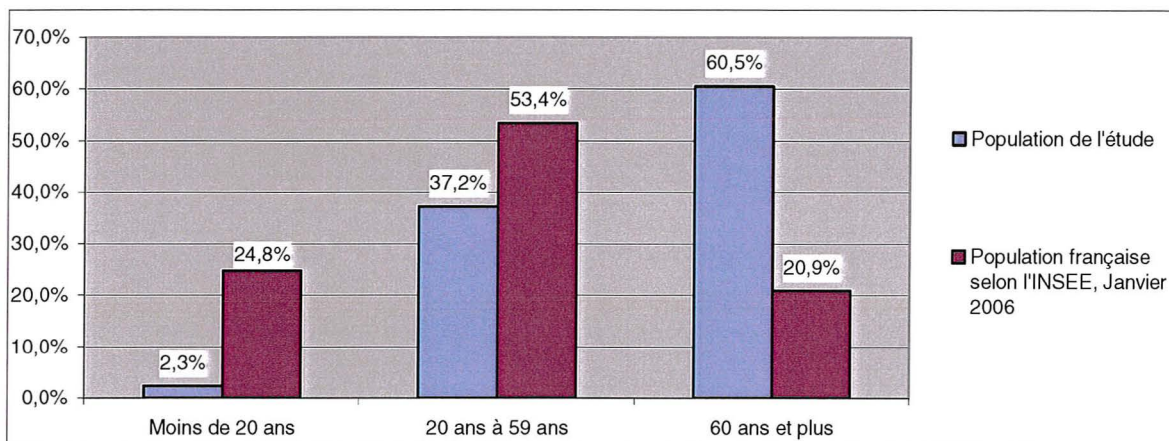


Figure 49 : Comparaison de la répartition de notre population d'étude (n = 43) par tranches d'âge, avec celle de la population française recensée par l'INSEE, Janvier 2006¹⁷²

La maladie frappant à tout âge, il est essentiel que l'éducation thérapeutique soit accessible à tous et qu'elle puisse s'adapter aux capacités de compréhension de chacun. Il a été nécessaire dans notre démarche d'éducation, dont l'âge moyen de la population était de 63 ans, de s'adapter majoritairement aux personnes âgées. Les personnes âgées de plus de 65 ans représentent 16% de la population française, et environ 40% de la consommation de médicaments en ville¹⁷⁵. Les effets indésirables médicamenteux sont deux fois plus fréquents en moyenne après 65 ans, 10 à 20% de ces effets indésirables conduisent à une hospitalisation¹². Parallèlement, il est important d'éduquer les enfants à leur maladie ; cette expérience a pu être réalisée dans le cadre de l'asthme, où des outils adaptés ont été réalisés à cette occasion.

Enfants, personnes actives et personnes âgées ont tous été réceptifs aux informations données par l'éducateur à condition que celui-ci sache s'adapter au profil de chacun.

2.1.1.2. Sexe

Le sexe ne semble pas avoir eu de répercussion à l'égard de l'acceptation de l'étude par le patient, ni à son adhésion aux conseils prodigués. Cela n'a pas influencé non plus l'attitude à adopter par l'enquêteur lors des séances éducatives, en dehors des relations humaines entre personnes de même sexe ou de sexe opposé.

2.1.1.3. Nationalité et culture

La nationalité du patient constitue également un élément important à prendre en compte. La barrière de la langue représente un handicap certain pour certaines personnes, qui ont eu plus de mal à assimiler les messages et à poser les questions qui les préoccupaient. Nous avons pu le constater dans le cas de l'insuffisance cardiaque notamment, où un immigré espagnol, très réservé au comptoir et au cours du diagnostic éducatif, s'est réellement impliqué lors des séances d'éducation en participant activement au dialogue. La discussion s'est déroulée en espagnol. Le patient se sentait en confiance et savait que la séance lui était consacrée.

De même, l'éducateur de santé doit faire face aux habitudes culturelles du patient. Il a été délicat d'aborder le thème de l'alimentation avec un patient sous anticoagulant oral d'origine alsacienne. En effet, ce patient avait une alimentation excessive, notamment en aliments à base de choux. Lui conseiller de réduire et d'équilibrer ses apports en choux, riches en vitamine K, lui est apparu comme un sacrifice.

2.1.1.4. Langage et niveau de compréhension

Pour informer et éduquer, l'éducateur doit absolument adapter son langage au niveau de compréhension de son interlocuteur. Cela nous a paru difficile car il ne faut ni surestimer ni sous-estimer la personne. Dans les deux circonstances, les conséquences peuvent être délicates : dans le premier cas le patient n'ose pas dire qu'il ne comprend pas, et dans l'autre le patient sous estimé se sent rabaissé. Dans le cadre de la migraine, l'éducation a été réalisée auprès d'une dentiste et d'une institutrice : les termes employés ont été difficiles à choisir puisque l'une connaissait les termes médicaux et l'autre connaissait les techniques d'éducation. L'enquêteur a choisi d'utiliser dans un premier temps des termes techniques, puis a adapté son discours en repérant les signes d'incompréhension du patient (expressions du visage, remarques). Cette expérience souligne l'importance de la formation et de l'expérience de terrain en matière de communication.

2.1.1.5. Catégorie socioprofessionnelle

Dans l'ensemble, les patients retraités se sont montrés plus disponibles au quotidien que les actifs. En effet, la prise de rendez-vous pharmaceutiques aux heures creuses de l'activité officinale a été plus aisée chez la population âgée, alors qu'elle a posé davantage de problèmes chez les actifs n'étant disponibles qu'en fin de journée. Cependant, notre étude révèle que les patients intéressés et motivés, quel que soit leur activité et leur âge, font l'effort de se rendre aux séances programmées. Ainsi, dans le cadre de la migraine, où la moyenne d'âge est de 44 ans, les actifs étaient intéressés et, malgré leur manque de temps, trouvaient des disponibilités pour assister aux séances de suivi éducatif. Ceci pose le problème de la programmation des séances dans la routine officinale que nous discuterons dans l'organisation temporelle de la démarche.

2.1.1.6. Contexte médical et thérapeutique du patient

Comme les patients inclus se présentent au moins 1 fois par mois à l'officine, il nous a été plus simple de les rencontrer fréquemment. Nous leur avons proposé de les revoir lors du renouvellement de leur ordonnance.

Il nous a semblé que les patients polypathologiques (67%) et polymédiqués (77%) ont eu plus besoin de ce suivi. La polymédication induite par la polypathologie (Annexe 21) est en effet une source de risque iatrogène¹⁷³. Les risques liés à la polymédication sont un fait avéré, notamment chez les personnes âgées : pour preuve les accidents médicamenteux sont en moyenne deux fois plus fréquents chez les plus de 65 ans que dans le reste de la population¹⁷⁴. La négociation d'un plan de prise avec le patient a été fondamentale: c'était l'occasion d'aborder d'autres pathologies que celle sélectionnée dans l'étude, notamment pour le travail qui ciblait initialement sur les AVK.

Les patients inclus sont suivis médicalement car ils ont pratiquement tous un médecin généraliste et un ou plusieurs spécialistes. Dans le cas de la migraine où le diagnostic s'avère difficile à poser, les patients sont dans 50% des cas suivis uniquement par un médecin généraliste.

Certains patients, par le biais de réseaux de soins, d'hôpital de jour ou d'autres professionnels de santé, ont déjà suivi une éducation. L'éducateur doit dans ce cas être

particulièrement pertinent dans son analyse des besoins du patient, pour pouvoir lui apporter un « plus » ; il doit alors être convaincant pour motiver le patient à adhérer à la démarche car ce dernier pense déjà tout avoir entendu et acquis. Les propos de l'éducateur doivent surtout être congruents avec ce qui a déjà été fait et raconté, d'où l'intérêt de se mettre en réseau. Dans le cadre de l'insuffisance cardiaque, une des patiente venait de suivre une série de séances d'éducation organisées une fois par mois à l'hôpital, en groupe de trois ou quatre personnes. La séance de suivi éducatif réalisée à domicile par l'enquêteur à la suite du diagnostic éducatif a été l'occasion de remémorer avec elle ce qu'elle avait retenu des séances d'éducation à l'hôpital. Ce rappel de connaissances est essentiel car elle met en valeur les acquis du patient, qui se sent alors d'emblée plus impliqué dans la séance.

2.1.1.7. Acceptation de la pathologie / du traitement

Les patients ayant choisi de participer à l'étude acceptent de façon globale leur pathologie et leur traitement selon le diagnostic éducatif établi par l'éducateur. Cependant, c'est une notion très subjective qui a été difficile à évaluer.

Le soignant doit pouvoir identifier le stade du processus d'acceptation de la maladie où se situe le patient au moment de l'identification des besoins éducatifs et tout au long du suivi¹⁷⁶. Ce critère d'acceptation de la maladie / du traitement a un impact sur l'éducation du patient. La motivation à apprendre dépend en grande partie du degré d'acceptation de la maladie et de la façon dont ils se représentent leur affection et leur traitement¹⁷⁷. Ceci s'est surtout révélé lorsque les patients acceptaient mal leur pathologie / leur traitement. Un de nos patients, en déni de sa maladie, a refusé les séances de suivi éducatif. Le déni de la maladie entrave considérablement le suivi et donc l'éducation¹⁷⁶. Un autre patient, qui paraissait résigné, a accepté les séances de la même façon qu'il acceptait sa maladie et son traitement. Dans le cas de l'insuffisance cardiaque, un des patients, résigné et déprimé, acceptait probablement les séances plus pour se distraire que pour sa santé. Il ne participait pas activement aux séances mais plutôt les subissait. Dans ces trois cas, le suivi éducatif était dur à mettre en place et ne nous a pas paru optimal.

Parallèlement, la rencontre a été un moyen d'apporter des réponses au patient pour qu'il accepte mieux sa maladie. Un patient asthmatique, déclarant clairement ne pas accepter sa

maladie et espérant « *qu'un coup de baguette magique* » la fasse disparaître, participait quant à lui de manière active aux séances.

2.1.2. Profil des officines

La variabilité des officines en milieu urbain et semi-urbain (taux de fidélisation variable) n'a pas eu d'impact sur la démarche puisque nous recrutons des patients fidélisés. Cependant, dans le cas de l'officine se situant en centre commercial (taux de fidélisation de 20% environ), les premiers patients fidélisés ont été recrutés aisément grâce à l'aide du titulaire, mais par la suite, la forte proportion de « clients » de passage fréquentant l'officine de façon ponctuelle s'est avéré être un frein au recrutement.

L'importance de l'équipe officinale n'a pas influencé notre étude, les pharmaciens volontaires sont intervenus lors du recrutement selon leurs disponibilités.

2.1.3. Profil des médecins entourant les patients

Les médecins ont été informés de ce projet de différentes manières selon les enquêteurs : au début ou en cours d'étude, avec la lettre d'information soutenue ou non d'un entretien verbal (téléphonique ou direct) et d'un rappel effectué ou non en fin d'étude pour retourner le questionnaire rempli.

Nous n'avons pas fait intervenir les médecins dans l'évaluation des critères de faisabilité de la démarche, donc nous ne déterminerons pas de profil dans cette partie. En revanche, nous avons attaché de l'importance à leur opinion quant à ce type d'intervention pharmaceutique.

2.1.4. Profil des enquêteurs

Durant ses études de pharmacie et l'année hospitalo-universitaire, l'étudiant est sensibilisé à l'éducation thérapeutique au moyen de cours de communication (30 heures) et de formation éducative à l'hôpital (semaine de formation à l'éducation du patient diabétique de type II, éducation de l'insuffisant cardiaque en hôpital de jour, éducation AVK à l'hôpital). Les cinq enquêteurs sont tous des étudiants ayant déjà travaillé au comptoir d'une officine. Cette

Discussion

expérience professionnelle leur a permis d'acquérir une certaine approche du patient et de déterminer les notions essentielles à lui transmettre. De plus, l'enseignement grenoblois de la pharmacie clinique sensibilise les étudiants à placer le patient au centre de leur future pratique professionnelle.

Une formation plus avancée aux techniques de communication et d'éducation serait souhaitable pour ce type de suivi. En effet, il est important de savoir préformuler les questions afin d'éviter que le patient se sente interrogé, tout en recentrant la discussion avec celui qui aurait tendance à trop parler de sa vie personnelle et de son entourage au lieu des thèmes fixés. Nous avons pu le constater dans le cas de l'insuffisance cardiaque et du diabète de type II où deux patientes avaient beaucoup de mal à parler d'elles-mêmes car elles étaient préoccupées par l'état de santé de leurs enfants atteints d'un cancer. Ces situations ont rallongé la durée des séances mais parallèlement l'écoute de ces patientes a permis de tisser un lien de confiance entre elles et les enquêteurs.

2.2. Evaluation des critères de faisabilité d'un suivi éducatif à l'officine

2.2.1. Pertinence de l'information apportée aux acteurs au sujet de la démarche

Dans un premier temps, il a été nécessaire de repérer les patients ayant besoin de ce type de démarche. Puis nous les avons informés et recrutés sur l'étude. Enfin, ils ont accepté ou non de participer à la démarche.

2.2.1.1. Information des différents acteurs

Acceptabilité des patients d'entrer dans le dispositif

L'acceptabilité de l'étude n'a pas toujours été directe. Pour certains patients, elle a nécessité un délai de réflexion plus ou moins important après un supplément d'informations concernant l'étude. Il a été nécessaire de respecter le cheminement des patients réticents, en

les informant plus amplement, en leur expliquant l'intérêt de cette démarche. Dans le cadre de la migraine, une patiente timide, s'automédicant avec des antalgiques, a refusé d'emblée l'étude sans justification particulière. Au fil des visites à la pharmacie, elle s'ouvrait un peu plus au comptoir et les discussions permettaient de lui faire passer quelques informations sur la migraine, démontrant l'intérêt d'une intervention personnalisée. Courant mai 2006, elle est allée consulter pour ses migraines et un traitement adapté lui a été prescrit. A ce jour, son automédication par les antalgiques est interrompue.

Le patient fidélisé à l'officine était en rapport de confiance avec son pharmacien et a plus facilement accepté la démarche par courtoisie que par réel intérêt. Certains même se sont sentis redevables lorsque c'était le titulaire qui leur proposait de participer.

Le patient volontaire doit se sentir impliqué dans sa maladie et libre dans son choix d'accepter de participer : une éducation thérapeutique contrainte est vouée à l'échec. Nous avons constaté que les patients sous AVK sont très demandeurs d'un bilan d'information car ils sont sensibilisés à une certaine dangerosité du traitement et accumulent les sources diverses d'informations. Dans ce cas, l'acceptabilité était souvent immédiate.

Les raisons d'acceptation ont pu être déterminées : confiance accordée à leur titulaire, curiosité / intérêt, contribution à faire avancer la recherche, occasion de parler plus longuement à un pharmacien d'un sujet personnel. L'item « Autre motif » sélectionné par la moitié des patients correspondait surtout à « *faire plaisir à l'étudiant, l'aider dans son projet de thèse* ».

Taux de réponse des médecins

Nous avons obtenu un taux de réponse suffisant pour évaluer un avis global des médecins (28 médecins sur 33). Une discussion avec les médecins volontaires a été réalisée par l'ensemble des enquêteurs.

2.2.1.2. Recrutement des patients

Le recrutement a pu être réalisé d'une part par l'équipe officinale connaissant les patients fidélisés pouvant être intéressés. D'autre part, le recrutement par l'étudiant a souvent nécessité la présentation de l'étude et de l'étudiant par un membre de l'équipe auprès du patient. Le stagiaire n'a pas toujours été perçu comme un professionnel de santé équivalent au pharmacien car les patients ne le connaissaient pas forcément et se méfient, en règle générale, des « débutants ». Le titulaire et l'équipe officinale ont parfois eu plus de crédibilité face au patient. Leur intervention a fréquemment permis de faciliter le recrutement et de rassurer le patient.

La lettre d'information a appuyé la demande orale de participation du patient en officialisant l'étude (avec l'en-tête de l'Université Joseph Fourier UJF) et a permis au patient de connaître le nom de son interlocuteur.

Idéalement, la sélection devrait se faire par le médecin, connaissant les besoins du patient (inobservance, ordonnance supérieure à huit lignes, problèmes rencontrés par le patient...). Il n'est pas toujours évident, à partir d'un simple historique médicamenteux, de définir la pathologie, notamment pour les nombreuses pathologies cardiovasculaires et la migraine. C'est pour ces précisions d'informations et pour une cohésion des messages diffusés par les différents intervenants de la prise en charge du patient.

Le recrutement a eu de l'importance dans notre étude pour la mise en place de la démarche, mais n'a aucun impact pratique concernant la faisabilité d'un suivi éducatif à l'officine.

2.2.1.3. Refus

On dénombre 6 patients ayant directement refusé et 15 refus avec justification de la raison. Les principales causes de refus qui ont été énoncées par le patient ou supposées par l'enquêteur le cas échéant sont énumérées ci-dessous :

- Dénî de la maladie (4 patients). Le patient peut en être conscient ou non. Il est alors difficile de proposer une éducation alors que le patient ne sait pas (ou ne veut pas) admettre qu'il est malade. Le cas s'est présenté dans l'insuffisance cardiaque, où le patient préoccupé par son diabète était inconscient de sa pathologie cardiaque et ne voyait pas l'intérêt de participer à

une éducation patient dans le cadre de son insuffisance cardiaque. Ce refus relance également l'idée qu'une éducation patient, surtout chez un patient polypathologique, ne peut se résumer à une seule pathologie chronique mais doit concerner l'ensemble des pathologies.

- Le patient dit maîtriser suffisamment son traitement (3 patients). Deux cas de figures se dessinent : soit le patient gère de façon optimale son traitement, soit ça n'est pas le cas. Le pharmacien peut difficilement aller à l'encontre de la volonté du patient. Il peut éventuellement relever les indices lui permettant de conclure à une mauvaise gestion du traitement et proposer au patient des solutions au comptoir.
- Refus car la prise en charge existante a été jugée suffisante par 1 patient (équipe soignante, réseau de santé, traitement efficace).
- Refus à cause de contraintes organisationnelles (manque de temps, refus de se déplacer à la pharmacie) pour 6 patients.
- Refus par réticence envers l'enquêteur (étudiant jeune, nouvellement arrivé à la pharmacie) pour 1 patient.

Enfin, certains refus ont été catégoriques, sans justification. Pour certains patients, il devait s'agir de crainte ou de timidité. Pour d'autres encore, parler de la maladie et du traitement reste du ressort de leur médecin. Nous avons constaté que les refus étaient plus nombreux lorsque c'était l'étudiant qui recrutait plutôt que le titulaire ou un pharmacien de l'équipe. Dans le cas où ce dernier connaîtrait un souci de recrutement (refus de la part des patients), on peut envisager l'intérêt d'une demande de suivi éducatif par le médecin.

2.2.1.4. Abandons en cours d'étude

Neuf patients ont abandonné en cours d'étude en ne se présentant pas aux rendez-vous fixés avec l'étudiant, ou en ne cherchant pas à en fixer un suivant. La première cause d'abandon a été le manque de temps de la part des patients. La période d'étude de six mois a été trop brève pour rencontrer 3 des patients qui manquaient de temps. Cela a été le cas par exemple d'une patiente insuffisante cardiaque qui avait abandonné en début d'étude suite au diagnostic éducatif, prétextant ne pas pouvoir fixer de rendez-vous à cause de ses occupations. Pourtant, lors d'un renouvellement d'ordonnance, dépassée par son traitement, elle a personnellement demandé à l'étudiant de lui rappeler le rôle de ses médicaments. Une séance informelle d'éducation patient a

été alors réalisée au comptoir et un plan de prise adapté a été remis à la patiente. Elle a finalement réalisé qu'elle avait besoin d'informations sur son traitement au bout de 5 mois, une étude plus longue aurait permis d'approfondir la démarche d'éducation avec cette patiente.

La participation à un réseau spécialisé en parallèle a constitué une deuxième cause d'abandon pour 1 patient. Il s'agissait d'un patient membre du réseau insuffisance cardiaque ayant décidé d'abandonner l'étude car il pensait que ça ne serait que des redites des informations données par le réseau.

Enfin, après un accord commun, l'éducateur a proposé à un de ses patients d'interrompre le suivi éducatif. Après un diagnostic éducatif prolongé difficile à structurer, l'éducateur s'est rendu compte que la patiente n'était pas prête à ce suivi, d'autres soucis la préoccupaient.

Pour les 4 autres patients ayant abandonné, aucune justification n'a été fournie.

2.2.2. Organisation spatio-temporelle

2.2.2.1. Lieux de l'étude

Le lieu des rencontres est un élément primordial. Il doit mettre en confiance les patients, en créant une atmosphère propice à la confiance.

Un espace de confidentialité

Le pharmacien prévoit dans son officine un espace de confidentialité où il peut recevoir isolément les patients. Selon le Code de la Santé Publique fixant les conditions minimales d'installation, « *l'accueil et la dispensation doivent s'effectuer dans des conditions de confidentialité qui permettent la tenue d'une conversation à l'abri des tiers* » (CSP R. 5089-9). Cet espace est réputé adapté dès lors qu'il permet un dialogue entre le pharmacien et le patient en toute confidentialité¹⁷⁸. Dans la majorité des cas l'éducation s'est déroulée dans la salle d'orthopédie, ou dans un bureau pourvu au minimum d'une table et de chaises. Le lieu de rencontre devait être calme, agréable, propice aux discussions et pourvu de matériel utilisable lors de l'éducation. Cet espace a effectivement pu être utilisé pour ce genre de rendez-vous mais pouvait être sollicité en même temps pour d'autres patients. A l'écart de l'activité officinale, le

Discussion

patient a été satisfait de se sentir écouté, il n'a plus eu l'appréhension de faire attendre les autres clients, il pouvait prendre le temps de parler et de poser les questions qui le préoccupaient.

Dans le cadre de la migraine et de l'asthme, l'éducation s'est déroulée dans une salle orthopédique isolée de la clientèle mais accessible par le personnel. Certaines fois, le patient s'est senti dérangé par la non confidentialité liée aux passages réguliers des membres de l'équipe officinale. Dans le cas de l'insuffisance cardiaque, une salle à l'étage a été utilisée pour les séances de suivi éducatif. Le patient se trouvait totalement isolé de l'activité officinale mais l'inconvénient fut les escaliers. La fatigue et l'essoufflement liés à leur maladie rendent le moindre effort insurmontable. Un bureau à l'arrière de l'officine pouvait être utilisé dans ces cas là mais la séance risquait d'être perturbée par l'activité officinale (téléphone, photocopieuse...). Par conséquent pour les patients insuffisants cardiaques très affaiblis physiquement, la séance à domicile a été privilégiée.

Au domicile du patient

Le domicile s'avère plus approprié pour certaines personnes âgées, pour les personnes se déplaçant difficilement, celles sortant d'une hospitalisation, les mères au foyer ou les personnes jugeant insuffisante la confidentialité à l'officine. Dans le cadre de l'insuffisance cardiaque, le rendez-vous pharmaceutique à domicile a été largement exploité. Plusieurs patients à un stade avancé de la maladie, âgés, fatigués et se déplaçant le moins possible, ont été très satisfaits des rencontres à domicile. Cela a permis de réaliser un suivi éducatif qui n'aurait probablement pas pu avoir lieu à l'officine. Cela a également été l'occasion de leur rendre service en livrant les médicaments.

Le rendez vous à domicile apporte donc des points positifs sur le plan éducatif. Dans le modèle québécois, le pharmacien peut effectuer une visite à domicile afin d'évaluer les difficultés rencontrées, de vérifier l'observance du patient et ainsi de réadapter la prise en charge¹⁷⁹. Il est probable que les patients soient plus réceptifs à des conseils prodigués à leur domicile, parce que mieux adaptés à leur contexte⁹³.

Parmi les avantages, la visite à domicile a permis de découvrir la gestion de la maladie et de son traitement : utilisation de piluliers, retrait des médicaments périmés, rencontre de l'aide à domicile. Une relation particulière s'est établie entre son univers et un professionnel de santé

Discussion

sans signe extérieur de statut (blouse blanche). Cette situation a été perçue par certains patients comme une marque d'intérêt du professionnel de santé.

Parmi les inconvénients, le rendez-vous à domicile est apparu pour certains patients comme une atteinte à leur intimité, comme l'avait déjà souligné R. GAGNAYRE¹⁸⁰. Ils ont préféré se déplacer dans un cadre différent pour diverses raisons, parfois tout simplement pour sortir de leur quotidien (le renouvellement mensuel étant l'occasion de voir du monde) ou au contraire parce qu'ils ne voulaient pas dévoiler leur quotidien et leur univers personnel.

D'un point de vue pratique, les rendez-vous à domicile s'avèrent difficiles à mettre en place. Notre étude a mis en lumière que le temps imparti aux rendez-vous pharmaceutiques à domicile est plus long qu'un rendez-vous à l'officine (temps du déplacement, temps du rendez-vous qui parfois s'éloigne de l'éducation souhaitée...). De plus, le matériel d'éducation est à préparer pour tout avoir lors de la séance (historique médicamenteux à imprimer, supports pédagogiques, ...). Lors de l'étude, cette organisation a pu être organisée dans la mesure où l'enquêteur est stagiaire, donc sa présence au comptoir n'est pas fondamentale. Il est difficile à tenir, aux plans organisationnel et économique, pour une petite officine de quartier de demander à un pharmacien de se déplacer au domicile des patients pendant trois quart d'heures (durée moyenne évaluée des rendez-vous pharmaceutiques réalisés à domicile), sa présence à l'officine étant indispensable. En effet, l'exercice personnel auquel est tenu le pharmacien consiste pour celui-ci à exécuter lui-même les actes professionnels ou à en surveiller attentivement l'exécution s'il ne les accomplit pas lui-même (CSP Article R4235-13).

Le comptoir

Ce lieu de rencontre n'était pas inclus dans le protocole d'étude car nous pensions qu'un suivi éducatif nécessitait une zone confidentielle et spacieuse afin de travailler avec le dossier patient et les outils pédagogiques. Cependant, certains patients ont été revus au comptoir après la séance initiale de diagnostic éducatif. Grâce aux objectifs thérapeutiques fixés, l'enquêteur a pu apporter les éléments nécessaires à la gestion du traitement du patient lors du renouvellement d'ordonnance, ou a pu compléter le dossier patient par certaines informations apportées par le patient à ce moment.

Certaines séances d'éducation se sont ainsi déroulées au comptoir. L'avantage étant que le patient a moins l'impression qu'il va perdre son temps. Moins solennel qu'un bureau, l'éducation au comptoir semble donc être très adaptée aux patients pressés, puisqu'ils n'ont pas l'impression de subir l'éducation, alors que nous profitons de ce moment privilégié pour échanger des informations.

Au fil des renouvellements, nous nous sommes rendues compte que les patients pressés s'ouvraient de plus en plus, et qu'un suivi éducatif pouvait être réalisé. Par exemple, une des patientes insuffisante cardiaque qui avait abandonné l'étude par manque de temps, a finalement demandé que lui soit expliqué son traitement et a volontiers accepté un plan de prise adapté. Le fait que le dialogue ait été réalisé de façon non programmée, au comptoir, au cours d'un simple renouvellement a facilité le dialogue avec cette patiente. Sans aucune séance programmée, certains patients sous anticoagulant se sont préférentiellement dirigés vers l'enquêteur lors du renouvellement d'ordonnance car ils se sentaient connus. L'éducateur était alors considéré comme le pharmacien spécialiste de la pathologie. C'était l'occasion de questions supplémentaires, de confirmations ou même de révélation de nouveaux problèmes dans d'autres sphères physiopathologiques.

En conclusion, le comptoir n'est pas le lieu adapté à la phase de diagnostic éducatif, nécessitant un espace de confidentialité totale réservé à cet effet, mais les rencontres ultérieures peuvent s'y dérouler en fonction des disponibilités patient / éducateur ou des occasions qui se présentent.

2.2.2.2. Données temporelles de la démarche

Période d'intervention au cours de la maladie

La période d'intervention de la démarche dans la maladie n'a pas été pré-établie dans notre étude. Pourtant son impact sur la démarche éducative est indéniable. Notre démarche d'éducation a été destinée à la fois aux patients en initiation et en cours de traitement. Les objectifs éducatifs en ont été différents. Nous avons pu constater que les 7 patients en initiation de traitement avaient besoin d'être informés sur leur maladie et/ou sur leur traitement, de manière à être confortés dans ce nouveau contexte, alors que les patients traités depuis longtemps

avaient besoin d'être stimulés pour rester actifs dans leur thérapeutique. Dans les deux cas, l'objectif final était de donner aux patients la possibilité de s'exprimer face à un professionnel de santé, capable de l'orienter et de lui fournir les informations et les réponses à ses questions.

Idéalement, la démarche éducative devrait être réalisée en phase chronique dès que la phase aiguë de la maladie est terminée.

En phase aiguë, une intervention de l'éducateur pourrait être néfaste pour un patient qui se trouverait déstabilisé par l'annonce du diagnostic de sa maladie et par une trop grande somme d'informations. Dans ce cas, une démarche éducative risquerait alors de l'accabler au lieu de l'aider.

Parallèlement, une intervention trop tardive au cours de sa maladie pourrait être préjudiciable à la démarche. La correction de ses pratiques habituelles est difficile puisqu'il faut persuader le patient qu'il peut encore apprendre. Dans les affections chroniques, le patient doit devenir gestionnaire de son traitement³⁶. Certaines affirmations, comme « *J'ai toujours fait comme ça et il ne m'est jamais rien arrivé !* » prouvent qu'il a été difficile de modifier les mauvaises habitudes. Une des patientes en insuffisance cardiaque avait pris l'habitude de ne pas prendre son diurétique lorsqu'elle devait partir en voyage ou rendre visite à quelqu'un. Malgré une connaissance du rôle du médicament, il a été difficile de la convaincre de toujours prendre son diurétique : « *Ça fait des années que je fais comme ça !* ». Lors de l'abord des techniques d'inhalation avec les sujets asthmatiques et BPCO, certains patients décrivaient des effets indésirables persistants qu'ils ne s'expliquaient pas (bouche sèche, raucité de la voix). En les questionnant, il s'avérait que depuis l'instauration de leur traitement, ces derniers ne réalisaient pas un rinçage buccal après la prise médicamenteuse.

De façon pratique, la phase aiguë a été le moment de diffuser les informations pour une bonne prise en charge du traitement, et il nous a également semblé important d'intervenir régulièrement tout au long de la maladie pour réinjecter des notions fondamentales (travail d'accompagnement). Le pharmacien pouvant rencontrer ses patients au moins une fois par mois a la possibilité d'intervenir régulièrement auprès du patient. L'émergence des conditionnements trimestriels nous apparaît comme un frein à cette possibilité car le patient ne se présente plus aussi fréquemment.

Enfin, nous avons pu utiliser une situation prétexte pour enclencher la démarche d'éducation thérapeutique, lorsque le patient se sent dépassé, affronte un élément ou une situation inconnue, source d'anxiété. Lors de cette phase, il a besoin d'aide et de conseils. Ce fut

Discussion

le cas lors du retour à domicile d'un patient insuffisant cardiaque suite à une complication de la maladie (œdème aigu du poumon).

Il est important d'intervenir régulièrement tout au long de la maladie pour réinjecter des notions fondamentales. Le pharmacien a la possibilité de rencontrer ses patients au moins une fois par mois.

Les plages horaires

Dans un but organisationnel à l'officine, il est important de fixer des plages horaires pour les rendez-vous pharmaceutiques en fonction de la disponibilité des patients et de l'éducateur. Le professionnel de santé doit être totalement disponible lors de ces rencontres, des interruptions fréquentes risquent de rompre le climat de confiance établi avec le patient. Il est difficile pour l'enquêteur de structurer une séance s'il se sent pressé et est sollicité par ses collègues pour d'autres activités officinales.

Les tickets rendez-vous prévus initialement n'ont pas été très utiles, les horaires des rencontres ont été fixés pour la plupart au fur et à mesure des rencontres et étaient inscrites directement sur l'agenda des personnes. Les patients ont l'habitude de prendre des rendez-vous pour leur santé, le ticket rendez-vous a été utilisé chez certains comme aide-mémoire, mais il n'a pas été indispensable à la démarche.

Les plages horaires ont été choisies en fonction de l'activité officinale, les heures creuses étant privilégiées. Mais, même dans ce cas, l'activité officinale était soumise à une part conséquente d'incertitude quand à la disponibilité des pharmaciens sur une journée. Certaines séances ont été perturbées ou annulées du fait d'une activité officinale élevée. Dans notre démarche, l'hétérogénéité de la population a été un critère d'inclusion, mais il s'avère difficile d'impliquer des personnes actives, compte tenu des plages horaires proposées, notamment lors des horaires d'ouverture de l'officine. Il est vrai que le suivi éducatif nécessite du temps. Les actifs n'ont pas forcément la possibilité de se présenter à ces horaires et apprécient en général moins les contraintes horaires, qui ponctuent déjà leur quotidien.

Une certaine flexibilité a été accordée à certains patients, pour qui des horaires fixes pouvaient poser problème. Il s'agissait de personnes âgées, dans le cas des AVK : certains de ces

patients connaissaient le jour exact de renouvellement d'ordonnance le mois suivant, mais ne pouvaient pas prévoir l'organisation de cette journée. Pour que la volonté des patients et l'utilité des séances soient optimales, le patient ne devait pas être pressé par le temps donc aucun horaire n'a été établi au préalable avec ces personnes. Cela fut problématique lorsque les patients se présentaient aux heures d'ouverture (activité forte au comptoir). Pour certains patients incertains de leur programme pour le mois suivant, la date et l'heure du rendez-vous étaient fixées ou confirmées par téléphone la semaine précédant la date de renouvellement de l'ordonnance. Nous avons enfin noté que le taux d'absentéisme était plus élevé dans le cas où un horaire précis était fixé avec le patient, alors que lui proposer une plage horaire dans une journée (par exemple, le matin) a paru favorable à ce qu'il se sente plus libre, donc plus disponible.

Fréquence, nombre et durée des séances

Ces rendez-vous pharmaceutiques ne doivent pas être perçus comme une nouvelle contrainte associée à la pathologie chronique, car ceci risquerait d'amplifier ou de provoquer un sentiment de déni de la maladie ou de renoncement face à un quotidien trop difficile à gérer. C'est pour cela qu'il est difficile de programmer la fréquence, le nombre et la durée des rendez-vous. La démarche doit s'élaborer au fil des séances aux vues de l'évolution du patient, selon un plan d'action fixé initialement lors du diagnostic éducatif mais réévalué de manière itérative, à chaque contact avec le patient.

Concernant les AVK, l'éducateur a été confronté à deux types de patients : d'une part, des patients âgés qui n'étaient prêt à consacrer du temps pour la démarche qu'une seule fois. Le diagnostic éducatif et les thèmes non acquis ont été abordés lors d'une même séance prolongée ; d'autre part, deux patients plus jeunes, actifs et en initiation de traitement, ont eux même demandé plusieurs rencontres, plus courtes mais ciblées. Dans le cadre de la migraine, les séances étaient de deux pour la majorité des patients, ces séances suffisaient pour apporter les informations et évaluer les conséquences. Ces patients étaient par la suite suivis au comptoir, pour évaluer les nouvelles démarches adoptées. Le nombre de séances n'a pas excédé deux séances de suivi éducatif par patient en insuffisance cardiaque. Toutefois, pour l'asthme et la BPCO, le nombre de séances a pu s'élever jusqu'à quatre, notamment pour la jeune patiente âgée de 6 ans pour laquelle l'éducateur a privilégié des séances plus courtes mais plus nombreuses, afin de garantir une meilleure attention. Par contre, dans le cas du diabète de type 2, les patients ont été vus quatre à cinq fois. Le nombre de séances a été fixé dès le début des séances et était

plus élevé. L'éducateur avait programmé une séance tous les mois, car il souhaitait aborder tous les aspects d'une maladie particulièrement lourde de conséquences et de complications.

La durée consacrée aux différentes étapes de l'étude a globalement satisfait la majorité des patients, puisqu'ils étaient en permanence alimentés d'informations, d'écoute ; par contre, les enquêteurs les ont trouvés quelques fois trop longues notamment lorsque les rendez-vous étaient réalisés à domicile, ou quand la personne s'évadait de l'objectif principal. La durée des séances paraissait d'autant plus longue pour l'éducateur que l'activité nécessitait sa présence au comptoir. Après 45 minutes d'un exposé, les capacités de mémorisation baissent de moitié⁹³.

Il semble essentiel de considérer le temps global passé pour l'ensemble de l'éducation. Le pharmacien, dans le contexte actuel, doit gérer au quotidien une disponibilité au comptoir, auprès des patients, dans ses tâches de dirigeant d'entreprise et de gestionnaire. Introduire une nouvelle activité modifie cet équilibre, notamment celui économique. C'est pourquoi la question de la rémunération de cette activité est centrale.

2.2.2.3. Modalités des rencontres

Au cours de notre étude, nos patients ont globalement tous été rencontrés seuls, la relation de confiance établie avec l'enquêteur s'en est ainsi trouvée facilitée. Un dialogue en face-à-face avec le patient a permis de créer une atmosphère propice aux confidences.

Dans certains cas, une tierce personne est intervenue dans la séance, sur demande du patient (aide à domicile). L'entourage a un impact important sur le patient, notamment dans les prises de décisions. Les recommandations de l'OMS soulignent comme essentielle la compréhension de la situation du patient par l'entourage ainsi que le rôle des proches pour le bien-être des patients¹⁸¹. Plus particulièrement dans une affection chronique, il est nécessaire de former la famille ou l'entourage proche afin qu'ils collaborent à la gestion du traitement³⁶. Ainsi une des séances réalisées avec une patiente insuffisante cardiaque s'est réalisée en présence de son aide à domicile. Cette séance a été proposée par l'éducateur quand la patiente a révélé un oubli de préparation du pilulier par son aide à domicile. Cette dernière a pris conscience de

Discussion

l'importance du traitement et les conséquences d'une mauvaise préparation des médicaments. La séance a été très intéressante et la patiente, comme l'aide à domicile, ont été très satisfaites.

Initialement, il était prévu que les patients mineurs soient accompagnés de leur tuteur légal ou d'une personne majeure. Ce critère n'a pu être respecté, car une jeune patiente asthmatique (6 ans) souhaitait participer seule à ces séances éducatives. Son choix a ainsi été respecté, mais à la fin de chaque séance, un compte rendu oral de celle-ci était effectué auprès de sa maman infirmière.

Dans le cas du diabète de type II, plusieurs séances collectives ont pu être effectuées. Ces séances regroupaient en fait un couple de patients diabétiques et avaient pour but de créer une interaction plus dynamique. Etant donné que le mari était malentendant, l'information donnée par l'éducateur a pu être relayée et retraduite par sa femme. La formation en groupe évite de répéter plusieurs fois les mêmes messages, mais nécessite d'utiliser des méthodes interactives afin de permettre à chacun d'effectuer les apprentissages nécessaires. Cela permet également de stimuler et confronter les points de vue.

2.2.3. Outils de suivi éducatif

2.2.3.1. Le dossier patient

Au cours de notre étude, les informations recueillies sur le patient sont essentielles au bon déroulement de la démarche. Le dossier patient créé et utilisé au cours de l'étude a permis de renseigner l'enquêteur sur les informations générales du patient mais également sur les informations liées à son état de santé. Synthétique et assez général, il a pu être utilisé sans grande modification au cours de l'étude. Tous les items ont été utilisés parmi ceux fixés au préalable. Aussi, on peut considérer le dossier patient comme minimal, ne comportant que les critères essentiels à une bonne gestion de l'éducation thérapeutique.

Le dossier patient a pu être complété lors du diagnostic éducatif. Certains critères sont accessibles au préalable, grâce à l'historique médicamenteux et à la communication avec l'équipe officinale connaissant bien le patient fidélisé. Des éléments complémentaires ont pu être

apportés lors des séances éducatives ou lors des rencontres au comptoir. Enfin, l'éducateur a pu s'y référer à tout moment afin d'orienter le suivi éducatif du patient.

La connaissance du diagnostic clinique s'avère essentielle, pour la validation d'ordonnance et le suivi thérapeutique de qualité. Le DMP actuellement proposé ne résout pas le problème puisque le pharmacien n'a pas accès à la rubrique « Pathologies en cours ». De plus, dans notre démarche, il a été nécessaire de demander aux patients d'apporter les résultats d'analyses biologiques (INR (ou carnet de suivi), glycémie, créatininémie, HbA1c, ionogramme, peak flow) pour évaluer le suivi thérapeutique.

2.2.3.2. Le diagnostic éducatif

L'évaluation des enjeux de la prise en charge du patient se réalise à l'aide du diagnostic éducatif par des séries de questions ouvertes. Au cours des entretiens, les éducateurs peuvent s'aider d'un questionnaire pré-établi, le but étant de permettre une discussion ouverte et confiante⁹³. Cette technique a permis d'établir un plan d'action et d'éviter une discussion sans fin, tout en récupérant les éléments utiles pour déterminer les objectifs du suivi éducatif. Il a été important que le patient ait pu s'exprimer librement.

Selon les cinq éducateurs, la réalisation du diagnostic éducatif s'est avérée complexe. Dans le cadre de la migraine par exemple, une patiente a raconté l'ensemble de ses problèmes sociaux et familiaux, mais en aucun cas, elle n'a parlé de ses migraines, qui passaient finalement en second plan. La séance s'est révélée plutôt de l'ordre du soutien psychologique. Certaines informations du patient ne seront jamais obtenues du fait de son libre arbitre de ne pas les confier à l'éducateur¹⁸². Les patients craintifs des conséquences de ses pratiques thérapeutiques au quotidien n'ont pas tout révélé, ont pu masquer la vérité. Dans le cas contraire, ils ont voulu montrer leur savoir-faire, en répétant ce qu'ils avaient déjà entendu. Ces deux attitudes inverses ont perturbé la démarche, puisque le niveau considéré de la personne était faussé. C'est pourquoi il est nécessaire que le patient soit dans un climat de confiance, où il ne se sente pas jugé, ni interrogé. Il faut que l'éducation soit ressentie comme une aide et non un moyen de répression.

Le temps consacré au diagnostic est difficile à évaluer, car il a pu être complété au cours des rencontres ultérieures, lors de changements de situation des patients, de l'adaptation des objectifs thérapeutiques aux besoins issus de chaque séance...

Les patients pouvaient être très demandeurs de réponses dès l'élaboration d'un diagnostic éducatif. Si un thème abordé paraissait intéresser particulièrement le patient, il a été délicat de ne pas développer le sujet sur le moment, sous prétexte de lui en parler lors de la séance ultérieure, programmée en vue de répondre aux objectifs éducatifs. C'est pourquoi certains patients ont été majoritairement rencontrés lors d'une seule séance assez longue (45 minutes). Cela souligne la nécessité d'une formation et d'expériences dans le domaine de la réalisation d'un diagnostic éducatif.

Les objectifs pédagogiques nous ont permis d'établir un programme d'éducation. Il semble nécessaire, dans la mesure où le patient doit acquérir des compétences complexes, d'envisager un ordonnancement des objectifs⁹³. Une fois qu'ils sont déterminés, nous avons constaté qu'il était nécessaire de les justifier auprès du patient et de négocier avec lui s'ils seront abordés ou non lors de la prochaine séance éducative. En effet, la formulation des objectifs thérapeutiques oblige les éducateurs à traduire une intention en un énoncé clair de la compétence à acquérir par le patient. Deux sortes de difficultés sont rencontrées : la formulation risque d'être à la fois vague et trop ambitieuse et le désir de l'éducateur risque de l'emporter sur les réelles possibilités du patient³⁶. Dans notre démarche, nous avons remarqué que cela permettait au patient de se situer dans le programme d'éducation établi et d'avoir des repères dans ce que lui propose l'éducateur.

Dans un souci de relation avec d'autres professionnels de santé, il est souhaitable qu'une synthèse écrite du diagnostic éducatif puisse être communiquée. La synthèse écrite des informations obtenues permet de relever les facteurs facilitant ou limitant l'éducation, mais également les centres d'intérêt du patient qui permettent d'orienter la stratégie d'apprentissage et les aspects sur lesquels l'éducation doit porter en priorité¹⁸². Dans notre démarche, deux enquêteurs ont réalisé cette synthèse : cela a pris du temps, puisqu'il a fallu retranscrire une discussion de quarante minutes en quelques lignes. La retranscription a été quasi immédiate ou, si les contraintes professionnelles ne le permettent pas, l'éducateur a utilisé un dictaphone pour enregistrer la séance. L'expérience a été tentée dans le domaine du diabète de type II : les patients n'ont jamais refusé. La synthèse écrite s'est avérée fondamentale pour transmettre aux professionnels de santé concernés une analyse des difficultés rencontrées par le patient et une suggestion des actions pour les résoudre.

2.2.3.3. Les séances de suivi éducatif

Les séances d'éducation se réalisent aussi en face-à-face. Ces rencontres sont souvent difficiles à interrompre et durent 45 minutes alors que le temps imparti dans le protocole était de 20 minutes. Il paraît important d'apprendre à interrompre une séance sans importuner le patient. Les patients prennent parfois ces séances pour un soutien psychologique ou simplement un lieu d'écoute. L'enquêteur doit recentrer la discussion, sans frustrer le patient, ou risquer de l'empêcher de dire l'essentiel pour sa prise en charge éducative.

Le plan d'action des séances éducatives, plus ou moins développé selon les objectifs fixés par le diagnostic éducatif initial, a été modifié en fonction de l'évolution des séances. Deux attitudes différentes se sont dessinées au cours de l'étude. Une première attitude, directive et programmée, proposait aux patients un nombre défini de séances ainsi que les objectifs à aborder et fixait les horaires précis de rendez-vous. La méthode permettait aux patients de se repérer dans la démarche. Une seconde attitude, plus souple et personnalisée, s'adaptant aux besoins et volontés des patients à chaque étape, laissait à ce dernier plus de liberté. Cette dernière a abouti à une adhésion plus faible de la part du patient car il pouvait se sentir moins encadré, moins motivé. Trop de libertés pouvaient masquer l'importance de ce type de suivi à l'officine pour leur santé.

Le tableau de suivi des séances selon les thèmes abordés permet de visualiser rapidement le niveau d'intervention de l'éducateur. Nous pouvons ainsi dénombrer les thèmes abordés pour chaque patient, repérer les thèmes les plus abordés, quelque soit la pathologie, ainsi que dans la pathologie spécifique de l'étude, et mettre en évidence l'évolution des connaissances du patient. Afin de tisser une cohérence entre les séances, il était nécessaire de vérifier ce que le patient avait retenu de la séance précédente (retour d'expérience du patient, analyse des informations remplies dans le carnet de suivi, le cas échéant).

Dans la pratique d'une phase de suivi éducatif⁹³ (Figure 8), nous n'avons pas disposé d'assez de temps : six mois ne nous ont pas permis de vérifier l'acquisition d'une bonne gestion médicamenteuse au long terme. L'intervention était trop proche pour en mesurer l'impact au long terme. Nous concluons encore une fois sur l'utilité d'un suivi éducatif régulier, sur le long terme et éventuellement à une fréquence moindre que celle imposée par la durée de l'étude. Une fréquence adéquate s'adaptant au profil du patient. Un patient dont la maladie est peu ou mal

contrôlée consulte plus fréquemment un médecin. Nous proposons alors que le pharmacien puisse rencontrer le patient soit après chacune des consultations médicales (ce qui permettrait au pharmacien d'être informé d'une quelconque évolution du traitement), soit tous les 2 mois de façon régulière afin qu'il puisse assimiler les informations fournies et que l'éducateur puisse rechercher des supports pédagogiques adéquats. De même, en phase d'éducation initiale⁹³, les séances doivent être rapprochées du diagnostic éducatif afin d'apporter aux patients les compétences nécessaires à une bonne gestion du traitement (séances hebdomadaires à mensuelles selon le cas et les patients). Le modèle australien propose le remboursement d'une séance par année²⁹, ce qui nous paraît effectivement intéressant pour les patients ayant un contrôle optimal de leur maladie et de leur traitement et où toutes les compétences requises sont acquises. Dans ce cas, nous soulignons l'importance de réaliser un nouveau diagnostic. Enfin, il est évident que le suivi doit s'intensifier à chaque événement dans le traitement (introduction / arrêt d'un médicament, hospitalisation...).

Face à des patients polyopathologiques, les séances d'éducation ont fait l'objet quelques fois de recherches supplémentaires de la part de l'enquêteur, qui a dû s'adapter aux questions du patient. Une séance d'éducation AVK a été réalisée chez un patient insuffisant cardiaque, sur sa demande. Des séances sur les moyens contraceptifs ont été réalisées dans le cadre de la migraine, la patiente devait changer de moyen contraceptif, dans le but de réduire ses migraines. Des recherches sur la relation obésité et asthme ou encore sur l'efficacité de la désensibilisation ont été menées suite à la demande des patients.

Un pharmacien senior ou un médecin n'a dû intervenir que dans respectivement 14% et 12% des cas. Les pharmaciens sont intervenus pour apporter des informations complémentaires, des conseils sur les outils pédagogiques et leur avis personnel sur le patient et une aide à la gestion d'une erreur de posologie. Les médecins ont été sollicités pour avoir accès à des compléments d'analyses biologiques, pour avoir son autorisation d'aborder les méthodes parallèles des soins de la migraine et pour confirmer une posologie.

2.2.3.4. Les moyens mis en œuvre

Selon les récentes recommandations de l'ANAES, la primauté de l'information orale est mise en exergue, car pouvant s'adapter à chaque patient en particulier¹⁸². Nous avons constaté

Discussion

que l'adaptation des supports pédagogiques selon les patients était nécessaire dans le cadre d'une démarche éducative. Les catégories d'âges du patient ont une grande importance. L'enfant apprend plus volontiers par le jeu. Les adultes recherchent une réponse concrète à leur problème et accordent beaucoup d'importance à leur expérience personnelle. Les personnes âgées attendent une relation plus personnelle⁹³.

Documents fournis aux patients

L'objectif principal des documents fournis aux patients leur permettait de conserver un document de référence pour qu'ils puissent prolonger leur apprentissage et les aider à prendre des décisions au quotidien¹⁸³. Les patients peuvent se sentir démunis sans le secours d'une documentation à laquelle ils pourraient se référer en cas de doute quant à la conduite à tenir³⁶. Il semble que les patients aient plus retenu les images que les mots. Les patients ont par exemple retenu plus aisément les caractéristiques de la bronchoconstriction par l'image d'une bronche enserrée et fermée que par des propos peu explicites pour eux.

Les documents fournis ont permis d'informer également l'entourage du patient. Dans le cadre de la migraine, un livre pour les enfants a été fourni à des mères migraineuses, afin qu'elles expliquent leur pathologie à leurs enfants.

La remise de brochures informatives n'était pas forcément systématique, elle était justifiée par les besoins du patient.

Les tableaux de plan de prise ont largement été utilisés lors des séances d'éducation des patients âgés ou présentant un niveau de médication élevé. Pour s'adapter aux personnes âgées, des plans de prises en gros caractères ont été réalisés, dans le cadre de l'insuffisance cardiaque, du diabète de type II et des traitements par AVK. L'avantage de cet outil était de pouvoir négocier avec chaque patient les heures et les modalités de prises des différents médicaments.

En plus des documents proposés aux patients, des supports de suivi de leur traitement (carnet de surveillance du patient diabétique, carnet de suivi biologique des anticoagulants, agenda de la migraine, carnet du patient asthmatique) ou des éléments favorisant l'observance (plan de prise adapté avec rôle des médicaments, plaquettes des signes d'alerte dans

Discussion

l'insuffisance cardiaque, flèche d'interprétation des INR) ont été fournis aux patients. Cette documentation nécessite d'être personnalisée par des annotations écrites ou une lecture orale. Au cours d'une séance d'éducation, une patiente insuffisante cardiaque a annoté elle-même sa brochure afin de se l'approprier et d'éclaircir certains termes précisés à l'oral. Dans un autre cas, un patient sous AVK a refusé le carnet de suivi du traitement anticoagulant car il s'organisait déjà de façon optimale : pilulier et fiches personnelles de suivi de l'INR.

Cependant, l'évaluation de ces supports n'a pas été évidente. D'après l'INPES, les outils d'intervention en éducation pour la santé doivent être analysés conjointement par trois personnes au moins ayant des compétences différentes¹⁰⁸. Évaluer le devenir de ces brochures de suivi fut délicat : poser la question au patient a souvent conduit à une discordance entre ce qui s'était passé lors de la séance et ce que le patient révélait. Certains patients ont conservé et rangé les documents dans un endroit stratégique (avec les documents santé du patient), pour les lire si besoin ; d'autres avouaient les avoir rangés car leur lecture les angoissait ; d'autres enfin déclaraient les avoir mis en évidence dans leur cuisine... Il est difficile de vérifier ces informations qui sont parfois en contradiction avec ce que l'éducateur a pu constater. Nous avons toutefois pu évaluer, dans certains cas, l'intégration des informations véhiculées par ces documents. En effet, lorsque nous avons reparlé de ces documents aux patients (revus en séances éducatives, au comptoir, ou lors de l'entretien téléphonique pour questionnaire patient), certains savaient immédiatement de quoi il s'agissait tandis que d'autres affirmaient ne les avoir jamais reçus. Par exemple, un patient insuffisant cardiaque, en rejet total du corps médical et peu réceptif aux séances d'éducation a déclaré, lors du questionnaire patient, avoir affiché les documents sur son réfrigérateur, à la grande surprise de l'éducateur.

Supports pédagogiques utilisés au cours des séances

Les supports pédagogiques représentent le fil conducteur des séances. L'information écrite (document papier, support vidéo ou multimédia) quant à elle est un complément possible à l'information orale, à condition qu'elle soit hiérarchisée, repose sur des données validées, soit synthétique, claire et compréhensible pour le plus grand nombre de patients et incite le patient à poser des questions¹⁸². Un panel de documents d'éducation a été préalablement sélectionné par les divers enquêteurs : imagiers ou schémas à main levée, carnets de suivi, animations informatiques et exercices éducatifs. Les supports n'ont pas été systématiquement utilisés avec

Discussion

tous les patients ; le choix des supports s'est réalisé en fonction des thèmes identifiés lors du diagnostic éducatif.

Nous avons eu l'occasion de dessiner à main levée des schémas explicatifs. Par exemple, l'éducateur dans le diabète de type II a proposé un schéma de la localisation anatomique du pancréas afin d'expliquer le rôle de l'insuline.

L'outil informatique peut inclure des possibilités de navigation hypertexte par mots clés donnant accès à des animations vidéo, pouvant être accompagnées de textes, de commentaires vocaux ou de schémas explicatifs¹⁸⁴. L'outil multimédia est interactif grâce à la dynamique de diaporamas. Cette dynamique a permis d'appréhender le cheminement de la migraine, en partant des facteurs déclenchants et en aboutissant à la douleur. Dans le cas de l'asthme, un CD-ROM permettait au patient une visualisation en 3 dimensions du poumon, accompagnée de textes explicatifs du rôle de chaque élément de ce dernier. Cependant, le multimédia peut exclure l'éducateur de la formation, puisque le patient peut évoluer seul dans ce dernier. Il faut veiller à ce que cet outil ne se substitue pas à l'éducateur en l'appuyant par des informations orales. Par contre, ce type de support peut exclure certains patients qui ne manipulent pas ce type d'outils et frustrer ceux qui venaient chercher dans l'éducation une relation humaine d'aide⁹³.

Les exercices éducatifs permettaient aux patients d'être plus impliqués et actifs au cours des séances.

Dans le cadre de l'asthme, des supports ont été créés en plus des informations orales prodiguées : modèle du système respiratoire et réalisation d'un jeu de memory afin de faire parler la jeune patiente asthmatique de 6 ans sur sa maladie. Le jeu de cartes consistait à reconstituer des paires de facteurs pouvant déclencher une crise d'asthme. Ce dernier a été apprécié par la jeune patiente et a ainsi permis à l'éducateur de discuter du thème choisi avec l'enfant en l'abordant de manière ludique. La réalisation d'un modèle respiratoire des poumons permettait d'expliquer de façon imagée et pratique la physiologie respiratoire. Adressé en particulier à l'enfant, il lui a permis de manipuler et visualiser le déroulement d'un cycle respiratoire.

Les patients diabétiques ont pu fouiller dans un panier contenant le petit matériel médical et les produits nécessaires pour une hygiène et un entretien des pieds : cela a permis à l'éducateur de connaître les habitudes des patients avec ces produits, et éventuellement de leur signaler les produits déconseillés à remplacer par des produits adaptés aux pieds du diabétique.

Le jeu du tri de boîtes de médicaments a intéressé les patients. Cette méthode permettait de vérifier de façon ludique si le patient reconnaissait son traitement. Nous avons pu vérifier s'il connaissait le rôle de chacun de ses médicaments. Ce jeu peut être une façon de déstabiliser les croyances d'un patient persuadé qu'il sait, qui se trouve alors surpris lorsqu'il ne sait pas, c'est à ce moment là que l'éducateur peut intervenir et apporter son soutien. Il permet également de le sensibiliser à la diversité des médicaments, l'équivalence des génériques, ...

Faire manipuler par les patients les instruments d'auto surveillance (débitmètre de pointe, lecteurs de glycémies, tensiomètre) ou de soins (inhalateurs, stylos injecteurs) peut être très efficace⁴⁶. Dans le cas du diabète de type II, les patients ont pu manipuler leur lecteur de glycémie sous le contrôle de l'éducateur pour évaluer la qualité de leur geste.

2.2.4. Ressentis des différents acteurs

2.2.4.1. Les étapes clé de la démarche selon les pharmaciens titulaires

Il est important d'accueillir le patient en lui exposant la démarche, ainsi que de présenter la stratégie à tous les intervenants, et de prévoir un nombre de séances fixe, afin que le patient ait des repères d'évolution. L'étape clé est la première entrevue car elle permet de discuter de la pathologie, de diminuer les réticences liées aux médicaments et d'éviter l'abus médicamenteux, notamment dans le traitement de la migraine.

D'autres étapes déterminantes ont été signalées par certains titulaires :

- Prise de conscience par l'équipe du rôle actif qu'elle a à jouer en relais de la prescription
- Ciblage des patients à inclure
- Choix des objectifs à atteindre et des messages à faire passer au patient

Un des titulaires a remarqué qu'il s'agissait d'« *une expérience double* ». D'une part, elle a fait « *germer dans l'équipe une autre expression du métier possible et permet au patient, dans certains cas, de modifier l'image d'un métier qui ne se résume pas à aller chercher des boîtes* ». D'autre part, il a estimé que dans seulement « *1% des cas, ceci a permis de changer la vision du pharmacien et de détecter des anomalies (nouveaux symptômes par exemple)* ».

2.2.4.2. Les difficultés établies selon les titulaires

Le titulaire souligne qu'il a été « *plus difficile de rencontrer les personnes actives* » dans la pathologie du diabète de type II. Dans la sphère de la migraine, une difficulté supplémentaire concerne la « *dépendance aux antalgiques* ». Ainsi, nous avons dû constater un « *manque d'amélioration pour certains patients, malgré une meilleure compréhension et utilisation* » de leur traitement. A l'officine de centre commercial, le titulaire a été confronté à un problème organisationnel : « *fixer les rendez-vous en phase avec les horaires de stage* ». Cela laisse à penser qu'il ne sera pas évident de déterminer des dates de rendez-vous dans une équipe officinale où les pharmaciens sont nombreux, ont des horaires fluctuants. On entrevoit la nécessité de centraliser les plannings de disponibilités, charge supplémentaire difficile à concevoir. De plus, lorsque l'officine est située sur un lieu de fort passage, les patients peuvent difficilement programmer à l'avance un horaire de rencontre.

Tous s'accordent pour dire que certaines séances sont trop longues, notamment parce que certains patients sont « *trop bavards* ». Il n'est pas forcément aisé d'apporter une information nouvelle aux patients. Néanmoins, il faut également savoir se contenter de redites, pour fixer les choses dans l'esprit du patient.

L'un d'entre eux souligne qu'il faut être prudent afin de « *ne pas renvoyer le patient à son statut de malade* ». L'éducateur ne doit pas « *se contenter de resituer le rôle de chaque médicament* » mais plutôt « *sortir de la centralisation du médicament* ». « *Cerner les attentes exprimées ou implicites des patients* » est une étape limitante.

« *L'éducation thérapeutique doit se faire régulièrement. Il n'est pas besoin de l'envisager spécifiquement par rendez-vous. Tout pharmacien doit discuter et analyser la thérapeutique avec son patient, fidélisé ou non, chronique ou pas, quelque soit son problème de santé. Tous les patients de l'officine doivent bénéficier du même accueil et profiter des connaissances des pharmaciens* » précise un titulaire maître de stage. Nous soulignons tout de même que les patients non fidélisés, sollicités par différents éducateurs seraient ainsi confrontés à une multitude d'informations, pouvant les perturber.

2.2.4.3. Les contraintes vécues par les enquêteurs

Les patients âgés ont souvent placé le rôle du médecin au-dessus de celui du pharmacien, et se l'entendre répéter a été lassant. Certains patients ayant accepté de participer par courtoisie envers le titulaire n'ont pas hésité à exprimer leurs doutes initiaux quant à l'utilité de ces séances.

De même, les abandons en cours d'étude, comme les rendez-vous oubliés, laissent un sentiment de frustration à l'éducateur lorsqu'il avait déterminé des objectifs thérapeutiques intéressants et utiles pour le patient.

La pression liée à une forte activité au comptoir officinal a pu perturber certains éducateurs, même s'ils rencontraient leur patient dans un espace clos de confidentialité, car les autres membres de l'équipe officinale réclamaient sa présence en soutien.

Il est du rôle des éducateurs de reconnaître les diverses étapes de l'évolution psychologique du patient, notamment les difficultés psychologiques et sociales rencontrées pour atteindre les objectifs, et d'agir en conséquence (par exemple, analyse des difficultés pour atteindre les compétences définies au départ, et nouvelles négociations des objectifs et des moyens de les atteindre)¹⁸¹. Ceci dit, lorsque la discussion a trop dévié vers un domaine nécessitant un savoir-faire en psychologie, il a été difficile pour l'éducateur de stopper la discussion. Si le pharmacien ne peut pas se substituer à un professionnel de santé apte à gérer la situation, il doit orienter le patient vers la personne compétente, ce qui renforce l'importance de la collaboration entre les professionnels de santé. Il a été délicat d'aborder certains domaines menant le patient à se confier de façon trop personnelle. La question des antécédents familiaux a souvent été le facteur déclenchant un monologue au sujet des pathologies familiales et des drames qu'il a pu en découler.

Déterminer l'acceptation de la pathologie ou du traitement par le patient n'est pas aisé. La question ne se pose pas directement et deviner à travers les propos du patient pose les biais liés à la technique d'entretien semi directif abordés plus haut.

Un suivi sur six mois s'est avéré court car nous nous efforcions alors de rencontrer fréquemment les patients afin d'effectuer le diagnostic éducatif et les séances éducatives qui en

découlent de façon rapprochées. Il nous aurait été souhaitable de pouvoir rencontrer ces patients quelques mois plus tard afin d'évaluer l'impact de la démarche sur la gestion de leur traitement.

2.2.4.4. Satisfaction des étudiants enquêteurs

Au cours de la démarche, nous nous étions attachées à ces patients. Nous avons eu l'impression de les délaissier, car un échange particulier s'était créé, ils se sont livrés, ont été réceptifs et nous ont fait confiance. De plus, il nous paraissait dommage de ne pas continuer à les suivre.

Nous avons été agréablement surprises lors des questionnaires téléphoniques par croisement d'interlocuteurs : les patients nous ont bien accueillis et les avis étaient dans l'ensemble très positifs. Les patients semblaient satisfaits par ce suivi effectué sur une période de six mois.

Les encouragements issus des discussions avec les médecins nous ont reconfortées dans le fait de privilégier la communication entre le patient, son médecin et son pharmacien.

L'éducateur et le pharmacien ne font qu'un. On peut être amené à parler d'autres choses que ce qui concerne le suivi éducatif d'une pathologie chronique en fonction des attentes ou besoin du patient.

2.2.4.5. Avis des médecins de l'étude

Le projet d'éducation thérapeutique à l'officine est bien accueilli par 86% des médecins. Ils estiment qu'une nouvelle explication des traitements et des plans de prise par un autre professionnel de santé, utilisant donc d'autres termes, est nécessaire à une bonne prise en charge du patient. La proximité du pharmacien au quotidien, face à une pénurie démographique médicale, a été signalée par une grande majorité des médecins. Cette proximité a été qualifiée selon un neurologue comme « *facilitant le dialogue et le repérage des patients en déviance* » (patients ayant une observance médiocre, ayant une forte automédication...).

Par contre, certains médecins ont été surpris par cette démarche. Pour ces derniers, une discussion sur le rôle des pharmaciens a été mise en place. Elles se sont parfois avérées déroutantes. Certains craignaient que le pharmacien déborde sur leur propre rôle, mais après une explication plus profonde de la démarche, ils ont accepté que le diagnostic éducatif n'affecte pas le diagnostic médical. D'autres ne comprenaient pas l'importance de l'éducation, puisque d'après eux, « ils expliquent déjà suffisamment les choses aux patients ». Enfin, d'autres trouvaient la situation paradoxale, puisque face aux étudiants en pharmacie organisant des séances d'éducation, il y a des confrères qui vendent des produits sans conseil alors que ce ne sont pas des médicaments anodins.

2.2.5. Relationnel entre les différents acteurs

Au cours des six mois, les patients inclus dans l'étude dialoguaient de plus en plus facilement, osaient poser les questions sur des sujets variés. Parfois, des séances improvisées se mettaient en place à la demande du patient, suite à un problème rencontré, une évolution de la pathologie ou d'une autre pathologie. Les patients se sentaient reconnus, soutenus et souhaitaient être suivis par leur « référent » à l'officine. Le pharmacien devenait, au dire de certains, des patients, un spécialiste, « *au même titre qu'un médecin* ».

Pour certains patients, ces rencontres ont été l'occasion : de discuter, de sortir de la routine, d'avoir de la compagnie (personnes seules) ou encore de rendre service à l'enquêteur. Au début de l'étude, la plupart n'était pas conscient du rôle fondamental de notre démarche et ont accepté de participer pour des raisons différentes : avant tout faire plaisir à leur pharmacien ou à l'étudiant, ou encore faire avancer la recherche, par confiance en leur pharmacien, par intérêt, par curiosité ou pour évoquer un sujet personnel face à un pharmacien. Peu à peu, de plus en plus impliqués dans les rendez-vous, beaucoup ont avoué au cours des questionnaires avoir été ravis de ces rendez-vous pharmaceutiques car ils ont été l'occasion « *d'apprendre beaucoup de choses* » (extrait d'un questionnaire patient diabète de type II) sur leur maladie et leur traitement. Nos patients ont reçu un certain nombre d'informations de la part de divers professionnels de santé, le rendez-vous pharmaceutique a été l'occasion de centraliser toutes ces données et de fixer les idées essentielles.

Discussion

Une patiente a exprimé un mécontentement par rapport aux interventions verbales de l'étudiant, car les questions posées au sujet de son traitement anticoagulant et ses particularités lui semblaient être celles posées par son médecin. Elle ne comprenait pas l'intérêt qu'avait l'éducateur à poser des questions similaires à celles auxquelles elle avait déjà répondu chez son médecin. L'éducateur a du souligner qu'il n'avait pas accès au dossier médical constitué par son médecin.

Quant aux éducateurs, ils ont acquis plus d'aisance au fil des séances et se sentaient responsables de leurs patients. Dans le cadre de la migraine, une patiente a déclaré un cancer durant la période de l'étude. L'éducateur connaissant la personne, n'a pas hésité à lui demander des précisions sur ce cancer, pour l'épauler dans cette période difficile. La patiente a apprécié cette écoute professionnelle et cet intérêt porté à son égard.

L'enquêteur a pu jouer son rôle d'orientation du patient vers d'autres professionnels de santé. Concernant les réseaux spécialisés existant, nous avons informés 11 patients de leur existence, dont 3 ont pu l'intégrer.

La démarche a permis de développer un nouveau lien entre les médecins traitants et la pharmacie. Une collaboration différente du contact actuel (appels téléphoniques pour difficultés de lecture des ordonnances, interrogations sur des posologies, interactions, ...) a pu s'établir. Les contacts (téléphoniques, par courrier ou visuels) concernaient l'information au sujet de la démarche et, dans certains cas, des discussions au sujet du patient. Dans le cadre de la migraine, l'éducateur a informé le médecin traitant de la forte automédication d'une patiente, il a été discuté pour des patients des moyens pour une meilleure prise en charge notamment un recours à des méthodes parallèles. De même, il a été nécessaire de demander au médecin traitant d'une personne âgée sous anticoagulant oral s'il était conscient d'une autogestion des prises d'AVK en fonction des valeurs d'INR. Après discussion, le médecin, le titulaire et le biologiste ont été unanimes : ce patient a tendance à fabuler, mais il est bien suivi par ces trois intervenants.

Patients comme professionnels de santé doivent travailler plus étroitement ensemble. Le patient n'est jamais vierge d'expérience ni de savoir par rapport à sa maladie. Il n'est pas une page blanche sur laquelle s'écrirait son éducation. Ne pas chercher à connaître cette « culture » du patient, c'est prendre le risque de l'affronter, de la contredire sans succès, tant il est vrai que ces conceptions initiales se sont forgées au cours des années et sont par conséquent très solides⁹³.

2.2.6. Impact économique de la démarche

La question de la rémunération de cet acte pharmaceutique est rapidement posée. Nous nous sommes investies en consacrant du temps pour préparer les séances, remplir les dossiers concernant les patients et rechercher la réponse adaptée à chacun de ses besoins. Pendant ce temps, nous n'étions pas disponibles pour prêter main forte au comptoir. Pire encore, nous n'étions pas joignables lors des visites à domicile.

Nous aboutissons à un coût moyen global par patient suivi de 95,62€.

La mise en place d'un suivi éducatif à l'officine sera dépendant de la structure officinale. Le risque lié à la mise en place d'un suivi éducatif est le retrait forcé des officines non structurées sur un modèle économique puissant capable de développer ce nouveau service¹⁸⁵.

La notion de service payant n'a été abordée que par un patient, en demandant à la fin de la séance consacrée au diagnostic éducatif combien elle devait à l'éducateur. Elle se sentait redevable du service rendu.

Le rapport bénéfices / temps passé est difficilement évaluable car aucun impact sur la santé des patients n'a été réalisé. Cependant, le temps de mobilisation d'un pharmacien par patient nous a paru trop important par rapport au temps de présence nécessaire au reste de l'activité officinale. Une rémunération de la démarche donnerait sans doute une impulsion à la démarche.

Trois titulaires sur cinq estiment que ce service devrait être rémunéré. Le premier a précisé que c'était un « investissement de temps important », apportant des « conseils personnalisés » et cela « mobilise un pharmacien en consultation qui ne peut pas être au comptoir ». Le second a souligné encore « le temps passé ». « La profession évolue vers une prestation de services et la seule marge commerciale ne pourra pas impliquer suffisamment le professionnel. Parallèlement, le fait de devoir rendre compte dans le cadre d'une rémunération implique davantage le professionnel de santé » a spécifié le dernier. Les deux autres titulaires n'ont pas souligné la nécessité d'une rémunération de ce suivi éducatif. Le premier a relevé que « cela entre dans le débat rémunération à la marge ou à l'acte ». Plus précisément, l'autre

Discussion

titulaire a soulevé que « l'acte pharmaceutique justifiant le monopole d'exercice implique de faire de l'éducation thérapeutique. »

3. Les perspectives

L'objectif de notre travail était de tester la faisabilité d'une démarche d'éducation thérapeutique à l'officine. Cette dernière partie vise à mettre en perspective les idées forces issues de notre analyse pilote.

En préambule, force est de constater que l'activité d'éducation thérapeutique du patient ne tombe pas sous le sens, ne s'improvise pas. Cette activité représente un processus centré sur le patient, continu, planifié et régulier, intégré à la démarche de soins. Ce processus nécessite le recours à des méthodes et des moyens éducatifs structurés. Sont proposées au patient des activités de sensibilisation, d'information, d'apprentissage et d'aide psychologique et sociale. Ce processus s'effectue entre une équipe multidisciplinaire et le patient et/ou sa représentation (famille, tiers, personne de confiance), dans un contexte institutionnel et organisationnel impliquant certaines ressources et contraintes. Il est impossible d'établir une stratégie idéale d'apprentissage, celle-ci est évolutive en fonction des changements d'attitude du patient et de son adaptation à sa nouvelle situation¹⁸². Cependant, nous proposons un projet type de suivi éducatif à l'officine issu de notre présente expérience (Annexe 22).

Deux grands types d'arguments issus de notre travail sont avancés : 1. la nécessité de se former à une telle démarche ; 2. la nécessité de revoir et faire évoluer l'organisation du modèle officinal, au cœur du système de soins.

3.1. La nécessité de formation des acteurs de l'éducation thérapeutique

La pratique d'une telle démarche a soulevé parmi les 5 étudiants des questions, voire des moments de doute, touchant à la fois la technique utilisée et l'obligation d'une remise en cause personnelle issue de la confrontation avec le patient.

Un nécessaire apprentissage de soi

L'engagement dans une pratique de suivi de patients chroniques exige la prise en compte d'un changement de paradigme, du soignant « tout puissant » au soignant « partenaire » du

patient. Ceci nécessite de la part du professionnel de faire évoluer ses propres valeurs, de reconnaître une certaine perte de pouvoir et d'accepter une prise de risque : le risque de « se faire déstabiliser » par le patient, le risque de devoir négocier, le risque de ne pas forcément aller dans le sens prévu ; ce type de risque a été appréhendé par certains d'entre nous au cours de ce travail.

A l'instar des recommandations de l'OMS, proposant l'écoute comme une des compétences clés que l'éducateur doit acquérir pour exercer une activité d'éducation du patient, nous pensons qu'une capacité d'écoute de soi-même représente un point d'ancrage pour l'éducateur. Une *pratique réflexive* est nécessaire pour faire évoluer notre propre connaissance, clé d'une écoute performante, d'une capacité à « passer la main » lorsque l'on se trouve dans une impasse avec le patient.

Un nécessaire apprentissage du patient

Au fil de ce travail, on tend à considérer le patient au-delà de son rôle de consommateur de santé, comme le *producteur de sa propre santé*¹⁷⁷. L'éducation thérapeutique vise à « catalyser » cette démarche, en proposant un modèle et des outils pour un accompagnement efficace. Pour entrer dans cette démarche, l'éducateur doit acquérir un certain nombre de compétences techniques en termes :

1. d'écoute active, afin d'analyser attitudes et comportements des patients,
2. de capacité de structuration, de synthèse et de programmation d'actions possibles pour le patient et sa santé,
3. de négociation avec ce patient sur les actions à mettre en œuvre,
4. de motivation de ce patient au cours de son suivi, afin de l'aider au mieux à atteindre les objectifs fixés,
5. d'évaluation des progrès réalisés.

L'écoute active représente une technique clairement décrite. Elle associe 3 attitudes clés développées historiquement par Karl Rogers : *Empathie* (développer, par les capacités d'écoute très attentives, une proximité à l'autre, sans pour autant s'identifier à lui) ; *Acceptation inconditionnelle* (essayer d'être conscient de ses propres représentations positives et négatives vis-à-vis de la personne rencontrée) ; *Congruence* (être en contact avec les sentiments que l'on éprouve en temps qu'écouter et les exprimer si l'on juge le moment opportun). Doivent être mises en œuvre derrière ces concepts fondamentaux, des techniques de communication non verbales et verbales qui, pour partie, peuvent faire l'objet d'un enseignement formel.

Concernant *la structuration, la synthèse et la programmation d'actions*, l'approche décrite dans ce travail autour du diagnostic éducatif permet de modéliser le recueil de données, de prendre en compte les valeurs, les préférences du patient, d'identifier ses besoins et les ressources dont il dispose face aux situations-problèmes concernées. C'est la mise en pratique de ce modèle qui permet d'acquérir une expérience de la démarche et de devenir plus efficient dans la programmation des objectifs à proposer au patient.

La négociation d'objectifs avec le patient reste une partie délicate et sans doute très frustrante pour l'éducateur : celui-ci a identifié un ensemble de points critiques lors de l'étape de diagnostic éducatif ; le patient ne va sans doute pas tous les admettre et les accepter pour avancer avec sa maladie. Ce savoir-faire nécessite de pouvoir « jauger » la capacité d'engagement du patient et de mettre au second plan les « urgences » de santé détectée ainsi que ses propres « désirs » de soignant « pour l'autre ».

Une fois un plan de suivi éducatif contractualisé avec le patient, il y a nécessité de *motiver*, d'encourager, de renégocier au fil du temps. L'éducateur endosse le costume de « coach », apprenant à éviter le paternalisme et à formuler les arguments nécessaires au renforcement du patient.

En définitive, l'éducateur doit posséder des capacités d'*évaluation* des progrès accomplis par le patient, afin de rester centré sur la démarche de suivi éducatif et les objectifs négociés avec le patient, et de ne pas « glisser » vers un accompagnement « compassionnel » non structuré qui ne peut s'avérer très contre-productif.

3.2. La nécessité de revoir et faire évoluer l'organisation du modèle officinal

Telle que décrite, l'activité d'éducation thérapeutique fait appel à des compétences ciblées à mettre en œuvre au cœur d'une organisation adaptée.

Deux questions majeures émergent de ce travail : 1. L'officine est-elle la bonne place pour l'éducation thérapeutique formalisée ? ; 2. Si oui, comment intégrer le travail de l'officine à une démarche multidisciplinaire, garantie principale de la pertinence de la démarche éducative ?

L'officine est-elle la bonne place pour l'éducation thérapeutique ?

Les résultats de notre travail mettent en lumière que l'investissement à consentir par un titulaire d'officine pour mettre en œuvre cette pratique est important : organisation spatiale (lieu de confidentialité) et temporelle (programmation des rendez-vous), intégration à la pratique quotidienne de l'officine, allocation de « temps-pharmacien » nécessaire à la démarche, coût de la formation... pour des bénéfices difficiles à évaluer à court terme.

Il semble clair qu'une officine de taille modeste puisse difficilement opérer de tels investissements. Pour ce qui est des officines plus importantes, le choix reste entier. Les résultats de cette étude montrent que la démarche est faisable moyennant quelques aménagements (cibler les patients ; raccourcir le temps des séances éducatives ; programmer les rendez-vous...). La démarche est faisable, sous l'hypothèse d'une insertion forte du projet dans une dynamique collective au sein de l'entreprise. Dans ce cadre, il semble peu réaliste de détacher une personne de l'équipe qui deviendrait « le spécialiste » en éducation thérapeutique. Il semble plus raisonnable de former plusieurs personnes de l'équipe qui, dans le cadre des activités de routine, pourraient devenir « personnes-ressources » pour un champ de pathologie ou une classe thérapeutique donnée. Ces référents pourraient être « consultés » par les autres membres de l'équipe officinale, pour certains patients complexes à gérer (sous l'hypothèse d'une organisation favorisant la qualité du contact et la prise en compte du « temps-patient »). La pertinence de cet investissement sera assurée par l'engagement de l'officine vis-à-vis de ses partenaires extérieurs à l'officine.

Comment intégrer le travail de l'officine à une démarche multidisciplinaire ?

Quelques éléments clés ressortent de ce travail :

- renforcer la stratégie de documentation des actes et des interventions pharmaceutiques dans un dossier structuré (dossier patient informatisé, création d'un dossier de suivi éducatif dans le dossier pharmaceutique du DMP), ce qui représente une des actions historiques notamment de l'Ordre des Pharmaciens (Opinion Pharmaceutique ; Henri Lepage) ;
- a minima, renforcer la stratégie de communication avec les autres acteurs de la prise en charge du patient. La cohérence des messages apportés au patient représente un facteur essentiel de la stratégie. Tout message contradictoire décrédibilise la stratégie et les professionnels de santé. Nous avons par exemple développé une synthèse écrite de l'action à destination du médecin ;

Discussion

- a l'optimum, prédéfinir l'action d'éducation thérapeutique de manière concertée : en négociant avec le médecin traitant un projet de consultation pharmaceutique, sur des patients ciblés ; en intégrant un réseau de soins dans lequel l'activité d'éducation thérapeutique serait reconnue à part entière dans l'offre de soin ; en désignant un pharmacien-référent dans le contexte du relais hôpital-ville. Dans ce cadre, le pharmacien endosse tout à tour un rôle d'éducateur « généraliste » (pratique du diagnostic éducatif et rôle de « triage » vers les professionnels les plus adaptés à répondre aux besoins des patients, au sein du réseau) ou un rôle de consultant spécialiste dans la problématique « médicamenteuse » (gestion d'un défaut d'observance, gestion des effets indésirables médicamenteux...).

Au final, la reconnaissance de la démarche d'éducation thérapeutique par l'instance publique et les ouvertures de contrats formalisés passe par : 1. la mise en cohérence et donc la lisibilité globale de l'action en réseau multidisciplinaire ; 2. la mesure de sa pertinence sanitaire et sociale, qui sera acquise au prix de stratégies d'évaluation rigoureuses.

Conclusion

CONCLUSION

CONCLUSION

Un des défis majeurs auquel doit dorénavant faire face le système de soins est celui du vieillissement de la population. Cette évolution démographique va de paire avec une prévalence croissante des affections chroniques. Les réponses du système de soins sont de plus en plus techniques et morcelées, offrant des garanties sous-optimales en terme de sécurisation des patients. Les chiffres concernant l'iatrogénie médicamenteuse sont à ce titre éloquentes : la moitié des erreurs médicamenteuses serait potentiellement évitable (ENEIS 2005). Les enjeux de santé publique sont alors ceux de la rationalisation de la filière patient, grâce au développement de stratégies de diffusion de l'information entre professionnels, médicaux et paramédicaux, de mise en réseau des structures et prestataires de soins, ambulatoires comme hospitaliers et la mise en œuvre d'un véritable accompagnement des patients atteints de pathologies chroniques ou « suivi éducatif ».

L'objectif de la présente recherche était d'évaluer la faisabilité d'un *suivi éducatif* à l'officine.

Concernant la méthodologie, de janvier à juin 2006, lors de notre stage de pratique professionnelle, nous avons opéré le suivi éducatif de patients ambulatoires, fidélisés à leur officine et concernés par une pathologie chronique parmi les cinq décrites ci-dessous.

Pathologies d'inclusion	Educateurs	Titulaires, Localisations
Migraine	BOCQUET Claire	Mme LAMEYNARDIE, <i>Annecy le Vieux (74)</i>
Diabète de type II	FORTIN Emeline	Mme BOYER, <i>Grenoble (38)</i>
Asthme et B.P.C.O	GOUDARD-PEYROLON Elsa	M. MODELON, <i>Guilherand-Granges (07)</i>
Anticoagulants oraux	MATHELET Catherine	M. et Mme BOURDARIAT, <i>Pontcharra (38)</i>
Insuffisance cardiaque	RIQUELME Julie	M. et Mme ROUGIER, <i>Saint Martin d'Hères (38)</i>

Les patients volontaires étaient informés, recrutés puis rencontrés dans un espace de confidentialité ou à domicile, afin d'établir un *diagnostic éducatif*. Ce diagnostic permettait de fixer avec le patient des objectifs éducatifs. A chaque entrevue ultérieure planifiée, l'éducateur travaillait avec le patient à un objectif particulier, s'aidant, pour ce faire, d'un ensemble d'outils pédagogiques adaptés.

Conclusion

L'évaluation de la faisabilité de cette démarche s'est effectuée sur 5 types de critères retenus : **1.** la pertinence de l'information apportée aux acteurs au sujet de la démarche (acceptabilité de l'entrée dans le dispositif) ; **2.** l'organisation spatio-temporelle (prises de rendez-vous, assiduité aux rendez-vous, nombre de rencontres par patient, lieu de l'entretien) ; **3.** les outils du suivi éducatif (dossier patient, diagnostic éducatif, thèmes envisagés durant les séances, documentation proposée au patient, supports pédagogiques) ; **4.** la satisfaction des différents acteurs (à l'issue de l'expérimentation par des questionnaires et retours d'expériences) ; **5.** l'impact économique de la démarche (coût moyen de la stratégie).

Les résultats principaux sont les suivants. Concernant l'entrée dans le dispositif, 73 patients ont été sollicités, 21 ont refusé la démarche et 9 l'ont abandonné en cours de suivi. Les résultats de ce travail concernent donc 43 patients, dont la moyenne d'âge est de 63 ans (de 6 à 90 ans), soit 7 pour asthme/BPCO, 8 pour insuffisance cardiaque et diabète de type II, 10 pour AVK et migraine. Vingt-huit des 33 médecins sollicités ont retourné le questionnaire rempli. Concernant l'organisation de la démarche, le nombre moyen de séances par patient effectuées par chaque enquêteur est de 2,7. Sept pour cent des patients ont été rencontrés uniquement à domicile, 93% à l'officine ou de façon mixte. Parmi ces derniers, 68% ont été rencontrés uniquement dans l'espace de confidentialité, 32% au comptoir ou dans cet espace. La durée moyenne du diagnostic éducatif a été de 44 minutes et celle d'une séance éducative de 28 minutes. Concernant les outils pédagogiques, l'éducateur s'est efforcé de personnaliser les outils pédagogiques qu'il a utilisé lors du suivi éducatif, selon le patient, ses besoins et attentes. Concernant la satisfaction des différents acteurs, la démarche a été appréciée par 95% des patients. Soixante-dix-huit pour cent referaient appel à cette proposition de service pour une autre pathologie et 95% conseilleraient ce mode d'échanges à un proche. La majorité des médecins était satisfaite mais certains relevaient le caractère contradictoire de l'image qu'ils avaient du pharmacien : commerçant et, dans le présent projet, éducateur. Les avis des titulaires divergeaient mais tous s'accordaient sur l'importance du rôle de pharmacien éducateur.

En définitive, l'organisation du milieu officinal doit être remodelée pour déterminer des plages horaires adaptées aux patients et une zone de rencontre isolée, confidentielle et adaptée au suivi éducatif. Malgré ses bénéfices, la visite à domicile reste complexe à mettre en place. Quelque soit l'âge du patient et le stade d'intervention dans sa maladie, le succès de la démarche d'éducation dépend de la motivation de ce dernier. Le suivi éducatif doit être adapté aux besoins et attentes du patient. Le pharmacien doit non seulement s'appuyer sur la polyvalence de ses

Conclusion

connaissances mais aussi se former aux techniques de communication et à l'approche éducative en santé, afin de mener des entretiens structurés et limités dans le temps.

Reste que le rapport bénéfice / investissement associé à une telle stratégie est difficile à évaluer. Le temps de présence du pharmacien pour mener à bien le suivi éducatif s'avère difficilement compatible avec l'activité officinale actuelle.

De manière plus fondamentale, la collaboration multidisciplinaire est indispensable pour développer un suivi éducatif cohérent et renforcer les messages délivrés aux patients. Un dossier unique, le dossier patient, permettrait d'établir des objectifs communs au réseau de professionnels. Il permettrait également un relais optimal entre l'hôpital et une pharmacie référente à qui serait confié le suivi thérapeutique. On pourrait envisager une labellisation de cet acte pharmaceutique pour des pharmaciens qualifiés, acte qui pourrait être prescrit par le médecin.

Fu et Permis d'imprimer

A La Tronche, le 13 Octobre 2006

LE DOYEN
Pr. P. DEMENGE

Pr. P. DEMENGE
Directeur UFR Pharmacie

Pr. J. CALO
LE PRESIDENT DE THESE
Pr. J. CALO

ANNEXES

Annexe 1: Condition de prise en charge par le système de soin australien d'une consultation pharmaceutique prescrite pour au moins 1 des raisons prévues

Le patient ...

- doit prendre régulièrement 5 médicaments ou davantage
- doit prendre chaque jour 12 doses de médicaments ou davantage
- a vu son traitement changer significativement dans les 3 derniers mois
- a des traitements ayant une marge de sécurité étroite ou nécessitant un suivi thérapeutique
- présente des symptômes évoquant un effet indésirable
- ne répond pas bien à son traitement
- n'est peut-être pas bien observant ou a des difficultés à utiliser un dispositif de dispensation
- a du mal à prendre correctement ses traitements par suite de handicaps
- consulte de nombreux médecins
- sort d'une hospitalisation depuis moins de 4 semaines

Annexe 2 : Extrait de la grille d'évaluation de la qualité de la tenue du dossier du patient d'après l'ANAES

LES INFORMATIONS SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES				
L'identité civile du patient est notée et comporte :				
1c - le nom et le prénom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2c - le nom de famille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3c - le sexe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4c - la date de naissance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5c - le lieu de naissance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6c - l'adresse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7c - le numéro de téléphone	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

L'identité sociale du patient est notée et comporte :				
8c - la situation professionnelle et la profession	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9c - la couverture sociale.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10c - la situation familiale - <i>marié(e), célibataire, veuf(ve), divorcé(e), pacsé(e)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11c - les éventuelles personnes à charges	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

La situation juridique du patient est notée, s'il y a lieu, et comporte :				
12c - la mesure de protection juridique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13c - le mode d'hospitalisation en psychiatrie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14c - la ou les identités du ou des titulaires de l'autorité parentale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15c - Si le patient est majeur sous tutelle ou mineur non émancipé, le dossier contient l'autorisation de soins invasifs signée par le tuteur ou le détenteur de l'autorité parentale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

L'identité de la personne à prévenir est notée et comporte :				
16c - le nom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
17c - l'adresse et/ou le numéro de téléphone	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
18c - le lien avec le patient	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

<i>CRITÈRES D'ÉVALUATION</i>	<i>OUI</i>	<i>NON</i>	<i>NA</i>	<i>COMMENTAIRES</i>
L'identité de la personne de confiance est notée, si nécessaire, et comporte :				
19c - le nom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
20c - l'adresse et/ou le numéro de téléphone	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
21c - le lien avec le patient	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

22c - L'accord ou le désaccord éventuel du patient à la communication des informations concernant sa santé est noté dans le dossier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
23c - Le dossier permet de retrouver les modalités d'entrée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
24c - Le dossier permet de retrouver la date et l'heure d'entrée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
25c - Le dossier contient, si nécessaire, la fiche inventaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
26c - Le dossier contient, s'il existe dans l'établissement, le bordereau d'enregistrement des pièces versées au dossier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

LES INFORMATIONS MÉDICALES				
Les informations médicales comportent :				
27c - les coordonnées du médecin désigné par le patient	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
28c - les coordonnées du médecin adresseur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
29c - les coordonnées du médecin responsable du patient au cours de sa prise en charge hospitalière	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
30c - le lieu de prise en charge du patient	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
31c - le document médical à l'origine de la prise en charge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
32c - les motifs d'hospitalisation ou de consultation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
33c - les antécédents et facteurs de risque du patient	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
34c - le questionnaire de repérage de la maladie de Creutzfeld-Jacob, si nécessaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
35c - les conclusions de l'évaluation clinique initiale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Annexe 3 : Le Dossier Médical Personnalisé (DMP) Matrice de droit (condition d'accès aux différentes catégories d'informations selon la profession ou la discipline)

Groupement de préfiguration du DOSSIER MEDICAL PERSONNEL

Matrice de droits (conditions d'accès aux différentes catégories d'informations médicales selon la profession ou la discipline)



Nomenclature Code Type A	(1) MII		(2) Spéc. Différents Spécialités (libérales et hospitalières)		(3) Diagnostique Généraliste		(4) Soins-Soins		(5) Paramètres (effets et impacts)		(6) Préventif		(7) Inter-catégoriels	
	Lib	Ext	Lib	Ext	Lib	Ext	Lib	Ext	Lib	Ext	Lib	Ext	Lib	Ext
Violet DOMMEE GENERALES														
10_01	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
10_02	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
10_03	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
10_04	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
10_05	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
10_06	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
10_07	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
10_08	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
10_09	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
10_10	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
10_11	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
10_12	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
10_13	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
10_14	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
10_15	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
10_16	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
10_17	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
10_18	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
10_19	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
10_20	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
10_21	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
10_22	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
10_23	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
10_24	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
10_25	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
10_26	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
10_27	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
10_28	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
10_29	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
10_30	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
10_31	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
10_32	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
10_33	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
10_34	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
10_35	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
10_36	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
10_37	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
10_38	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
10_39	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
10_40	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
10_41	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
10_42	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
10_43	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
10_44	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
10_45	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
10_46	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
10_47	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
10_48	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
10_49	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
10_50	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
10_51	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
10_52	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
10_53	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
10_54	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
10_55	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
10_56	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
10_57	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
10_58	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
10_59	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
10_60	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
10_61	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
10_62	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
10_63	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
10_64	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
10_65	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
10_66	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
10_67	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
10_68	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
10_69	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
10_70	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
10_71	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
10_72	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
10_73	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
10_74	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
10_75	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
10_76	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
10_77	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
10_78	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
10_79	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
10_80	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
10_81	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
10_82	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
10_83	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
10_84	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
10_85	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
10_86	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
10_87	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
10_88	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
10_89	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
10_90	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
10_91	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
10_92	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
10_93	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
10_94	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
10_95	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
10_96	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
10_97	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
10_98	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
10_99	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
10_100	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

45, rue Boissière - 75116 PARIS - Tél. + 33 (0)1.40.56.78.39 - Fax : + 33 (0)1.40.56.74.77 - contact@d-m-p.org
Siège social : 14 avenue Daumesnil - 75007 PARIS - SIRET : 187.512.751.00012 - APE : 751 C.

Annexe 4 : Contenu du Dossier Médical Personnel

D M P Dossier Médical Personnel Vue Synthétique du contenu	
VOLET IDENTIFICATION	<i>Données d'hébergement du dossier</i>
NOM :	
PRENOM	
Date de naissance	
Identifiant	
VOLET DONNEES GENERALES	<i>Données à saisir ou documents à reporter</i>
Antécédents personnels, médicaux et chirurgicaux	
Historique des consultations spécialisées	
Allergies, intolérances, vaccinations	
VOLET SOINS	<i>Documents pouvant être reportés</i>
Résultats d'examens biologiques	
CR d'acte diagnostique	
Bilan autonomie	
Bilan fonctionnel (kiné)	
Conclusions de télé-consultation	
CR d'acte thérapeutique	
CR de séjour hospitalier, lettre de sortie	
Pathologies en cours	
Traitements en cours	
Dispensation médicamenteuse	
Suivi de soins	
VOLET PREVENTION	<i>Documents pouvant être reportés</i>
Facteurs de risques	
CR d'acte diagnostique à visée préventive	
CR d'acte thérapeutique à visée préventive	
IMAGES	<i>Quelques documents sélectionnés</i>
Documents radiologiques ou d'imagerie médicale	

Annexe 5 : Ticket pour fixer un rendez-vous pharmaceutique

	<p style="text-align: center;">PROCHAIN RENDEZ-VOUS PHARMACEUTIQUE Projet de thèse Université de Pharmacie de Grenoble</p>	
DATE : _____		HEURE : _____
<input type="radio"/> Ordonnances conservées au cours des traitements		
<input type="radio"/> Résultats d'analyse, de biologie, comptes-rendus d'examens		
<input type="radio"/> Carnets de suivi		
<input type="radio"/> Appareillage		
	Merci.	<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 80px;"></div>

Annexe 6 : Lettre d'information pour le patient

UFR DE PHARMACIE
SERVICE DE PHARMACIE CLINIQUE
ET DE BIOTECHNIQUE



Jean CALOP, Professeur
Benoît ALLENET, Maître de Conférences
Bernard CHAMPON, Professeur Associé

A La Tronche,
Le

Objet : Etude réalisée dans le cadre d'une Thèse en Pharmacie

Dans le cadre d'une thèse pour l'obtention du Doctorat en Pharmacie, à l'UFR de Pharmacie Université Joseph Fourier de Grenoble, un groupe composé de cinq étudiants finissant leurs études de pharmacie (6^{ème} année) souhaite évaluer l'intérêt d'une démarche de suivi thérapeutique à l'officine.

Ainsi, nous vous proposons une série de rendez-vous (au moins 3 sur une période de 6 mois). Chaque entretien avec l'étudiant en pharmacie (dont la durée sera de 20 minutes) visera à faire le point sur vos médicaments, leur utilisation, d'éventuels problèmes rencontrés, des questions que vous pouvez vous poser sur le diabète de type 2.

Cette étude se réalisera dans le respect strict du secret professionnel et en toute confidentialité, sous la tutelle de votre pharmacien d'officine.

Vous remerciant de votre participation.

BOCQUET Claire FORTIN Emeline GOUDARD Elsa MATHELET Catherine RIQUELME Julie	Dr Benoît ALLENET Maître de conférences	Dr
--	--	----------

DOMAINE DE LA MERCI – 38706 LA TRONCHE CEDEX – FRANCE
C.H.U GRENOBLE – PAVILLON MOIDIEU – 38700 LA TRONCHE – 04 76 76 54 96 – FAX : 04 76 76 51 00

DOMAINE DE LA MERCI – 38706 LA TRONCHE CEDEX – FRANCE
C.H.U GRENOBLE – PAVILLON MOIDIEU – 38700 LA TRONCHE – 04 76 76 54 96 – FAX : 04 76 76 51 00

Annexe 7 : Lettre d'information des médecins

UFR
DE PHARMACIE
SERVICE DE PHARMACIE CLINIQUE
ET DE BIOTECHNIQUE



Jean CALOP, Professeur
Benoit ALLENET, Maître de Conférences
Bernard CHAMPON, Professeur Associé

A La Tronche,
Le

Objet : Projet de thèse d'exercice en Pharmacie

Dans le cadre d'une thèse pour l'obtention du Doctorat en Pharmacie, à l'UFR de Pharmacie de Grenoble, un groupe composé de cinq étudiants souhaite évaluer l'intérêt d'une démarche éducative à l'officine, en proposant aux patients des rendez-vous pharmaceutiques.

Sur Grenoble, M^{elle} est présente à la Pharmacie , l'éducation thérapeutique portera sur

Cette expérimentation concerne votre patient,, pour lequel des séances de suivi thérapeutique ont été programmées.

Si vous l'acceptez, nous vous tiendrons informé sur les thèmes abordés avec votre patient.

D'autre part, dans un but d'évaluation de notre démarche, nous vous solliciterons en fin de projet (juin 2006) pour nous donner votre avis sur la pertinence de cette démarche.

Confraternellement.

M ^{elle}	Dr Benoît ALLENET Maître de conférences	Dr ... (Pharmacien)
-------------------	--	---------------------

PJ : synopsis de l'étude.

DOMAINE DE LA MERCI - 38706 LA TRONCHE CEDEX - FRANCE
C.H.U GRENOBLE - PAVILLON MOIDIEU - 38700 LA TRONCHE - 04 76 76 54 96 - FAX : 04 76 76 51 00

Annexe 8 : Présentation officielle de l'étude aux professionnels de santé

<p>PRESENTATION DE L'ETUDE: Mise en place d'un suivi thérapeutique à l'officine</p>

L'éducation thérapeutique s'adresse avant tout aux patients atteints de maladies chroniques. Les pathologies choisies telles que l'asthme/BPCO, diabète de type 2, la migraine, l'insuffisance cardiaque, les traitements par anticoagulants oraux nécessitent au quotidien une adhésion étroite de la part des patients, aux diverses modalités du suivi du traitement (prise de médicaments, suivi de régime, auto surveillance de paramètres biologiques...).

I/ Principes généraux de l'expérimentation

Un groupe de 5 étudiants expérimentera des interventions d'éducation pour la santé, grâce à une démarche formalisée suivant un modèle de diagnostic éducatif¹ associée à un ensemble de supports pédagogiques adaptés.

L'étude se fera sur 10 patients fidélisés, volontaires, au sein des officines accueillant les étudiants pour leur stage de 6^{ème} année de Pharmacie.

II/ Déroulement de l'expérimentation

Les patients seront suivis sur une période définie de 6 mois à partir du 1^{er} Janvier 2006.

Le nombre et la durée des rencontres seront variables avec pour minima 3 rendez-vous pharmaceutiques d'une durée approximative de 20 minutes d'entretien.

L'objectif du 1^{er} rendez-vous pharmaceutique sera d'élaborer un dossier patient d'après une série de questions simples.

Une démarche d'identification des besoins du patient sera ensuite établie, considérée comme la première étape d'une éducation personnalisée.

Les rendez-vous suivants répondront aux attentes précédemment définies par le patient.

Une évaluation ultérieure, avec le patient permettra de déterminer sa perception de l'étude.

III/ Communication des Résultats

La mise en commun des résultats d'ordre général permettra de conclure quant à la faisabilité d'une intervention simple du pharmacien dans la prise en charge de la pathologie chronique du patient d'officine.

Les patients seront, bien sûr tenus informés des résultats de l'expérimentation par les étudiants avec lesquels ils auront effectué la démarche expérimentale, au moyen d'un document de synthèse adressé à leur domicile.

¹ J.F d'Ivernois R. Gagnay. Apprendre à éduquer le patient : approche pédagogique Collection « Education du patient » 2^{ème} édition, Maloine, 2004

Annexe 9 : Dossier patient

<p>SUIVI THERAPEUTIQUE A L'OFFICINE DOSSIER PATIENT</p>	
<p>Date de création : / / 2006</p>	
<p>SITUATION</p>	
<p>Numéro interne à l'officine :</p>	
<p>Acceptabilité de l'étude :</p> <p><input type="checkbox"/> Directe</p> <p><input type="checkbox"/> Avec demandes d'Informations complémentaires</p> <p><input type="checkbox"/> Non, Pourquoi ?</p>	
<p>Mode de recrutement :</p> <p><input type="checkbox"/> par l'étudiant</p> <p><input type="checkbox"/> par les pharmaciens</p> <p><input type="checkbox"/> par l'ensemble de l'équipe</p> <p><input type="checkbox"/> par demande du patient</p>	
<p>Notion de service payant abordée par la patient :</p> <p><input type="checkbox"/> Oui</p> <p><input type="checkbox"/> Non</p> <p><input type="checkbox"/> nsp</p>	
<p>CONTACT</p>	
<p>Nom :</p>	
<p>Prénom :</p>	
<p>Date de Naissance :</p>	
<p>Adresse :</p>	
<p>Ville :</p>	
<p>Téléphone :</p>	
<p>Courriel :</p>	
<p>Métier :</p>	
<p>Loisirs :</p>	
<p>EQUIPE IMPLIQUEE</p>	
<p>Equipes Soignantes :</p> <p><input type="checkbox"/> Médecin traitant :</p> <p><input type="checkbox"/> IDE :</p> <p><input type="checkbox"/> Paramédicales (Pédicure / Diététicienne / kinésithérapeute / Ergothérapeute)</p> <p><input type="checkbox"/> Aucun</p>	
<p>Spécialistes :</p> <p><input type="checkbox"/> Rhumatologue</p>	
<p><input type="checkbox"/> Médecin de la douleur</p> <p><input type="checkbox"/> Neurologue</p> <p><input type="checkbox"/> Cardiologue</p> <p><input type="checkbox"/> Pneumologue</p> <p><input type="checkbox"/> Endocrinologue</p> <p><input type="checkbox"/> Diabétologue</p> <p><input type="checkbox"/> Autres</p>	
<p>Suivi social :</p> <p><input type="checkbox"/> Educateur</p> <p><input type="checkbox"/> Assistante sociale</p> <p><input type="checkbox"/> Autres</p> <p><input type="checkbox"/> nsp</p>	
<p>ANAMNESE</p>	
<p>Pathologies actuelles :</p>	
<p>Antécédents pathologies :</p>	
<p>AYCD Familiaux :</p>	
<p>HISTORIQUES MEDICAMENTEUX</p>	
<p>Prescriptions :</p>	
<p>Automédications :</p> <p><input type="checkbox"/> Oui</p> <p><input type="checkbox"/> Non</p> <p>Si oui, développez (quantité, type d'automédication...)</p>	

PROFIL PATIENT									
<p>Nationalité :</p> <input type="checkbox"/> Française <input type="checkbox"/> Etrangères : <p>Taille :</p> <p>Poids :</p> <p>IMC :</p> <p>Sexe :</p> <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme <p>Etat physiopathologique :</p> <input type="checkbox"/> Grossesse <input type="checkbox"/> Allaitement <input type="checkbox"/> Insuffisance rénale <input type="checkbox"/> Insuffisance hépatique <input type="checkbox"/> Allergie médicamenteuse <input type="checkbox"/> Allergie environnementale <input type="checkbox"/> Intolérance <p style="text-align: center;">DIAGNOSTIC EDUCATIF BESOINS ET QUALITE DE VIE</p> <p>Additions :</p> <input type="checkbox"/> Tabac <input type="checkbox"/> Alcool <input type="checkbox"/> Autres : <p>Boissons : Alimentation :</p> <input type="checkbox"/> Eau <input type="checkbox"/> Sodas <input type="checkbox"/> Lait <input type="checkbox"/> Thé, café <input type="checkbox"/> Jus de fruits <p>Activités physiques / Loisirs :</p>	<p style="text-align: center;">FACTEURS INTERNES</p> <p>Connaissances de la maladie : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Partiellement <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> nsp</p> <p>Connaissances du traitement (c'est-à-dire les notices ?) : Cite ses médicaments : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Partiellement <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> nsp</p> <p>Connait leur rôle : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Partiellement <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> nsp</p> <p>Evaluation de l'Observance :</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;"> Acceptation de la pathologie : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Partiellement <input type="checkbox"/> Nsp </td> <td style="width: 50%; border: none;"> Acceptation du traitement : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Partiellement <input type="checkbox"/> Nsp </td> </tr> <tr> <td style="border: none;"> Appréhension de la maladie : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Partiellement <input type="checkbox"/> Nsp </td> <td style="border: none;"> Observance : <input type="checkbox"/> Très bonne <input type="checkbox"/> Bonne <input type="checkbox"/> Médiocre <input type="checkbox"/> Nsp </td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">FACTEURS ORGANISATIONNELS/ENVIRONNEMENT</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 5px; vertical-align: top;"> <p>Autonomie :</p> <p>Vue : <input type="checkbox"/> Correcte <input type="checkbox"/> Insuffisante</p> <p>Audition : <input type="checkbox"/> Correcte <input type="checkbox"/> Insuffisante</p> <p>Dextérité : <input type="checkbox"/> Correcte <input type="checkbox"/> Insuffisante</p> <p><i>Problèmes avec certains médicaments (Forme galénique, Posologie...) :</i></p> </td> <td style="width: 50%; padding: 5px; vertical-align: top;"> <p>Préparation des médicaments : <input type="checkbox"/> Autonome <input type="checkbox"/> Entourage <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfants <input type="checkbox"/> Voisin, Femme de ménage</p> <p><input type="checkbox"/> Soignant <input type="checkbox"/> Auxiliaire de vie <input type="checkbox"/> Autres :</p> <p>Utilisation d'un pilulier : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Nsp</p> </td> </tr> </table> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 5px; vertical-align: top;"> <p>Relationnel (Emploi, Amis...) :</p> </td> <td style="width: 50%; padding: 5px; vertical-align: top;"> <p>Proximité : <input type="checkbox"/> Médecin traitant <input type="checkbox"/> Pharmacie <input type="checkbox"/> Laboratoire d'analyses <input type="checkbox"/> Infirmiers <input type="checkbox"/> Familiale</p> </td> </tr> </table>	Acceptation de la pathologie : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Partiellement <input type="checkbox"/> Nsp	Acceptation du traitement : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Partiellement <input type="checkbox"/> Nsp	Appréhension de la maladie : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Partiellement <input type="checkbox"/> Nsp	Observance : <input type="checkbox"/> Très bonne <input type="checkbox"/> Bonne <input type="checkbox"/> Médiocre <input type="checkbox"/> Nsp	<p>Autonomie :</p> <p>Vue : <input type="checkbox"/> Correcte <input type="checkbox"/> Insuffisante</p> <p>Audition : <input type="checkbox"/> Correcte <input type="checkbox"/> Insuffisante</p> <p>Dextérité : <input type="checkbox"/> Correcte <input type="checkbox"/> Insuffisante</p> <p><i>Problèmes avec certains médicaments (Forme galénique, Posologie...) :</i></p>	<p>Préparation des médicaments : <input type="checkbox"/> Autonome <input type="checkbox"/> Entourage <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfants <input type="checkbox"/> Voisin, Femme de ménage</p> <p><input type="checkbox"/> Soignant <input type="checkbox"/> Auxiliaire de vie <input type="checkbox"/> Autres :</p> <p>Utilisation d'un pilulier : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Nsp</p>	<p>Relationnel (Emploi, Amis...) :</p>	<p>Proximité : <input type="checkbox"/> Médecin traitant <input type="checkbox"/> Pharmacie <input type="checkbox"/> Laboratoire d'analyses <input type="checkbox"/> Infirmiers <input type="checkbox"/> Familiale</p>
Acceptation de la pathologie : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Partiellement <input type="checkbox"/> Nsp	Acceptation du traitement : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Partiellement <input type="checkbox"/> Nsp								
Appréhension de la maladie : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Partiellement <input type="checkbox"/> Nsp	Observance : <input type="checkbox"/> Très bonne <input type="checkbox"/> Bonne <input type="checkbox"/> Médiocre <input type="checkbox"/> Nsp								
<p>Autonomie :</p> <p>Vue : <input type="checkbox"/> Correcte <input type="checkbox"/> Insuffisante</p> <p>Audition : <input type="checkbox"/> Correcte <input type="checkbox"/> Insuffisante</p> <p>Dextérité : <input type="checkbox"/> Correcte <input type="checkbox"/> Insuffisante</p> <p><i>Problèmes avec certains médicaments (Forme galénique, Posologie...) :</i></p>	<p>Préparation des médicaments : <input type="checkbox"/> Autonome <input type="checkbox"/> Entourage <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfants <input type="checkbox"/> Voisin, Femme de ménage</p> <p><input type="checkbox"/> Soignant <input type="checkbox"/> Auxiliaire de vie <input type="checkbox"/> Autres :</p> <p>Utilisation d'un pilulier : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Nsp</p>								
<p>Relationnel (Emploi, Amis...) :</p>	<p>Proximité : <input type="checkbox"/> Médecin traitant <input type="checkbox"/> Pharmacie <input type="checkbox"/> Laboratoire d'analyses <input type="checkbox"/> Infirmiers <input type="checkbox"/> Familiale</p>								
Objectifs des rendez-vous pharmaceutiques									
<p>1er rdv : ☐</p>									

Annexe 10 : Diagnostic éducatif

N° interne à la pharmacie : 2006	Date : / /
DIAGNOSTIC EDUCATIF	
Besoins et qualité de vie	
- Répercussions de la maladie : - Subjectives : isolement social et culturel, sentiment d'insécurité, ... - Objectives : perte d'activité, absentéisme, chômage...	
- Préoccupations, objectifs du patient	
➤ ➤ ➤ ➤ ➤	
Etat de santé	
- facteurs sanitaires : handicap, douleur, fonctionnalité... - facteurs non liés à la santé : situation économique, solitude... - Perception du patient - Enjeux et motivations, objectifs médicaux...	
➤ ➤ ➤ ➤ ➤	
Comportements	
- Adaptation à la pathologie et au traitement : quoi, comment, combien ?	
➤ ➤ ➤ ➤ ➤	

Facteurs internes
- Connaissance de la pathologie, du traitement, observance - Compréhension, représentations, acceptations....
➤ ➤ ➤ ➤ ➤
Facteurs organisationnels
- Environnement social, médical - Ressources disponibles, accessibilité....
➤ ➤ ➤ ➤ ➤
Facteurs de renforcement
- Support social - Famille, proches, collègues, équipe médicale....
➤ ➤ ➤ ➤ ➤

Annexe 11 : Liste des thèmes à aborder

<p><u>CONNAISSANCE DU TRAITEMENT</u></p> <ul style="list-style-type: none">. Connaissance de la maladie. Rôle des médicaments et leurs effets. Mode d'action des médicaments. Posologie, plan de prise. Voies d'utilisation. Génériques. Utilisation de l'appareillage. Effets indésirables <p><u>A QUOI FAIRE ATTENTION ?</u></p> <ul style="list-style-type: none">. Autres médicaments. Conseils diététiques. Traumatismes, sports, stress. Gestes de la vie quotidienne. Grossesse, Allaitement	<p><u>QUELLE SURVEILLANCE EST NECESSAIRE ?</u></p> <ul style="list-style-type: none">. Suivi des manifestations de la maladie. Suivi des analyses. Rendez-vous réguliers chez le médecin <p><u>COMMENT REAGIR EN CAS DE PROBLEMES ?</u></p> <ul style="list-style-type: none">. Surdosage. Oubli. Effets indésirables. Situation d'urgence. Inefficacité
--	--

Annexe 12 : Tableau de suivi de l'évolution des séances selon les thèmes abordés

<ul style="list-style-type: none"> • A = abordé : thème abordé <u>par l'enquêteur</u> car jugé important dans la prise en charge du patient et non abordé par ce dernier, et nécessitant une information et/ou une éducation • V = validé : thème abordé et acquis <u>par le patient</u> de façon autonome, ou validé après vérification par l'enquêteur (dans le cas d'une prise en charge éducative du thème concerné) • E = expliqué : thème expliqué par l'enquêteur, sur demande informative du patient • C = corrigé : thème corrigé par l'enquêteur car erroné selon les dires du patients 					
Numéro interne :			Enquêteur :		
	Séance 1	Séance 2	Séance 3	Séance 4	Séance 5
Dates :					
Durée :					
CONNAISSANCE DU TRAITEMENT					
Connaissance de la maladie					
Rôle et effet des médicaments					
Mode d'action des médicaments					
Posologie, plan de prise					
Voies d'utilisation, appareillage					
Génériques					
Effets indésirables					
A QUOI FAIRE ATTENTION ?					
Poly / Auto – médication					
Dietétique					
Vie quotidienne					
Grossesse, allaitement					
SURVEILLANCE NECESSAIRE					
Evolution pathologie					
Analyses régulières					
Consultations médicales					
EN CAS DE PROBLEME					
Surdosage					
Oubli					
Effets indésirables					
Situation d'urgence					
Inefficacité					
AUTRES THEMES ABORDES NON PREVUS					

Annexe 13 : Suivi d'évolution des séances éducatives

SUIVI EDUCATIF

Numéro interne : _____

Date : / / 2006

Séance N° _____

Durée : _____

Principaux objectifs fixés suite au diagnostic éducatif

-
-
-
-

Préoccupations ou remarques du patient

Objectifs de la séance

- Objectif 1 :
- Objectif 2 :
- Objectif 3 :

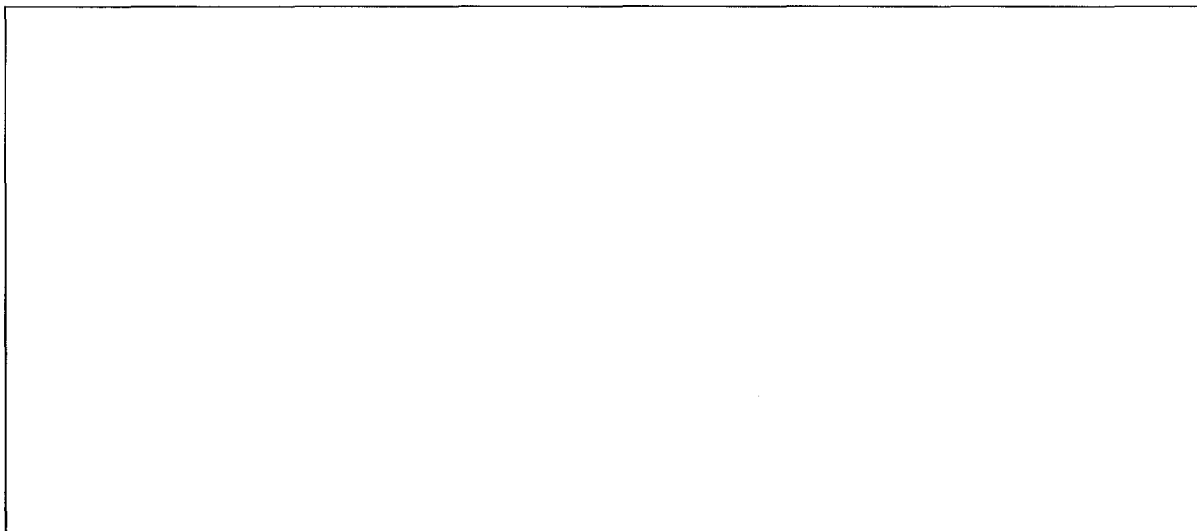
Description de la séance

Objectif 1 :	
Outils utilisés :	Comportements du patient face à l'outil :
Commentaires de l'enquêteur :	

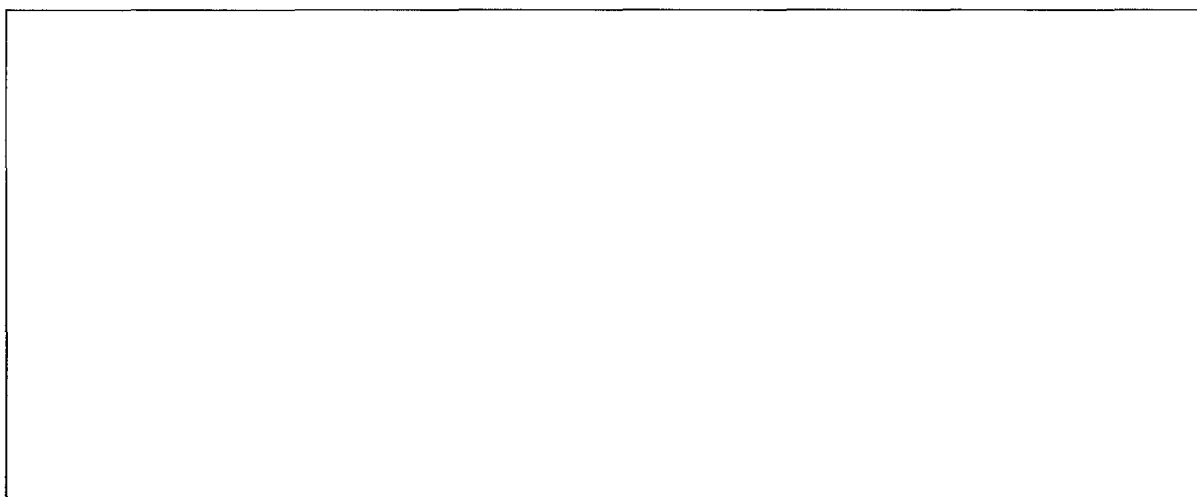
Objectif 2 :	
Outils utilisés	Comportements du patient face à l'outil
Commentaires de l'enquêteur :	

Objectif 2 :	
Outils utilisés	Comportements du patient face à l'outil
Commentaires de l'enquêteur :	

Bilan de la séance

A large, empty rectangular box with a thin black border, intended for writing a summary or balance of the session.

Objectifs de la prochaine séance

A large, empty rectangular box with a thin black border, intended for writing the objectives for the next session.

Annexe 14 : Questionnaire PATIENT

N° interne à l'officine :

Date : / / 2006

**QUESTIONNAIRE D'EVALUATION
PAR LE PATIENT
ETUDE D'UNE DEMARCHE DE SUIVI EDUCATIF A L'OFFICINE**

1^{ère} partie : Ce qui vous concerne

1. Combien de fois par trimestre, venez-vous à la pharmacie ?

- 1 à 2 fois 3 à 4 fois + de 5 fois NSP

2. Avant l'étude, aviez-vous eu des questions sur votre maladie et/ou votre traitement ?

- Oui Non

3. Avant l'étude, aviez-vous déjà eu une éducation sur votre maladie et/ou votre traitement ?

- Oui plusieurs Non
 Oui au moins une fois NSP

Si oui, précisez (dans quel cadre)

4. Pourquoi avez-vous accepté de participer à ces séances d'éducation ?

- Vous faites confiance à votre pharmacien
 Par curiosité, intérêt
 Pour contribuer à faire avancer la recherche
 C'est l'occasion de parler plus longuement à votre pharmacien
 C'est l'occasion d'évoquer un sujet personnel
 Autre, précisez :

.....

2^{ème} partie : Déroulement des séances d'éducation

5. Combien de fois, avez-vous rencontré l'étudiant dans le cadre de cette éducation ?.....

6. Quelle a été la durée approximative de chaque séance (en moyenne)?

.....Minutes

7. La zone d'accueil vous a-t-elle convenue ?

- Oui Non

Pourquoi ?

8. Préfereriez vous des rendez-vous pharmaceutique à votre domicile ?

- Oui Non NSP

Pourquoi ?

9. Les horaires de rendez-vous vous convenaient ils ?

- Oui Non NSP

10. La durée des rencontres était pour vous :

- Longue Adaptée Courte NSP

11. Le nombre de rencontres vous a-t'il convenu ?

- Tout à fait d'accord Plutôt pas d'accord
 Plutôt d'accord Pas du tout, d'accord

12. Au cours de ces rencontres :

12.1- Avez-vous pu parler de tout ce qui vous préoccupait ?

- Tout à fait d'accord Plutôt pas d'accord
 Plutôt d'accord Pas du tout, d'accord

12.2- A-t-on pris en compte vos habitudes de vies (mode de vie, entourage, activités...) ?

- Tout à fait d'accord Plutôt pas d'accord
 Plutôt d'accord Pas du tout, d'accord

12.3- Avez-vous reçu des documents sur votre maladie et/ou sur votre traitement (brochures, dépliants d'informations, fiches...) ?

- Oui Non Je n'en ai pas voulu

Pourquoi ?.....

Si oui, les avez-vous lues ?

- Oui Non

Et qu'en avez-vous fait ?

- Je les ai rangées
 Je les ai rangées en évidence
 Je les ai fait suivre dans mon entourage
 Je les ai jetées

3^{ème} partie : Opinion sur l'expérimentation

13. Quel était le principal objectif que vous vous étiez fixé avec l'étudiant ?

14. Y a-t-il des choses que vous n'avez pas apprécié dans ces rencontres, qui ont été désagréables ou contraignantes ?

Oui Non NSP

Si oui, laquelle ou lesquelles ?

15. Ces séances vous ont-elles apporté des informations ?

Sur vos médicaments :

Tout à fait d'accord Plutôt pas d'accord
 Plutôt d'accord Pas du tout, d'accord

Sur les surveillances à effectuer :

Tout à fait d'accord Plutôt pas d'accord
 Plutôt d'accord Pas du tout, d'accord

Sur les complications de votre maladie :

Tout à fait d'accord Plutôt pas d'accord
 Plutôt d'accord Pas du tout, d'accord

Sur les situations d'urgence :

Tout à fait d'accord Plutôt pas d'accord
 Plutôt d'accord Pas du tout, d'accord

Sur l'hygiène de vie :

Tout à fait d'accord Plutôt pas d'accord
 Plutôt d'accord Pas du tout, d'accord

16. L'intervention vous a-t-elle permis :

une meilleure gestion de votre traitement (plan de prise, surveillance biologique..)

Tout à fait d'accord Plutôt pas d'accord
 Plutôt d'accord Pas du tout, d'accord

de prendre contact avec des associations ou d'autres professionnels de santé

Tout à fait d'accord Plutôt pas d'accord
 Plutôt d'accord Pas du tout, d'accord

de mieux vivre la maladie et/ou le traitement

Tout à fait d'accord Plutôt pas d'accord
 Plutôt d'accord Pas du tout, d'accord

de communiquer avec vos proches de votre maladie et/ou de votre traitement

Tout à fait d'accord Plutôt pas d'accord
 Plutôt d'accord Pas du tout, d'accord

17. Pensez-vous avoir atteint l'objectif que vous et l'étudiant, aviez fixé au début de l'étude ?

Oui, tout à fait

Non, pas vraiment

Oui, en partie

Non, pas du tout

Pourquoi ?

18. Concrètement, qu'est-ce que ces rencontres ont changé ?

- Pour votre santé :

- Dans votre relation, avec votre pharmacien :

- Dans votre relation, avec votre médecin

19. Quelle est votre appréciation globale sur ce suivi ? Etes-vous

Très satisfait

Peu satisfait

Plutôt satisfait

Pas du tout satisfait

20. Referiez vous appel à cette méthode pour une autre pathologie ?

Oui

Non

Pourquoi ?

21. Conseilleriez-vous à un proche ce mode d'échange ?

Oui

Non

Pourquoi ?

Commentaires :

Merci de votre attention et du temps passé pour remplir ce questionnaire

Nous vous remercions pour le temps consacré à cette étude.

Annexe 15 : Questionnaire TITULAIRE

N° interne à l'officine :

Date : / / 2006

**QUESTIONNAIRE D'ÉVALUATION PHARMACIEN
ÉTUDE D'UNE DÉMARCHÉ DE SUIVI ÉDUCATIF À L'OFFICINE**

1^{ÈRE} PARTIE : CE QUI VOUS CONCERNE

1. Votre année de naissance :

2. Vous êtes : Un homme Une femme

3. Vous exercez en milieu : Urbain Mixte Rural

4. En plus de vous, combien de salariés travaillent dans votre officine ? : _____ salariés

5. Vous estimez le pourcentage de la clientèle fidélisée à :
_____ % dont _____ % d'ordonnances et _____ % de conseil.

6. Vous estimez la répartition de votre clientèle comme suit :

_____ % d'enfants
_____ % de 15 à 50 ans
_____ % de 50 à 75 ans
_____ % de plus de 75 ans

7. Vous consacrez-vous à ?

- Des activités relatives à des associations de malades Oui Non
- Des activités relatives à des associations de prévention Oui Non
- Des activités de formation (en tant que formateur) Oui Non
- Autres :

8. Avez-vous une expérience antérieure en éducation pharmaceutique (action d'éducation à l'hôpital, dans des écoles...) ?

Oui, plusieurs Oui, au moins une fois Non
Si oui, précisez :

9. Avant cette étude, combien de temps consacriez-vous en moyenne à chaque patient ?
_____ minutes

2^{ÈME} PARTIE : DEROULEMENT DE L'EXPERIMENTATION

10. Avez-vous aidé l'étudiant dans son projet de rendez-vous pharmaceutique ?

Oui

Non

11. Avez-vous fait des aménagements dans votre officine, pour favoriser les interventions pharmaceutiques (favoriser l'expression de la personne, sa mise en confiance, la confidentialité des échanges...)?

Oui

Non

Si oui, quel type de modification ?

Création d'un espace de confidentialité

Réservation d'un comptoir à cet effet

Autre, précisez :

12. Avez-vous aménagé des plages horaires pour les prises de rendez-vous pharmaceutique ?

Oui

Non

13. Si oui, pouvez-vous préciser le choix de ces plages horaires ?

En période creuse d'activité

Au hasard

14. L'organisation de l'officine a-t-elle été perturbée ?

Oui

Non

Si oui, pourquoi ?

15. Avez-vous accordé des visites de l'étudiant au domicile du patient ?

Oui

Non

Pourquoi ?

16. Avez-vous été obligé d'intervenir durant une séance entre l'étudiant et le patient ?

Oui

Non

Pourquoi ?

17. Dans le cadre des interventions pharmaceutiques avec les patients, avez-vous pu mettre en place une collaboration avec d'autres professionnels de santé ?

- Oui, systématiquement Oui, assez souvent Oui, ponctuellement Non, jamais

Avez vous pu formaliser ces relations ?

18. Quelle est votre opinion sur cette collaboration ?

- Très satisfaisante Peu satisfaisante
 Plutôt satisfaisante Pas du tout satisfaisante

19. Pensez-vous qu'une formation soit nécessaire pour effectuer ces rendez-vous, en plus de la formation initiale ?

- Oui Non

Si oui, pourquoi ?

20. Pensez-vous que ce suivi doit être rémunéré ?

- Oui Non

Pourquoi ?

21. A votre avis, cette expérimentation peut-elle se mettre en place au sein de votre officine ?

- Oui Non

Si non, pourquoi ?

3^{ème} PARTIE : OPINION DE SUR L'EXPERIMENTATION

22. A votre avis, vos patients/clients ont été :

- Très satisfaits Plutôt satisfaits Peu satisfaits Pas du tout satisfaits

23. Les rendez-vous pharmaceutiques ont-ils eu une répercussion sur vos relations avec vos patients/clients ?

- Oui, tout à fait d'accord Non, pas d'accord
 Oui, plutôt d'accord Non, difficile à évaluer

24. Quelles ont été selon vous, les étapes clef, déterminantes de l'expérimentation ?

25. Quelles ont été les étapes les plus difficiles / les difficultés rencontrées ?

26. A combien de temps estimé vous le temps passé par l'étudiant pour cette expérimentation ?

27. Est ce que le temps imparti pour cette activité vous a semblé disproportionné ?

Oui Non

28. En conclusion, le rapport bénéfice / temps passé vous semble :

Suffisant Faible Inexistant Inévaluable

Le questionnaire est terminé. Merci de votre attention et du temps passé pour remplir ce questionnaire.

Annexe 16 : Questionnaire MEDECIN

N° interne à l'officine :

Date : / /2006

QUESTIONNAIRE D'EVALUATION MEDECIN
ETUDE D'UNE DEMARCHE DE SUIVI EDUCATIF A L'OFFICINE

1^{ère} PARTIE : CE QUI VOUS CONCERNE

1. Votre année de naissance :

2. Vous êtes : Un homme Une femme

3. Vous exercez en milieu : Urbain Semi urbain Rural

4. Vous consacrez-vous à ?

- Des activités relatives à des associations de malades Oui Non
- Des activités relatives à des associations de prévention Oui Non
- Des activités de formation (en tant que formateur) Oui Non
- Autres :

.....

5. Avez-vous eu des expériences antérieures en éducation pour la santé (Action d'éducation à l'hôpital, dans des écoles...)

Oui plusieurs Oui au moins une fois Non

Si oui, précisez :

6. Travaillez vous en collaboration étroite avec les autres professionnels de santé ?

Oui, souvent Oui, parfois Non, pas du tout

7. Avec quels professionnels de santé, travaillez vous le plus souvent ?

2^{ème} PARTIE : OPINION SUR LE PROJET D'EDUCATION

8. Que pensez vous du projet d'éducation thérapeutique à l'officine ?

9. Quelle est votre opinion sur la collaboration entre professionnels de santé ?

Très satisfaisante Peu satisfaisante
 Plutôt satisfaisante Pas du tout satisfaisante

Pourquoi ?

10. A votre avis, vos patients/clients ont –ils été :

- Très satisfait Plutôt satisfait Peu satisfait Pas du tout satisfait

11. Les rendez-vous pharmaceutiques ont-ils eu une répercussion sur vos relations avec vos patients ?

- Tout à fait d'accord Plutôt d'accord Pas d'accord Pas du tout d'accord

Pouvez-vous citer quelques impacts :

12. Ce questionnaire est maintenant terminé, souhaitez vous rajouter quelque chose ?

Merci de votre attention et du temps passé pour remplir ce questionnaire.

Nous vous remercions pour le temps consacré à cette étude.

N° interne à l'officine :

Date : / /2006

**QUESTIONNAIRE D'EVALUATION PAR L'ETUDIANT
ETUDE D'UNE DEMARCHE DE SUIVI EDUCATIF A L'OFFICINE**

1^{ère} PARTIE : CE QUI VOUS CONCERNE

1. Votre année de naissance :

2. Vous êtes : Un homme Une femme

3. Avez-vous déjà travaillé en pharmacie ?

Oui Non

Si oui, combien de temps (environ) ?.....

4. Avez-vous déjà suivi des formations d'éducatons thérapeutiques auparavant ?

Oui plusieurs Oui au moins une fois Non

Si oui, précisez (dans quel cadre)

5. Avez-vous déjà effectué des éducatons thérapeutiques auparavant ?

Oui plusieurs Oui au moins une fois Non

Si oui, précisez (dans quel cadre)

2^{ème} PARTIE : DEROULEMENT DE L'EXPERIMENTATION

6. Combien de fois, avez-vous rencontré le patient dans le cadre de cette expérimentation ?.....

7. Au cours de ces rencontres : (cochez la case qui correspond mieux à votre opinion)

7.1- A votre avis, avez-vous pu parler de tout ce qui le préoccupait ?

Oui, tout à fait Oui, en partie Non, pas vraiment Non, pas du tout

7.2- Avez-vous pris en compte ces particularités (mode de vie, entourage, activités...) ?

Oui, tout à fait Oui, en partie Non, pas vraiment Non, pas du tout

7.3- Lui avez-vous fourni des documents (brochures, dépliants d'information...) ?

Oui Non Il n'en voulait pas

8. Avez-vous demandé des aides particulières pour répondre à certaines questions ?

Oui Non

si oui lesquelles ? (vidal, pharmacien, médecin, internet,)

9. Le pharmacien vous a t'il aménagé une zone d'accueil ?

Oui Non

Si oui, quel type de modification ?

Création d'un espace de confidentialité

Réservation d'un comptoir à cet effet

Autre, précisez :

10. Les horaires de rendez-vous pharmaceutique défini vous convenaient-ils ?

Oui Non

11. La durée des rencontres était pour vous :

Longue Adaptée Courte

12. Le nombre de rencontres défini au départ était il suffisant pour répondre aux questions du patient ?

Oui Non

Pourquoi ?

3^{ème} PARTIE : OPINION SUR L'ETUDE

13. Y a-t-il des choses que vous n'avez pas appréciées dans ces rencontres, qui ont été désagréables ou contraignantes ?

Oui Non

Si oui, lesquelles ?

14. Est-ce que cette étude vous a mis en difficulté sur le plan relationnel ou moral ?

Oui Non

Pourquoi ?

15. Pensez-vous qu'une formation soit nécessaire pour effectuer ces rendez-vous, en plus de la formation initiale ?

Oui Non

Si oui, pourquoi et lesquelles ?

16. Pensez-vous que dans certains cas, auriez-vous besoin d'un coaching ?

Annexe 18 : Tableau récapitulatif des résultats de l'étude

1 : Evaluation de la démarche (retour d'expérience des 5 enquêteurs)

EVALUATION DE LA DEMARCHE												moyenne	total	%
INCLUSION DES PATIENTS														
Nombre de patients inclus	14	12	17	17	13							14,6	73	
Dont refus directs catégoriques	1	0	2	1	2							1,2	6	8%
Dont refus directs avec explications de la raison	2	1	5	3	4							3	15	21%
Dont abandons en cours de suivi	1	3	2	3	0							1,8	9	12%
Nombre de patients pour lesquels toutes les étapes de l'étude ont été réalisées	10	8	8	10	7							8,6	43	59%
Nombre de patients décédés en cours d'étude ou après la période d'étude	0	0	1	0	0								1	1%
Nombre de patients hospitalisés pour la pathologie en cours d'étude ou après	1	0	2	0	0								3	7%
Nombre de patients hospitalisés pour une autre pathologie en cours d'étude ou après	0	1	1	1	1								4	9%
PROFIL DES PATIENTS INCLUS														
Moyenne d'âge des patients	73	73	78	45	46							63		
Age minimal	48	57	68	30	6									
Age maximal	90	81	85	62	73									
Sexe des patients														
Féminin	2	2	4	9	3								20	47%
Masculin	8	6	4	1	4								23	53%
Nationalité des patients														
Française	10	7	7	10	7								41	95%
Etrangère	0	1	1	0	0								2	5%
Expression verbale des patients														
En français	10	8	7	10	7								42	98%
Etrangère	0	0	1	0	0								1	2%
Niveau de compréhension réciproque (langage en général)														
Suffisante	10	8	7	8	7								40	93%
Médiocre	0	0	1	2	0								3	7%
Insuffisante	0	0	0	0	0								0	0%
Catégorie socio-professionnelle														
Scolarisés, étudiants	0	0	0	0	1								1	2%
Actifs	1	2	0	6	1								10	23%
Sans emploi et/ou en recherche d'emploi	0	0	0	3	1								4	9%
Retraités	9	6	8	1	4								28	65%
Au moins 1 des critères suivants correspond au domaine professionnel													42	
Efforts physiques importants	2	1	3	0	1								7	17%
Horaires particuliers	0	1	1	3	2								7	17%
Pression intellectuelle élevée	4	0	0	6	0								10	24%
Déplacements fréquents	1	2	1	0	1								5	12%
Exposition chimique	0	0	0	0	0								0	0%
Domaine de la santé	0	0	0	0	0								0	0%
Vie professionnelle en relation avec l'état pathologique	2	1	0	2	0								5	12%
Profession : cause de la pathologie	0	0	0	0	0								0	0%
Profession : facteur aggravant de la pathologie	2	1	0	2	0								5	12%
Profession contre-indiquée avec la pathologie	0	0	0	0	0								0	0%
Etat physiopathologique														
Grossesse	0	0	0	0	0								0	0%
Allaitement	0	0	0	0	0								0	0%
Insuffisance Rénale	2	3	0	0	0								5	12%
Insuffisance Hépatique	0	0	0	0	0								0	0%
Allergie médicamenteuse	0	1	2	1	0								4	9%
Allergie environnementale, alimentaire	1	2	2	0	7								12	28%
Intolérances	0	0	1	0	0								1	2%
Médication														
Patient monopathologique	1	1	1	8	3								14	33%
Patient polyopathologique	9	7	7	2	4								29	67%
Patient monomédiqué	1	0	1	5	3								10	23%
Patient polymédiqué	9	8	7	5	4								33	77%
Environnement médical pour la pathologie concernée														
Seulement 1 médecin généraliste (MG)	0	0	0	5	2								7	16%
Plusieurs MG uniquement	0	0	0	0	0								0	0%
Seulement 1 spécialiste	0	1	0	0	1								2	5%
Plusieurs spécialistes	0	0	0	0	0								0	0%
1 MG et 1 spécialiste	10	0	3	5	4								22	51%
Plusieurs MG et 1 spécialiste	0	0	0	0	0								0	0%
1 MG et plusieurs spécialistes	0	7	5	0	0								12	28%
Plusieurs MG et plusieurs spécialistes	0	0	0	0	0								0	0%
1 professionnel de santé en paramédical	2	1	1	5	2								11	26%
Plusieurs professionnels de santé en paramédical	0	0	3	0	0								3	7%
Aide d'une Infirmière Diplômée d'Etat (IDE)														
A domicile	6	0	0	0	0								6	14%
Au cabinet professionnel	4	0	0	0	0								4	9%
Hospitalisation à Domicile (HAD)	0	0	0	0	0								0	0%

les résultats en italique sont non exploités

* : pas de données accessibles

Annexes

Acceptation de la pathologie										
Acceptant	8	7	6	2	5				28	65%
Acceptant partiellement	2	1	1	8	1				13	30%
N'acceptant pas	0	0	1	0	1				2	5%
Acceptation du traitement										
Acceptant	8	7	6	8	5				34	79%
Acceptant partiellement	2	1	0	2	2				7	16%
N'acceptant pas	0	0	2	0	0				2	5%
Automédication										
Automédication forte	1	0	0	5	0				6	14%
Automédication moyenne	3	0	2	0	0				5	12%
Automédication faible ou nulle	6	8	6	5	7				32	74%
Période d'intervention dans le traitement de la pathologie chronique concernée										
A l'introduction du traitement	1	0	2	1	0				4	9%
Moins d'un an après l'initiation	2	1	0	0	0				3	7%
De 1 à 5 ans après	5	0	4	3	2				14	33%
Plus de 5 ans après	2	7	2	6	5				22	51%
Analyses biologiques										
Patients se déplaçant au labo pour leur suivi biologique	3	8	8	*	0				19	44%
Pour lesquels une IDE effectuée les prélèvements	7	0	0	*	0				7	16%
Patients concernés par l'automesure	0	6	0	*	1				7	16%
Effectuant leurs analyses correctement (fréquence, conservation des résultats)	8	7	8	*	6				29	88%
Effectuant leurs analyses à la bonne fréquence sans conserver les résultats	2	0	0	*	0				2	6%
N'effectuant pas leurs analyses à la bonne fréquence, oubliant les consultations ou les examens	0	1	0	*	1				2	6%
Arrêts de travail										
Consécutifs à la pathologie d'inclusion à l'étude	1	0	0	0	0				1	2%
Consécutifs à un autre problème de santé	0	0	0	0	0				0	0%
MODE DE RECRUTEMENT										
Par le maître de stage	8	8	1	0	1				18	42%
Par l'étudiant	1	0	3	5	4				13	30%
Par le reste de l'équipe	1	0	4	4	2				11	26%
Par le patient lui-même	0	0	0	1	0				1	2%
ACCEPTABILITE										
Directe	9	7	0	0	5				21	49%
Avec demande d'infos complémentaires	0	0	8	10	0				18	42%
Au bout d'un certain temps de réflexion	1	1	0	0	2				4	9%
DUREE DES SEANCES										
Durée des séances : Temps moyen passé, en minutes, pour :										
Diagnostic éducatif seul	30	50	45	50	44				44	
Séances éducatives uniquement	25	45	20	22	26				28	
Les 2 confondus	45	*	65	49	*				53	
Temps minimal consacré, en minutes, pour :										
Diagnostic éducatif	20	40	15	30	35				28	
Séances éducatives	5	30	10	10	10				13	
Les 2 confondus	40	*	65	30	*				45	
Temps maximal consacré, en minutes, pour :										
Diagnostic éducatif	45	70	50	80	48				59	
Séances éducatives	30	60	60	60	58				54	
Les 2 confondus	60	*	65	60	*				62	
LIEUX DES RENCONTRES										
Nombre de patients rencontrés										
Au moins 1 fois à domicile	2	2	1	1	0				6	15%
Toujours à domicile	0	0	3	0	0				3	7%
Nombre de patients rencontrés (sont exclus ceux n'ayant été vus qu'à domicile)										
Espace isolé de confidentialité, EXISTANT au sein de l'officine, uniquement	8	8	0	0	0				16	40%
Espace de confidentialité, CREE à cet effet, uniquement	0	0	5	0	6				11	28%
Comptoir pour toutes les séances	0	0	0	0	0				0	0%
De façon mixte entre le comptoir et un espace isolé	2	0	0	10	1				13	33%
MODALITES DES RENCONTRES										
Nombre de cas où le patient										
A été rencontré lui-même, seul	10	6	7	10	7				40	93%
Est autonome mais était accompagné	0	0	0	0	0				0	0%
Est accompagné d'un professionnel de santé responsable	0	0	0	0	0				0	0%
Est accompagné de la personne de son entourage responsable de son traitement	0	0	1	0	0				1	2%
Est remplacé par un mandataire	0	0	0	0	0				0	0%
Est inclus avec d'autres dans une séance collective	0	2	0	0	0				2	5%
Nombre de séances déterminées au total	14	35	19	24	22				22,8	114
Nombre moyen de séances par patient	1,4	4,4	2,4	2,4	3,1				2,7	
Nombre de séances annulées par le patient	2	9	2	3	0				16	14%
Nombre de séances annulées par l'éducateur	0	2	2	0	0				4	4%
Nombre de patients estimés non rigoureux dans le respect des rendez-vous fixés (date ou heure)	0	3	1	2	1				7	16%

Annexes

Patients rencontrés									
1 fois	6	0	0	2	0			8	19%
2 fois	4	1	5	4	2			16	37%
3 fois	0	0	3	2	2			7	16%
4 fois	0	2	0	2	3			7	16%
5 fois	0	5	0	0	0			5	12%
Plus de 5 fois	0	0	0	0	0			0	0%
Suivi des patients : Nombre de patients ayant été suivis par									
L'étudiant seul, uniquement	10	8	8	8	6			40	93%
Au-moins 1 fois par l'étudiant et un pharmacien	0	0	0	2	1			3	7%
Toujours par un binôme étudiant / pharmacien	0	0	0	0	0			0	0%
Nombre de patients pr lesquels un rapport final verbal a été communiqué à									
Un des pharmaciens de l'équipe	10	8	8	10	0			36	84%
Un médecin entourant le patient	0	0	2	0	0			2	5%
Nombre de cas où une synthèse écrite du diagn thérap et suivi des séances ont été communiquées									
Au pharmacien	0	0	0	0	0			0	0%
A l'équipe médicale entourant le patient (généraliste, spécialiste, ...)	0	0	0	10	0			10	23%
Nombre de cas ayant nécessités une démarche d'intervention de la part (questions, infos, ...)									
D'un pharmacien	2	1	1	2	0			6	14%
Du médecin du patient	1	2	1	1	0			5	12%
D'un professionnel de santé entourant le patient	0	0	0	0	0			0	0%
Nombre de patients ayant été									
Orientés vers un autre professionnel de santé	0	2	0	2	0			4	9%
Informés de l'existence d'un réseau spécialisé	1	1	8	0	1			11	26%
Intégrés dans ce réseau spécialisé depuis notre intervention	0	1	1	0	1			3	27%
DOSSIER PATIENT									
Combien d'items n'ont pas-du-tout été utilisés (tous patients confondus)	0	0	0	0	0			0	0%
Combien d'items supplémentaires ont été créés	1	1	2	0	1			5	suivi biologique, IMC
DIAGNOSTIC EDUCATIF									
Nombre de cas où le diagnostic thérapeutique a été effectué									
En 1 rendez-vous	9	8	1	0	5			23	53%
En plusieurs fois, lors de séances programmées à cet effet	0	0	0	0	0			0	0%
En plusieurs fois, car complétées lors des séances éducatives ultérieures	1	0	7	10	2			20	47%
Nombre de cas où l'étudiant a réaliser une synthèse écrite du diagnostic thérapeutique	9	0	0	10	0			19	44%
Nombre de cas où l'étudiant a réalisé la retranscription écrite et la synthèse d'un diagnostic éducatif :									
Tout-de-suite après la séance de rencontre	8	1	3	10	0			22	51%
Dans la même journée	2	3	3	0	5			13	30%
Dans la même semaine	0	4	2	0	2			8	19%
Dans le mois	0	0	0	0	0			0	0%
Après la période d'étude	0	0	0	0	0			0	0%
Temps moyen consacré à la réalisation de la synthèse d'un diagn thérap, en minutes	20	*	*	5	*			12,5	
Nombre de cas où la conservation écrite du diagn éducatif a été utilisé pour :									
Aucune des séances éducatives	0	2	0	0	0			2	5%
Certaines des séances éducatives	0	6	0	0	0			6	14%
Toutes les séances éducatives	10	0	8	10	7			35	81%
THEMES DES SEANCES EDUCATIVES									
Thèmes fixés selon le diagnostic éducatif ayant été abordés lors des séances éducatives									
En totalité	6	7	5	10	0			28	65%
De façon partielle, avec plus de la moitié de ces thèmes	4	0	2	0	7			13	30%
De façon partielle, avec moins de la moitié de ces thèmes	0	0	1	0	0			1	2%
De façon minime, juste 1 thème	0	1	0	0	0			1	2%
Nombre de cas où des thèmes ont du être ajoutés sur la liste initiale de l'étude	0	0	0	0	0			0	0%
Séances éducatives ayant répondu aux objectifs thérapeutiques issus du diagnostic éducatif									
Totalement	8	7	5	10	0			30	70%
De façon partielle, avec plus de la moitié des objectifs abordés	2	0	2	0	7			11	26%
De façon partielle, avec moins de la moitié des objectifs abordés	0	1	1	0	0			2	5%
De façon insuffisante, il aurait fallu plus de rendez-vous	0	0	0	0	0			0	0%

Annexes

Nombre de cas où ont été abordés les thèmes suivants (peu importe lors de quelle séance) :									
Connaissance de la maladie	10	8	8	10	7			43	100%
Rôle et effet des médicaments	9	7	8	10	7			41	95%
Mode d'action médicamenteux	8	7	8	10	7			40	93%
Posologie, plan de prise	10	8	8	10	7			43	100%
Voies d'utilisation, appareillage	0	8	0	0	7			15	35%
Génériques	0	8	2	1	0			11	26%
Poly / automédication	9	7	8	10	6			40	93%
Diététique	10	8	6	4	0			28	65%
Vie quotidienne	10	8	6	10	7			41	95%
Grossesse, allaitement	0	0	0	4	0			4	9%
Evolution de la pathologie	7	8	4	0	6			25	58%
Analyses régulières	10	8	8	0	7			33	77%
Consultation médicale	9	8	8	10	0			35	81%
Surdosage	9	7	2	10	0			28	65%
Oubli	10	7	6	0	3			26	60%
Effets indésirables	6	8	6	7	6			33	77%
Situation d'urgence	9	7	6	10	7			39	91%
Inefficacité thérapeutique	0	7	0	10	1			18	42%
RELATIONNEL PATIENT / EDUCATEUR AU COURS DES SEANCES									
Existence réseau spécialisé	1	1	1	1	1			5	100%
Patients intégrés AVANT l'étude	0	0	0	0	1			1	2%
Les patients ont exprimé au sujet des interventions verbales de l'étudiant									
Un refus, un mécontentement	1	0	0	0	0			1	2%
Un étonnement quant à leur utilité	2	0	0	2	0			4	9%
Une satisfaction par la considération que le pharmacien a envers lui	3	5	7	8	3			26	60%
Aucun sentiment, aucune réflexion	4	3	1	0	4			12	28%
Les patients ont exprimé au sujet des notes prises par l'étudiant									
Un refus, un mécontentement	0	0	0	0	0			0	0%
Un étonnement quant à leur utilité	0	0	0	0	0			0	0%
Une satisfaction par la considération que le pharmacien a envers lui	0	0	0	0	3			3	7%
Aucun sentiment, aucune réflexion	10	8	8	10	4			40	93%
L'éducateur a parlé de ce qui préoccupait le patient									
Totalement	2	7	2	0	3			14	33%
En partie	7	1	5	10	3			26	60%
Pas vraiment	1	0	1	0	1			3	7%
Pas du tout	0	0	0	0	0			0	0%
L'éducateur a pris en compte les particularités du patient									
Totalement	10	8	8	10	2			38	88%
En partie	0	0	0	0	5			5	12%
Pas vraiment	0	0	0	0	0			0	0%
Pas du tout	0	0	0	0	0			0	0%
SUPPORTS PEDAGOGIQUES									
Nombre de patients à qui a été proposé un document à emporter									
Dont ayant Utilisé et intégré ce document dans la prise en charge de son ttt (si revus à l'officine)	4	4	4	8	2			22	59%
Dont ayant Refusé ce document	1	0	0	0	0			1	3%
Nombre de patients pr lesquels a été nécessaire un support pédagogique non prévu									
	0	0	1	1	4			6	14%
Nombre de cas où aucun support pédagogique a été utilisé									
	3	0	0	0	0			3	7%
Nombre de patients à qui ont été proposé un tri de boites de médicaments et ayant : discussion									
Dont ayant suffisamment pu distinguer leur traitement et son rôle	1	5	3	*	2			11	69%
Dont ayant seulement pu reconnaître les conditionnements externes	0	1	3	*	0			4	25%
Dont ayant commis des erreurs sur le choix des boites	0	1	0	*	0			1	6%
Nombre de cas où a été nécessaire une recherche d'informations supplémentaires									
	1	3	1	3	3			11	26%
VOLANT ECONOMIQUE									
Nombre de patients ayant abordés la notion de service payant	0	0	0	1	0			1	2%

2 : Résultats des 39 questionnaires patients (QP)

QUESTIONNAIRE PATIENT	moyenne	total	%
Nombre TOTAL de questionnaires posés		39	
CE QUI CONCERNE LES PATIENTS			
Combien de fois par trimestre viennent-ils à la pharmacie :			
1 à 2 fois		6	15%
3 à 4 fois		28	72%
> à 5 fois		5	13%
NSP		0	0%
Avant l'étude, combien avait eu des questions sur leur maladie / traitement?		16	41%
Avant l'étude, combien avait eu une éducation sur leur maladie / traitement :			
Plusieurs fois		4	10%
Au moins 1 fois		9	23%
Non		26	67%
NSP		0	0%
<i>Dont combien ont précisé dans quel cadre?</i>		11	28%
Pourquoi ont-ils accepté de participer à ces séances d'éducation :			
Par confiance à leur pharmacien		14	36%
Par curiosité ou intérêt		11	28%
Pour contribuer à faire avancer la recherche		16	41%
Par occasion de parler plus longuement à un pharmacien		4	10%
D'évoquer un sujet personnel		7	18%
Autre motif		19	49%
DEROULEMENT DES SEANCES D'EDUCATION			
Combien de fois ont-ils rencontré l'étudiant?	2,9		
Durée approximative des séances, moyenne en minutes	34,8		
Combien de patients ont trouvé que la zone d'accueil a convenu?		37	95%
Combien préfèrent un rdv à domicile?		9	23%
Combien ont été satisfaits par les horaires de rdv?		39	100%
Combien ont trouvé la durée des rencontres :			
Longue		0	0%
Adaptée		35	90%
Courte		1	3%
NSP		3	8%
Combien pensent que le nombre de rencontres ont convenu de façon :			
Tout à fait d'accord		30	77%
Plutôt d'accord		8	21%
Plutôt pas d'accord		1	3%
Pas du tout d'accord		0	0%
L'éducateur a abordé tout ce qui vous préoccupait au cours des rencontres :			
Tout à fait d'accord		22	56%
Plutôt d'accord		14	36%
Plutôt pas d'accord		2	5%
Pas du tout d'accord		1	3%
L'éducateur a pris en compte vos particularités au cours des rencontres :			
Tout à fait d'accord		22	56%
Plutôt d'accord		12	31%
Plutôt pas d'accord		5	13%
Pas du tout d'accord		0	0%
Combien ont reçu des documents sur leur maladie / traitement?		27	69%
<i>Dont combien les ont lu?</i>		26	67%
<i>Dont combien :</i>			
Les ont rangé		11	28%
Les ont rangé en évidence		14	36%
Les ont fait suivre à leur entourage		3	8%
Les ont jeté		1	3%

OPINION SUR L'EXPERIMENTATION			
Patients ayant défini un objectif principal fixé avec l'étudiant?		26	67%
Combien n'ont pas apprécié des choses dans ces rencontres?		1	3%
Avis des patients sur le fait que ces séances leur ont apporté des informations :			
<i>Tout à fait d'accord</i>		22	56%
<i>Plutôt d'accord</i>		10	26%
<i>Plutôt pas d'accord</i>		6	15%
<i>Pas du tout d'accord</i>		1	3%
Plus particulièrement sur leurs médicaments :			
<i>Tout à fait d'accord</i>		15	38%
<i>Plutôt d'accord</i>		11	28%
<i>Plutôt pas d'accord</i>		10	26%
<i>Pas du tout d'accord</i>		3	8%
Sur les surveillances à effectuer :			
<i>Tout à fait d'accord</i>		16	41%
<i>Plutôt d'accord</i>		9	23%
<i>Plutôt pas d'accord</i>		9	23%
<i>Pas du tout d'accord</i>		5	13%
Sur les complications de leur maladie :			
<i>Tout à fait d'accord</i>		13	33%
<i>Plutôt d'accord</i>		9	23%
<i>Plutôt pas d'accord</i>		10	26%
<i>Pas du tout d'accord</i>		7	18%
Sur les situations d'urgence :			
<i>Tout à fait d'accord</i>		16	41%
<i>Plutôt d'accord</i>		10	26%
<i>Plutôt pas d'accord</i>		6	15%
<i>Pas du tout d'accord</i>		7	18%
Sur l'hygiène de vie :			
<i>Tout à fait d'accord</i>		22	56%
<i>Plutôt d'accord</i>		10	26%
<i>Plutôt pas d'accord</i>		3	8%
<i>Pas du tout d'accord</i>		4	10%
L'intervention leur a permis une meilleure gestion du traitement			
<i>Tout à fait d'accord</i>		13	33%
<i>Plutôt d'accord</i>		9	23%
<i>Plutôt pas d'accord</i>		12	31%
<i>Pas du tout d'accord</i>		5	13%
De prendre contact avec des associations ou d'autres professionnels de santé :			
<i>Tout à fait d'accord</i>		2	5%
<i>Plutôt d'accord</i>		2	5%
<i>Plutôt pas d'accord</i>		13	33%
<i>Pas du tout d'accord</i>		22	56%
De mieux vivre la maladie / le traitement :			
<i>Tout à fait d'accord</i>		7	18%
<i>Plutôt d'accord</i>		14	36%
<i>Plutôt pas d'accord</i>		13	33%
<i>Pas du tout d'accord</i>		5	13%
De communiquer avec leurs proches de leur maladie / traitement			
<i>Tout à fait d'accord</i>		7	18%
<i>Plutôt d'accord</i>		7	18%
<i>Plutôt pas d'accord</i>		13	33%
<i>Pas du tout d'accord</i>		12	31%
Combien pensent avoir atteint l'objectif fixé avec l'étudiant, parmi ceux en ayant fixé un :			
<i>Tout à fait</i>		16	41%
<i>En partie</i>		14	36%
<i>Pas vraiment</i>		4	10%
<i>Pas du tout</i>		0	0%

Combien ont vu des changements pour leur santé?		21	54%
Changements dans la relation avec leur pharmacien?		11	28%
Changements dans la relation avec leur médecin?		9	23%
Appréciation globale sur ce suivi : combien sont :			
Très satisfaits		23	59%
Plutôt satisfaits		14	36%
Peu satisfaits		2	5%
Pas du tout satisfaits		0	0%
Referaient-ils appel à cette méthode pour autre pathologie?		31	79%
Combien conseilleraient ce mode d'échange à un proche?		37	95%

3 : Résultats des 28 questionnaires médecins (QM)

MEDECINS						moyenne	somme	%
STATISTIQUES								
Concernés par rapport aux patients sélectionnés	5	7	9	10	7		38	
Informés de cette étude	5	7	4	10	7		33	
Ayant retourné le questionnaire rempli	4	7	4	7	6		28	85%
Médecins généralistes	4	6	4	6	5		25	89%
Spécialistes	0	1	0	1	1		3	12%
Ayant demandé plus d'infos complémentaires	2	0	1	1	0		4	14%
Ayant cherché à contacter le titulaire de l'officine au sujet de cette étude	0	0	0	0	0		0	0%
Nombre de cas où le patient a parlé de cette intervention à son médecin (estimation)	0	5	0	2	2		9	21%
PROFIL DES MEDECINS INCLUS								
Age							48,5	
Sexe								
Féminin	1	3	0	1	3		8	29%
Masculin	3	4	4	6	3		20	71%
Exercice en milieu								
Urbain	0	7	4	7	3		21	75%
Mixte	4	0	0	0	1		5	18%
Rural	0	0	0	0	2		2	7%
Expérience antérieure en éducation pharmaceutique (hopital, écoles, ...)								
Plusieurs	0	1	1	4	1		7	25%
Au moins 1 fois	0	1	1	1	1		4	14%
Aucune	4	5	2	2	4		17	61%
Si oui, combien ont détaillé de quoi il s'agit?	0	1	2	4	2		9	32%
Collaboration étroite avec les autres professionnels de santé								
Souvent	4	5	4	6	2		21	75%
Parfois	0	2	0	1	4		7	25%
Rarement ou jamais	0	0	0	0	0		0	0%
Combien ont détaillé cette collaboration?	4	7	4	7	6		28	100%
Nombre de médecin pratiquant une éducation thérapeutique au cours des consultations parmi :								
Médecins généralistes en ville	2	0	1	0	1		4	16%
Médecins spécialistes	*	1	*	1	1		3	100%
Nombre de médecins se consacrant à								
Des associations de malades	0	1	1	1	0		3	11%
Des associations de prévention	0	1	0	2	0		3	11%
Des activités de formation	0	4	2	4	3		13	46%
COLLABORATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTE								
Nombre de médecins trouvant la collaboration entre professionnels de santé :								
Très satisfaisante	2	1	1	3	0		7	25%
Plutôt satisfaisante	2	5	2	4	6		19	68%
Peu satisfaisante	0	1	1	0	0		2	7%
Pas-du-tout satisfaisante	0	0	0	0	0		0	0%
AVIS DES MEDECIN SUR L'EXPERIMENTATION								
Nombre de médecins trouvant leurs patients, dans l'ensemble :								
Très satisfaits	0	2	0	2	0		4	14%
Plutôt satisfaits	0	4	3	4	5		16	57%
Peu satisfaits	0	0	0	0	0		0	0%
Pas-du-tout satisfaits	0	0	0	0	0		0	0%
NSP	4	1	1	1	1		8	29%
Nombre de médecins trouvant la répercussion des rendez-vous pharmaceutiques sur leur relation avec les patients :								
Positive	*	2	0	2	4		8	29%
Inexistante	*	5	4	4	2		15	54%
Négative	*	1	0	1	0		2	7%
Nombre de médecins ayant développé une réponse écrite aux questions ouvertes	4	5	4	7	1		21	75%

4 : Résultats des 5 questionnaires titulaires (QT)

TITULAIRES						moyenne	total	%
	Nombre de titulaires concernés						5	
PROFIL DES TITULAIRES ET DES 5 OFFICINES								
Age en 2006	57	51	37	34	53	46		
Sexe								
Féminin	0	1	0	1	0		2	40%
Masculin	1	0	1	0	1		3	60%
Exercice en milieu								
Urbain	0	1	1	0	1		3	60%
Mixte	1	0	0	1	0		2	40%
Rural	0	0	0	0	0		0	0%
Nombre de pharmaciens exerçant	5	3	5	2	4	4		
Nombre de préparateurs exerçant	1	3	2	1	7	3		
Estimation de la clientèle fidélisée	80	90	70	80	20	68		
Dont ordonnances (%)	80	82	85	65	80	78		
Dont conseil (%)	20	18	15	35	20	22		
Répartition de la clientèle								
Enfants (%)	15	20	10	25	15	17		
De 15 à 50 ans (%)	20	10	20	25	24	20		
De 50 à 75 ans (%)	50	30	40	25	60	41		
> à 75 ans (%)	15	40	30	25	1	22		
Se consacrant à des activités								
Relatives à des associations de malades	0	0	0	0	0		0	0%
Relatives à des associations de prévention	0	0	1	1	0		2	40%
De formations, formateur	0	0	1	0	0		1	20%
Autres	0	0	0	1	0		1	20%
Ayant une expérience antérieure en éducation pharmaceutique (hopital, écoles, ...)								
Plusieurs	0	0	0	0	0		0	0%
Au moins 1 fois	0	0	0	0	0		0	0%
Aucune	1	1	1	1	1		5	100%
Combien ont précisé quelle en est la nature?	*	*	*	*	*		0	0%
Temps consacré à chaque patient, en moyenne, avant cette étude, en minutes?	*	15	10	8	13	11		
DEROULEMENT DE L'EXPERIMENTATION								
Ayant aidé l'étudiant dans son projet	1	1	0	0	1		3	60%
Ayant fait des aménagements à l'officine pour favoriser les interventions pharmaceutiques	0	0	1	0	1		2	40%
Dont quel type de modifications :								
Création espace confidentialité	*	*	0	*	0		0	0%
Réservation d'un comptoir à cet effet	*	*	0	*	0		0	0%
Autre	*	*	1	*	1		2	40%
Ayant aménagé des plages horaires pour les prises de rendez-vous	0	0	1	0	1		2	40%
Si oui, ayant choisi ces plages horaires								
En période creuse d'activité	*	*	0	*	0		0	0%
Au hasard	*	*	1	*	1		2	40%
Combien ont expliqué pourquoi?	1	0	1	1	1		4	80%
Pensant que l'organisation de l'officine a été perturbée	0	0	0	0	0		0	0%
Si oui, pharmacien ayant expliqué pourquoi?	*	*	*	*	*		0	0%
Pharmacien ayant accordé des visites à domicile?	1	1	1	0	1		4	80%
Pharmacien ayant expliqué pourquoi oui ou non?	1	1	1	1	0		4	80%
Pharmacien ayant été obligé d'intervenir durant une séance entre l'étudiant et le patient?	0	0	0	0	0		0	0%
Pharmacien ayant expliqué pourquoi oui ou non?	0	0	1	1	0		2	40%
Pharmacien ayant pu mettre en place une collaboration avec d'autres professionnels de santé :								
Systématiquement	0	0	0	0	0		0	0%
Assez souvent	0	0	0	0	1		1	20%
Ponctuellement	1	1	1	0	0		3	60%
Jamais	0	0	0	1	0		1	20%
Pharmacien ayant détaillé lorsqu'ils ont formaliser ces relations?	0	1	1	*	0		2	40%
Pharmacien ayant une opinion sur cette collaboration :								
Très satisfaisante	*	1	0	0	0		1	20%
Plutôt satisfaisante	*	0	1	0	1		2	40%
Peu satisfaisante	*	0	0	1	0		1	20%
Pas-du-tout satisfaisante	*	0	0	0	0		0	0%
Pharmacien ayant détaillé leur avis sur le sujet?	1	0	1	0	0		2	40%
Pharmacien pensant qu'une formation est nécessaire pour effectuer ces rdv?	0	1	1	1	0		3	60%
Pharmacien ayant précisé quel type?	*	1	1	1	*		3	60%
Pharmacien pensant que ce suivi doit être rémunéré?	*	1	1	1	0		3	60%
Pharmacien ayant expliqué pourquoi oui ou non?	1	1	1	1	1		5	100%
Pharmacien pensant que cette activité peut être mise en place au sein de leur officine?	*	1	1	0	1		3	60%
Pharmacien ayant expliqué pourquoi oui ou non?	1	0	1	1	1		4	80%
OPINION SUR L'EXPERIMENTATION								
Pharmacien pensant que leur patient / client ont été :								
Très satisfait	0	1	0	1	1		3	60%
Plutôt satisfait	1	0	1	0	0		2	40%
Peu satisfait	0	0	0	0	0		0	0%
Pas du tout satisfait	0	0	0	0	0		0	0%

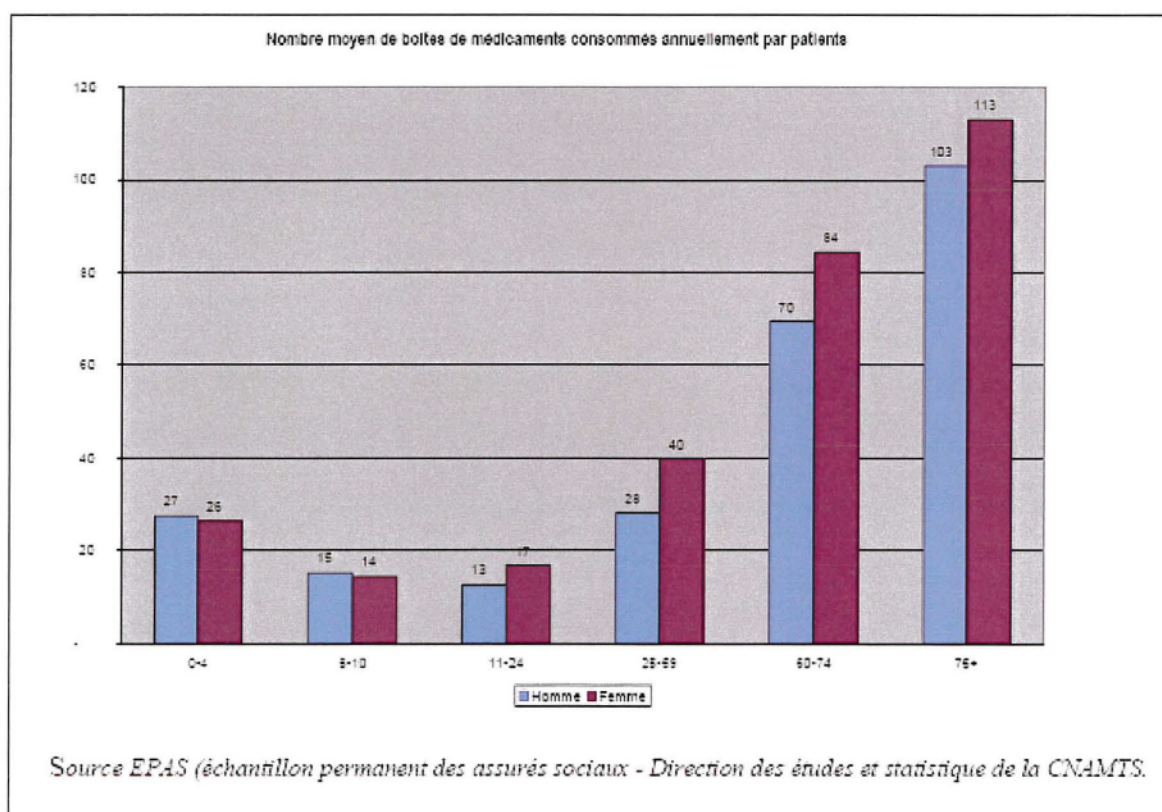
5 : Résultats des 5 questionnaires étudiantes – éducateur – enquêteuses (QE)

ENQUETEUR-EDUCATEUR							moyenne	total	%
PROFIL ETUDIANT									
Nombre d'étudiants									
Age	23	26	24	24	24	24		5	
Ayant déjà travaillé en officine	1	1	1	1	1	1		5	100%
Si oui, combien de temps, en heures	500	645	850	700	1046	748,2			
Formations à l'éducation thérapeutique									
Plusieurs fois	0	0	0	0	0	0		0	0%
Au moins 1 fois	1	1	1	1	1	1		5	100%
Aucune	0	0	0	0	0	0		0	0%
Educations thérapeutiques									
Plusieurs fois	1	0	0	1	0	0		2	40%
Au moins 1 fois	0	1	1	0	1	1		3	60%
Aucune	0	0	0	0	0	0		0	0%
RETOUR D'EXPERIENCE									
Etudiant ayant eu à demander des aides particulières pour répondre à certaines questions?									
Horaires de rendez convenaient-ils?	1	1	0	1	1	1		4	80%
Durée des rdv est estimée comme	1	1	1	1	1	1		5	100%
Longue	1	0	0	0	0	0		1	20%
Adaptée	0	1	1	1	1	1		4	80%
Courte	0	0	0	0	0	0		0	0%
Nombre de rencontres fixées au départ estimé suffisant pour répondre aux questions									
Etudiants n'ayant pas apprécié certaines choses désagréables ou contraignantes	1	1	0	1	1	1		4	80%
Etudiants ayant été mis en difficultés sur le plan moral ou relationnel	1	1	0	1	0	0		3	60%
Etudiants pensant qu'une formation soit nécessaire pour effectuer ces rdv	0	1	0	0	0	0		1	20%
Etudiants pensant que, dans certains cas, un soutien psy pour l'éducateur serait nécessaire	1	1	1	1	1	1		5	100%
Appréciation globale sur l'étude :	0	1	1	0	1	1		3	60%
Très satisfait	0	0	0	1	0	0		1	20%
Plutôt satisfait	1	1	1	0	1	1		4	80%
Peu satisfait	0	0	0	0	0	0		0	0%
Pas du tout satisfait	0	0	0	0	0	0		0	0%
RAPPORT BENEFICE / TEMPS CONSACRE									
Etudiant conforté quant à l'importance du conseil et de l'éducation thérapeutique en officine									
Etudiant conforté quant à l'importance du conseil et de l'éducation thérapeutique en officine	1	1	1	1	1	1		5	100%
RAPPORT BENEFICE / TEMPS CONSACRE									
Rapport bénéfice / temps passé estimé comme étant :									
Suffisant	0	0	1	0	1	1		2	40%
Faible	0	1	0	0	0	0		1	20%
Inexistant	0	0	0	0	0	0		0	0%
Non évaluable	1	0	0	1	0	0		2	40%
Négatif	0	0	0	0	0	0		0	0%
DIAGNOSTIC THERAPEUTIQUE									
L'étudiant a trouvé la réalisation d'un diagnostic thérapeutique :									
Aisée	0	0	0	0	0	0		0	0%
Complexe	1	1	1	1	1	1		5	100%
Impossible	0	0	0	0	0	0		0	0%
DOSSIER PATIENT									
Combien d'étudiants estiment que certaines données sont accessibles directement à l'officine?									
Remplir ce dossier en dialoguant avec le patient (sans questionnement directif) a semblé à l'étudiant :	1	1	1	1	1	1		5	100%
Facile (1 pour OUI, sur 5 étudiants)	1	1	1	1	1	1		5	100%
Complexe (1 pour OUI, sur 5 étudiants)	0	0	0	0	0	0		0	0%
Impossible (1 pour OUI, sur 5 étudiants)	0	0	0	0	0	0		0	0%
L'étudiant est parvenu à remplir ce dossier en dialoguant avec le patient :									
Sans l'aide du dossier papier (1 pour OUI, sur 5 étudiants)	1	0	0	0	0	0		1	20%
En regardant ponctuellement le dossier papier (1 pour OUI, sur 5 étudiants)	0	0	1	1	1	1		3	60%
En lisant régulièrement le dossier papier (1 pour OUI, sur 5 étudiants)	0	1	0	0	0	0		1	20%
Etudiants estimant que certains critères sont délicats à aborder?	0	0	0	0	0	0		0	0%
QUESTIONNAIRES AUX PATIENTS									
Etudiants ayant fait remplir les questionnaires patients :									
De façon croisée entre enquêteurs, par téléphone	8	6	3	9	7	7		33	85%
L'enquêteur lui-même, par téléphone	0	0	1	0	0	0		1	3%
En rendez-vous avec le patient	0	1	3	0	0	0		4	10%
Par échange postal	1	0	0	0	0	0		1	3%
Autre	0	0	0	0	0	0		0	0%
TOTAL QUESTIONNAIRES POSES AUX PATIENTS	9	7	7	9	7	7		39	91%

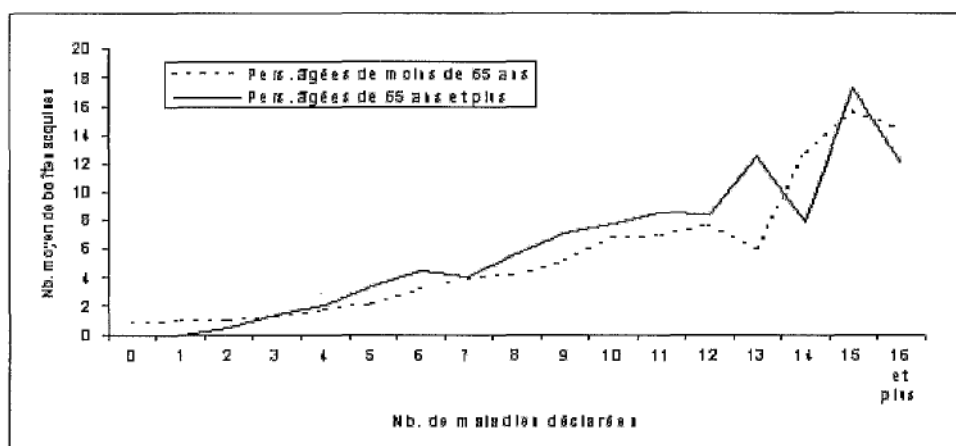
Annexe 19 : Enquête décennale santé 2002-2003, INSEE, France métropolitaine, population 18 ans et plus, déclarant au moins une maladie chronique, Nombre moyen de maladies déclarées par genre et groupes d'âge

Groupes d'âges	Maladies chroniques		Maladies non chroniques	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
18-29	1,4	1,6	1,3	1,4
30-44	1,5	1,7	1,4	1,5
45-59	1,9	2,1	1,6	1,7
60-74	2,1	2,6	1,8	1,9
75 et plus	2,6	2,9	1,8	2,1

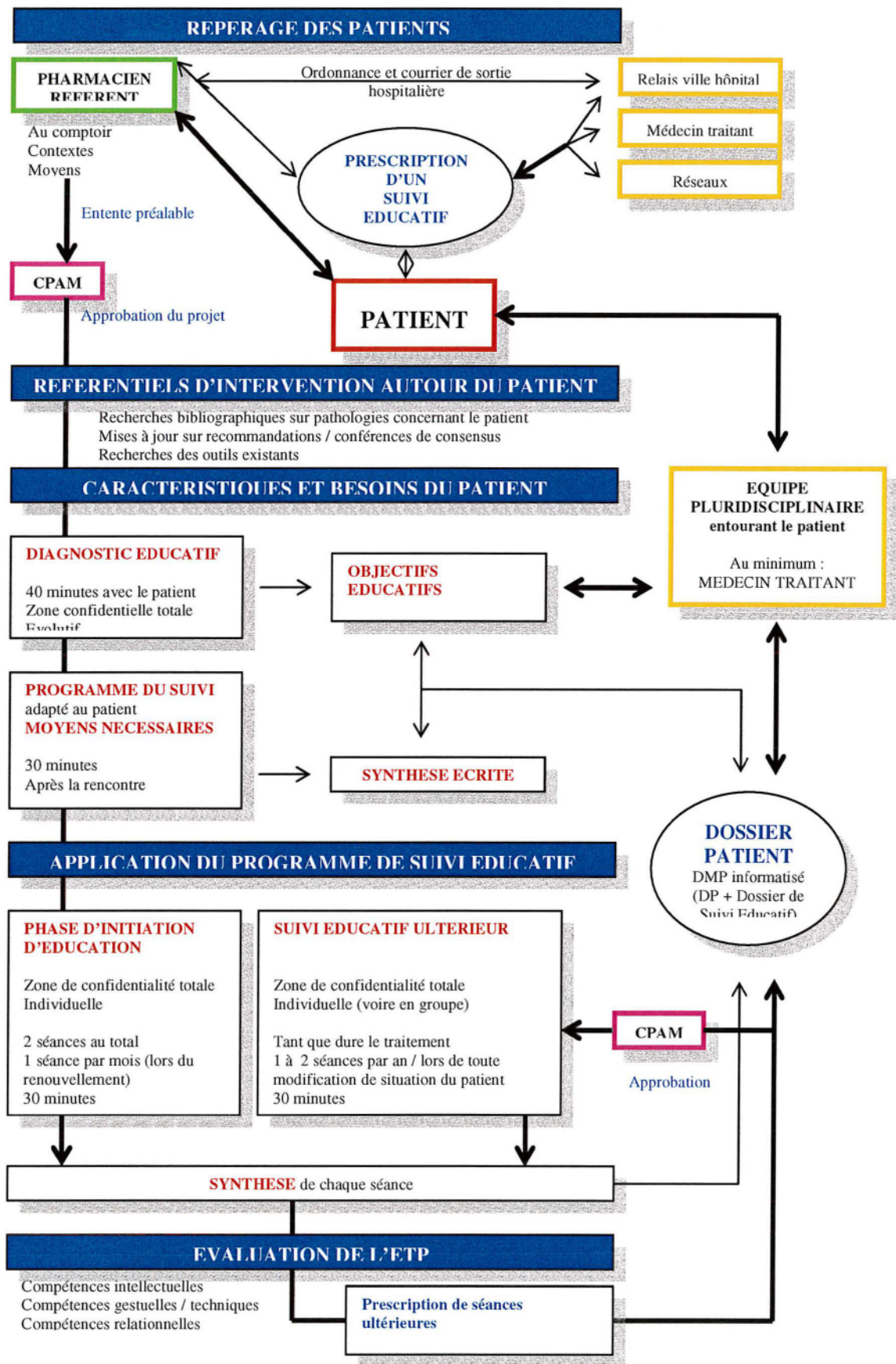
Annexe 20 : Nombre moyen de boîtes de médicaments consommés annuellement par patients



Annexe 21 : Consommation médicamenteuse chez le sujet âgé¹⁸⁶



Annexe 22: Schéma bilan du projet de suivi éducatif du patient



ANNEXES ASTHME ET
BRONCHO-PNEUMOPATHIE
CHRONIQUE OBSTRUCTIVE

Annexe A/BPCO 1: Exemple de plan d'action écrit personnalisé d'après M.R. Partridge¹⁸⁷

SELF MANAGEMENT PLAN

ZONE 1

Your asthma is under control if

- it does not disturb your sleep
- it does not restrict your usual activities

and

- your peak flow readings are above _____

ACTION

Your preventer is

You should normally take

_____ puffs/doses
_____ times every day (using a spacer),
even when you are feeling well

Your reliever is

You should normally only take it when you are
short of breath, coughing or wheezing, or before exercise

Your other medicines are

ZONE 2

Your doctor or nurse may decide not to use this zone

Your asthma is getting worse if

- you are needing to use you

(reliever inhaler) more than usual

- you are waking at night with asthma symptoms

and

- your peak flow readings have fallen to between _____ and _____

ACTION

Increase your usual medicines

- increase your

(preventer inhaler) to

- Continue to take your

(reliever inhaler) to relieve your asthma symptoms

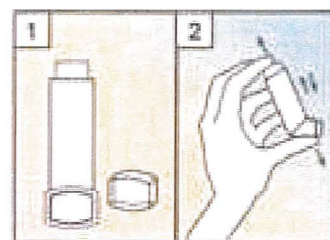
Annexe A/BPCO 2: Mode d'emploi d'un aérosol doseur pressurisé

AEROSOL DOSEUR PRESSURISE

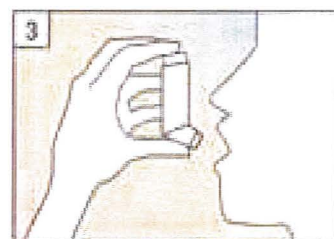


1. Retirer le capuchon,

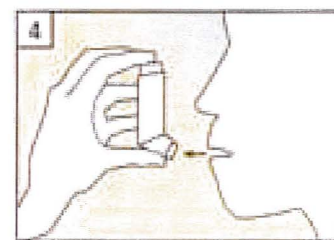
2. Agiter le flacon,



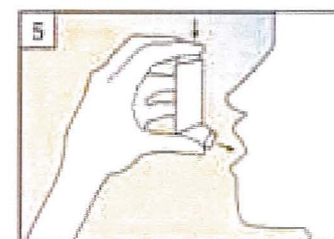
3. Expirer à fond afin de vider les poumons,



4. Maintenir le flacon dans la bouche en fermant les lèvres autour,



5. Appuyer afin de libérer une bouffée tout en inspirant à fond,



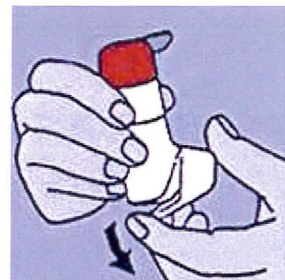
6. Garder la bouche fermée et maintenir sa respiration pendant 5 à 10 secondes

Annexe A/BPCO 3 : Mode d'emploi d'un autohaler

AUTOHALER



1. Oter le capuchon,



2. Soulever le levier, l'appareil est alors armé



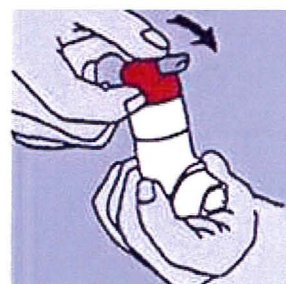
3. Expirer à fond afin de vider les poumons

4. Inspirer à fond, la dose est alors délivrée


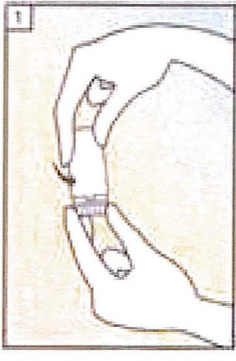
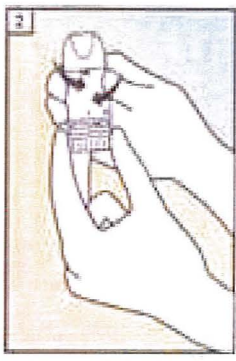
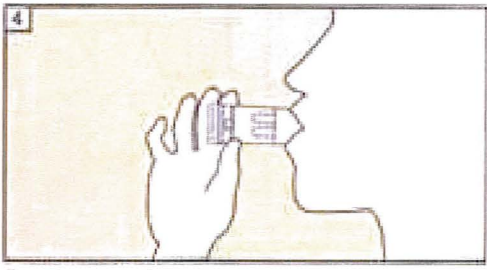


5. Fermer la bouche et retenir son souffle 5 à 10 secondes

6. Rabaisser le levier



Annexe A/BPCO 4 : Mode d'emploi d'un turbuhaler

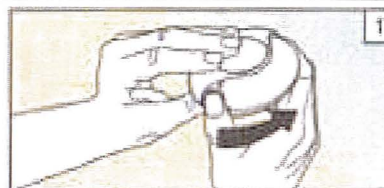
<h2 style="text-align: center;">TURBUHALER</h2>	
<p>1. Dévisser et enlever le capuchon,</p>	
<p>2. Tourner la molette à droite puis à gauche jusqu'à entendre le clic</p>	
<p>3. Expirer hors du dispositif</p>	
<p>4. Placer le dispositif entre les lèvres et les dents et inspirer à fond</p>	 <small>© asthme-quebec.ca</small>
<p>5. Retenir la respiration 5 à 10 secondes</p>	

Annexe A/BPCO 5 : Mode d'emploi d'un Diskus

DISKUS



1. Placer le pouce dans l'encoche et pousser le boîtier pivotant le plus loin possible vers l'arrière.

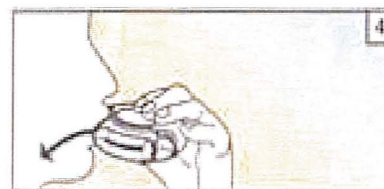


2. Refaire le même mouvement avec le levier jusqu'au déclic.

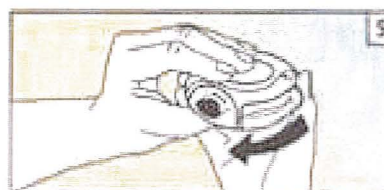


3. Lever la tête. Expirer hors du dispositif.

4. Placer l'embout buccal entre les lèvres.
Inspirer profondément par la bouche.



5. Retenir la respiration 5 à 10 secondes.



6. Refermer le dispositif après utilisation

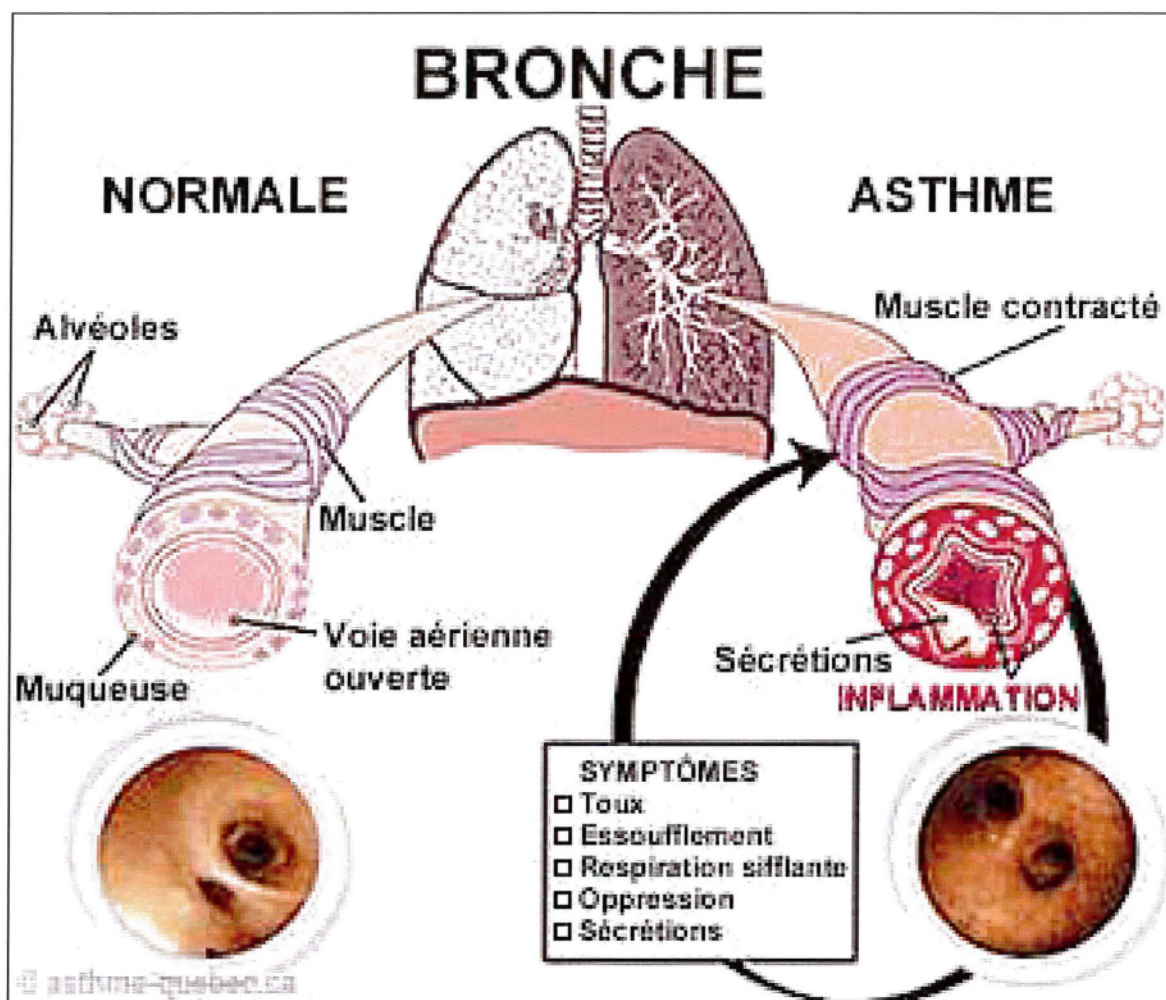
Annexe A/BPCO 6 : Mode d'emploi d'un inhalateur de poudre

INHALATEUR DE POUDRE

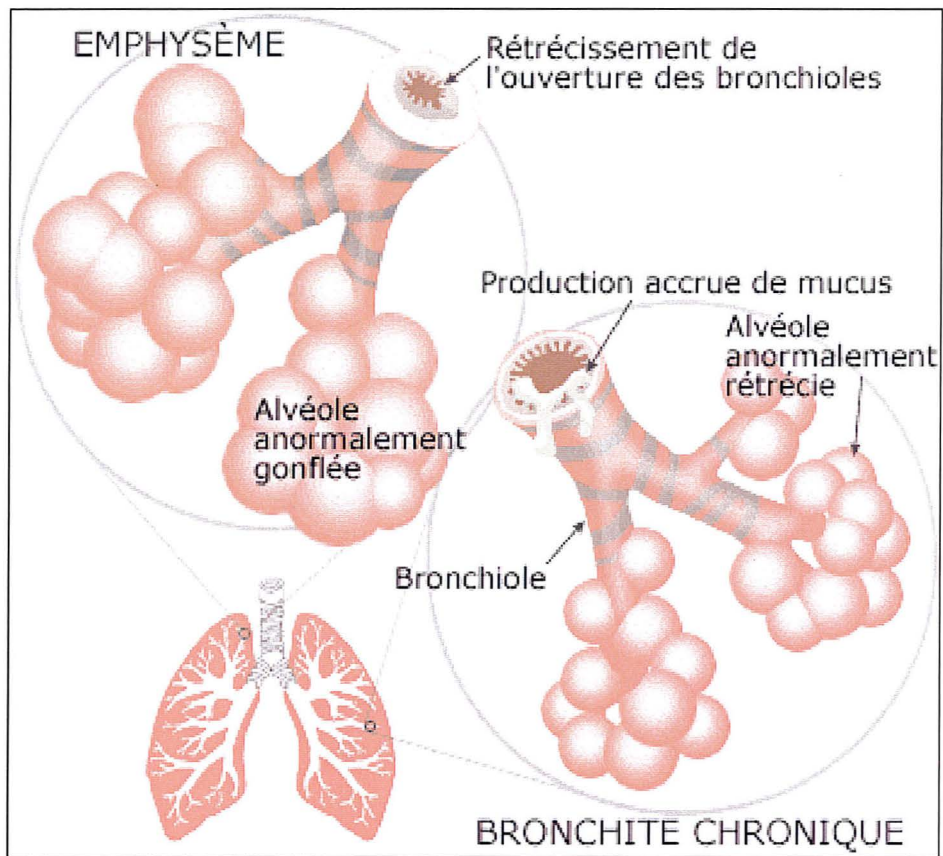


1. Retirer le capuchon ;
2. Faire pivoter l'embout buccal dans le sens de la flèche ;
3. Placer une gélule dans la logette ;
4. Remettre l'embout buccal en position initiale puis appuyer sur les deux boutons presseurs, puis relâcher ;
5. Expirer à fond, puis inspirer profondément à travers l'embout buccal. Retenir sa respiration 5 à 10 secondes ;
6. Enlever la gélule vide.

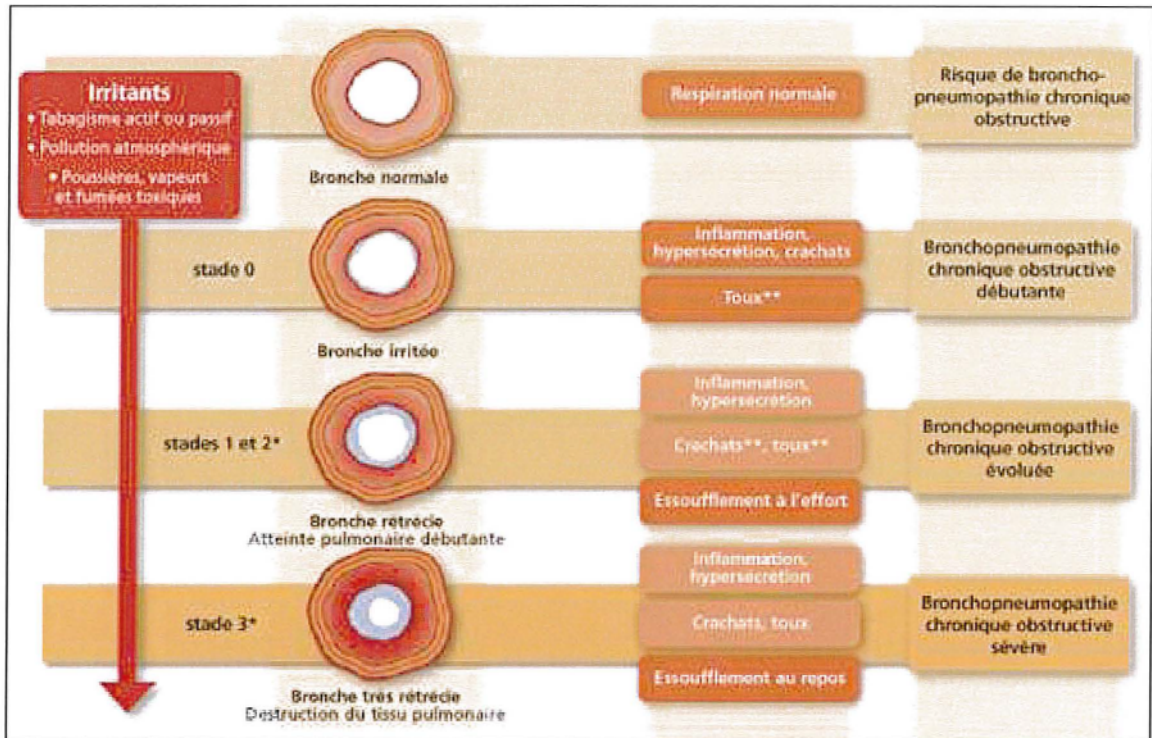
Annexe A/BPCO 7: Différences entre une bronche asthmatique et une bronche normale.



Annexe A/BPCO 8: Physiopathologie de la Bronchite Pulmonaire Chronique Obstructive :

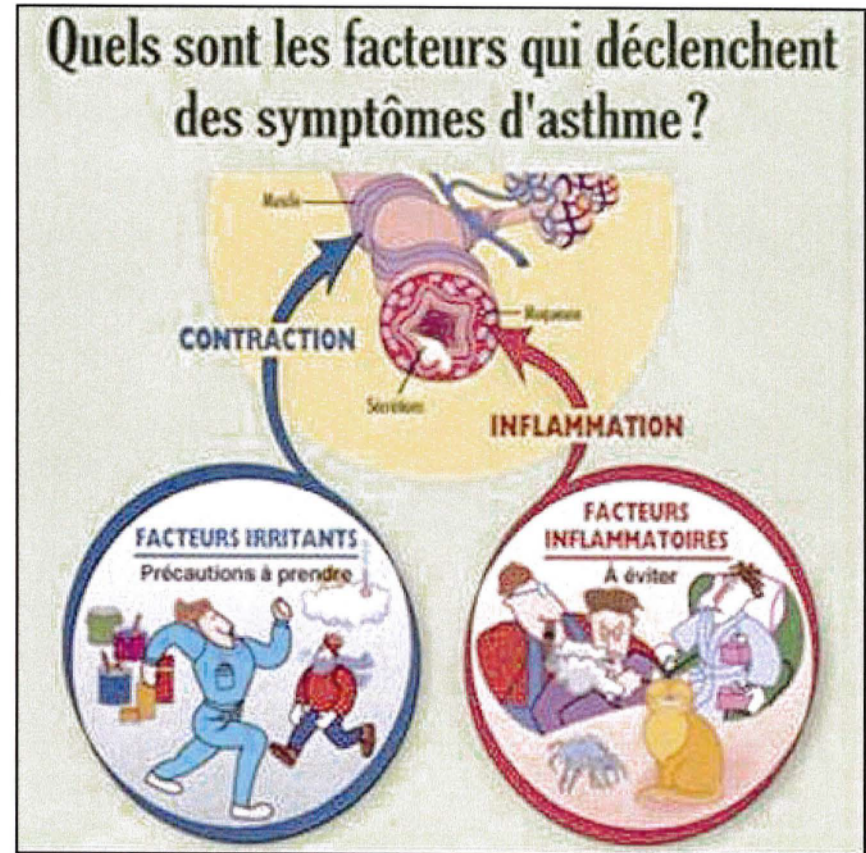
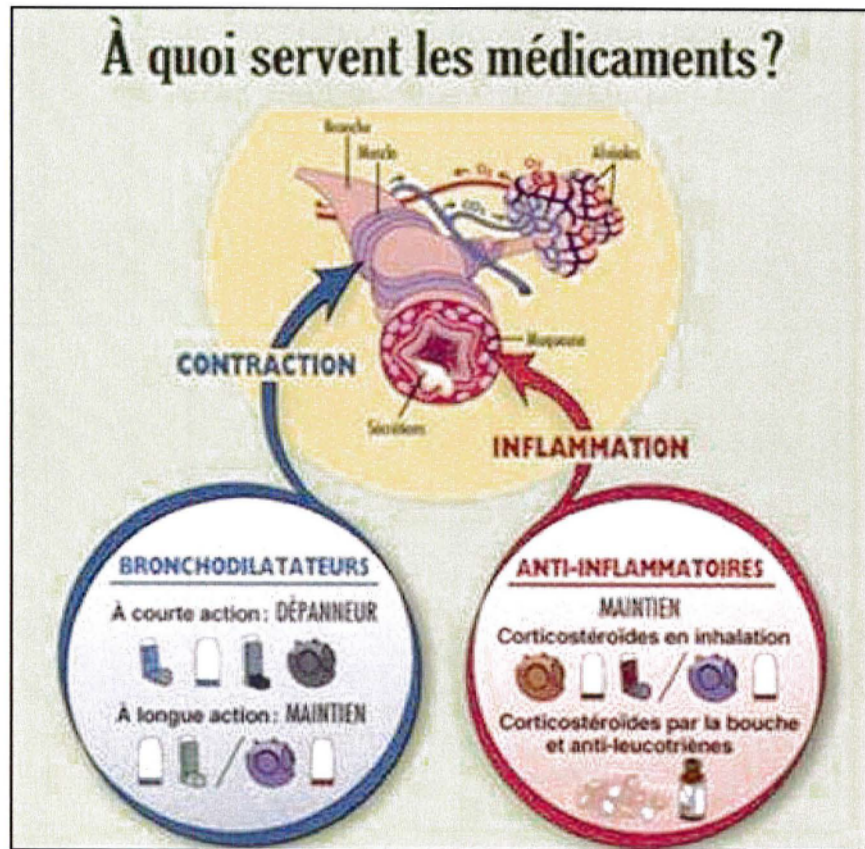


Annexe A/BPCO 9: Les différents stades de gravité de la BPCO



Annexe A/BPCO 11: Action des différents traitements d'après www.asthme-quebec.ca

Annexe A/BPCO 10: Les facteurs déclenchants d'une crise d'asthme d'après www.asthme-quebec.ca



Annexe A/BPCO 12: Le modèle respiratoire



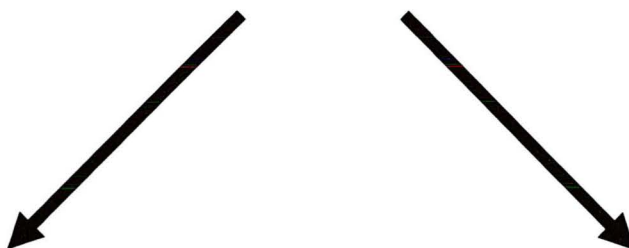
Annexe A/BPCO 13: Le jeu de memory



Annexe A/BPCO 14: Le fichier Power Point pour établir un bilan des séances précédentes

Pour le traitement de l'asthme,

- Il n'y a qu'un traitement pour la crise?, Réponse
- Il y un traitement à prendre tous les jours, et un en cas de crise?, Réponse
- Il n'y a qu'un traitement pour tous les jours? Réponse



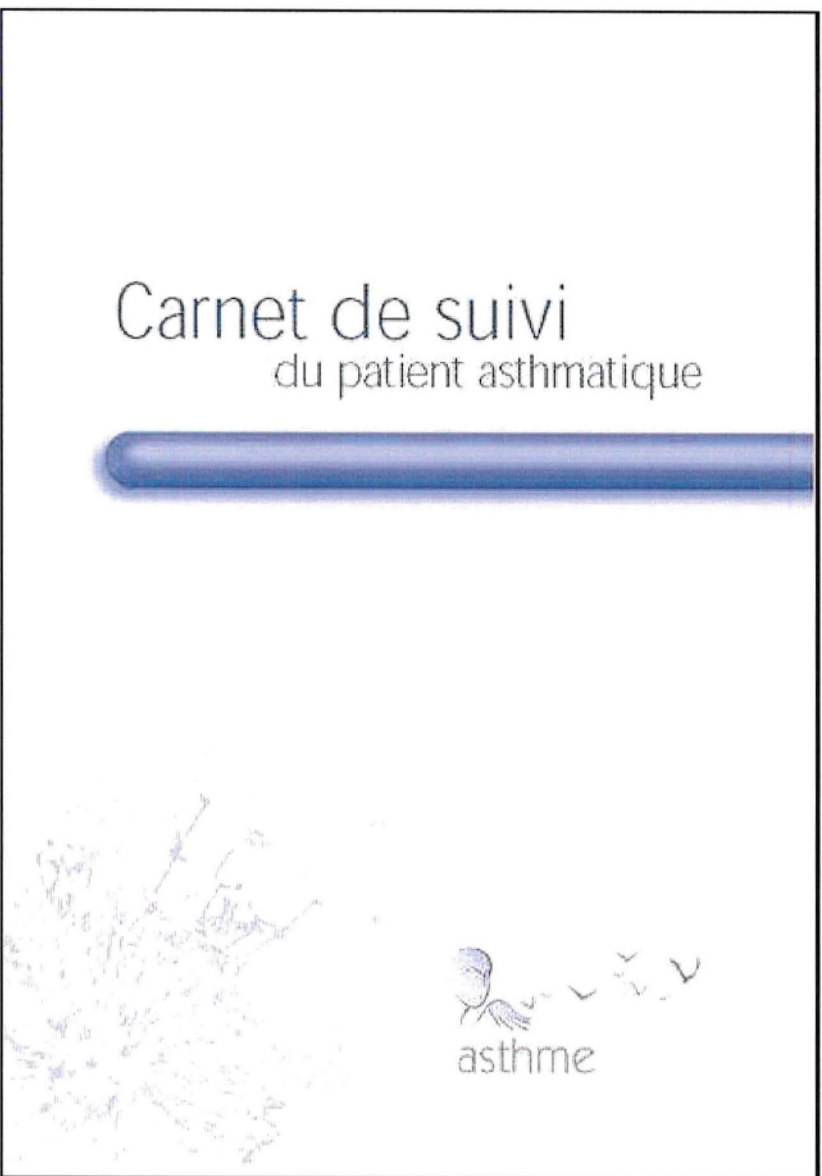
MAUVAISE
REPONSE!



BRAVO!



[retour](#)



 **SOMMAIRE**

QU'EST CE QUE L'ASTHME ? page 5

MON ASTHME page 9

MA MALADIE page 9

MON TRAITEMENT page 11

MON HYGIENE DE VIE page 15

LE PEAK FLOW page 17

PLAN DE GUIDANCE page 19

SUIVI DU "DEP" SUR DEUX MOIS page 21

NOTES page 45



QU'EST CE QUE L'ASTHME ?

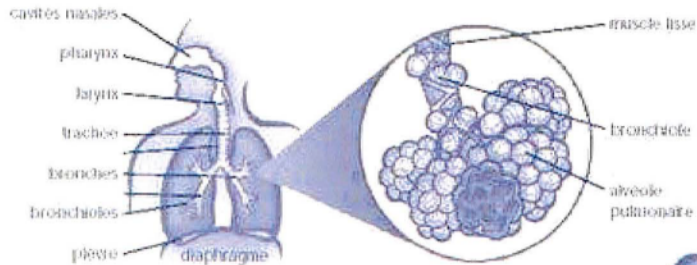
Définition

L'asthme est une maladie inflammatoire chronique des bronchioles provoquant des crises récurrentes de toux, de gêne respiratoire sifflantes, d'oppression thoracique spontanée, survenant le plus souvent au cours de la nuit. L'asthme est lié à un trouble ventilatoire obstructif. Les crises d'une durée de 15 à 20 minutes disparaissent rarement de façon spontanée et nécessitent donc un traitement spécifique rapide.

Mécanismes de l'asthme

LA RESPIRATION

Respirer est vital puisque cela permet d'apporter aux organes et aux muscles l'oxygène nécessaire à leur bon fonctionnement. La respiration associe deux mouvements : l'inspiration et l'expiration. L'oxygène inspiré chemine dans les voies aériennes supérieures, puis inférieures pour arriver dans les alvéoles pulmonaires où ont lieu les échanges de gaz (l'oxygène passe des alvéoles dans le sang et le gaz carbonique du sang vers l'alvéole).



5

LES TROIS MÉCANISMES DE L'ASTHME :

- 1 L'inflammation de la bronchiole résulte de deux mécanismes :
 - un épaissement de la bronche (œdème bronchique = 1^{er} mécanisme).
 - une sécrétion de mucus (hypersecretion bronchique = 2^{ème} mécanisme).

L'inflammation bronchique est le mécanisme principal de l'asthme. À partir d'un certain stade de gravité cette inflammation devient **permanente**.

Elle doit être traitée par des anti-inflammatoires.

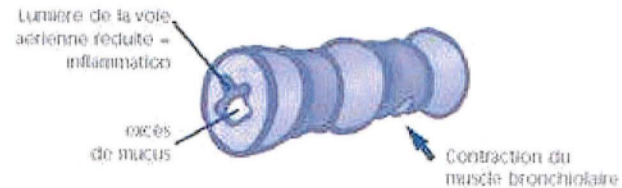
- 2 La contraction du muscle bronchiolaire (ou spasme bronchiolaire = 3^{ème} mécanisme) est un mécanisme qui n'intervient que lors de la crise d'asthme.

Aspect d'une bronchiole normale



Bronche saine entourée par une gaine musculaire lisse.

Aspect d'une bronchiole d'un sujet asthmatique



Inflammation et hypersecretion de la bronchiole.

6

7 Les 4 stades de la maladie

Le diagnostic et le traitement de l'asthme font l'objet de recommandations internationales. Quatre stades de gravité sont définis en fonction des symptômes nocturnes et diurnes, ainsi que des résultats du Debit Expiratoire de Pointe (DEP). A chaque stade correspond un traitement précis :

Stade 1 (asthme intermittent) : utilisation de bronchodilatateurs seuls.

Stade 2 (persistant léger), **stade 3** (persistant modéré) et **stade 4** (persistant sévère) : utilisation de médicaments anti-inflammatoires corticoides locaux + bronchodilatateurs d'action retardée.

8 Quels sont les traitements médicamenteux ?

- **Traitement de la crise** : bronchodilatateurs qui lèvent le spasme des bronchioles. (symptômes occasionnels ou immédiats) par exemple la Salbutamol® (Ventoline) ou le Bricanyl® (Ipratropine).
- **Traitement de fond** : anti-inflammatoires qui réduisent l'inflammation des bronchioles et la production de mucus. Ils calment également la toux, la respiration sifflante et l'essoufflement (exemples : Flunisolide® (Budésonide), Fluticadone® (Fluticasone)...). Les anti-inflammatoires sont généralement associés à un bronchodilatateur d'action prolongée.

Les anti-inflammatoires sont absolument nécessaires dès le stade 2.

9 Prise en charge non médicamenteuse

Les seuls médicaments ne sont pas suffisants pour équilibrer un asthme. D'autres types de prise en charge doivent y être

associés tels que l'éducation thérapeutique, le contrôle de l'environnement, et la pratique d'un sport.

L'éducation du patient fait partie intégrante de la prise en charge de l'asthme. Il s'agit d'un processus centré sur le patient avec création d'un partenariat entre médecin et patient qui vise à :

- lui faire comprendre sa maladie et le traitement ;
- coopérer avec les soignants ;
- vivre le plus normalement possible sur le plan personnel, professionnel, sportif... ;
- maintenir ou améliorer sa qualité de vie.

Ce processus doit permettre au patient d'accéder à son autonomie et à une autogestion optimale de sa maladie.

Pour ce faire il existe sur Besançon une structure spécialisée : le Centre d'Education Respiratoire (CER).

Le CER "école de l'asthme" permet aux patients asthmatiques de bien vivre leur asthme grâce à des programmes de formation personnalisés, élaborés en accord avec le médecin traitant (généraliste ou pneumologue).

L'équipe éducative est composée de deux personnes (une kinésithérapeute et une infirmière puéricultrice) qui ont reçu une formation spécifique en éducation du patient. Grâce à des outils d'éducation divers et adaptés à chaque patient, le CER apprend aux malades asthmatiques à autogérer leur pathologie et de ce fait à améliorer leur qualité de vie. Des séances individuelles et collectives leur permettent de rencontrer leur vécu de la maladie ainsi que les difficultés rencontrées) sont proposées.

MON ASTHME

MA MALADIE

Si besoin, à remplir avec mon médecin.

1 A quel stade de gravité je me situe ?

.....

Quel est le nombre de crises d'asthme par semaine ?
 Combien de fois, je me réveille la nuit ?
 Quelles sont les répercussions de mon asthme sur la vie de tous les jours, ma profession, mes loisirs, mon activité sportive ?

.....

.....

.....

2 Quel est généralement mon Débit Expiratoire de Pointe ? (voir p.15)

.....

.....

3 Date de début de mes premières manifestations asthmatiques (âge) ?

.....

9

4 Quelles sont la (ou les) causes de mon asthme ?

.....

.....

5 Qu'est ce qui déclenche une crise chez moi ?

- effort
- infections ORL ou bronchiques
- acariens
- stress
- facteurs psychologiques
- animaux domestiques
- vapeurs et fumées irritantes
- allergies alimentaires
- allergies médicamenteuses
- allergies professionnelles
- pollution
- facteurs météorologiques
- autres :

.....

.....

6 Quels sont les facteurs aggravants de mon asthme ?

(tabac, froid, humidité, stress, effort, fumée...)

.....

.....

.....

.....

10

10 Quels sont les signes qui chez moi sont graves et m'incitent à appeler d'urgence un médecin ?

.....

.....

.....

MON TRAITEMENT

Si besoin, à remplir avec mon médecin.

11 Quel est mon traitement journalier (du stade 2 au stade 4) ?

- Traitement de fond

Bronchodilatateur général et local de longue durée d'action :

Nom :

Doses :

Horaires des prises :

Durée du traitement :

Anti-inflammatoire :

Nom :

Doses :

Horaires des prises :

Durée d'action :

Durée du traitement :

11

- Si la cause de mon asthme est allergique :

- Traitement anti-allergique médicamenteux :

Nom :

Doses :

Horaires des prises :

Durée d'action :

Durée du traitement :

- Désensibilisation :

ancienne, à quel allergie ?

en cours, à quel allergie ?

12 Mon traitement de crise

Quand dois-je le prendre ?

Nom :

Doses :

Durée d'action :

Durée du traitement :

13 Remarques générales sur mon traitement :

Est-ce que je sais bien manipuler mes médicaments (sprays - poudre - suspension - sprays avec chambre d'inhalation) ?

.....

.....

.....

12

Quels types de présentation me convient le mieux (sprays - poudre - suspension - sprays avec chambre d'inhalation) ?
Pourquoi ?

.....

Est-ce que j'utilise une chambre d'inhalation ?

- Oui
- Non

Quels types de présentation ne me conviennent pas du tout ?
Pourquoi ?

.....

Qu'est ce qui est le plus pratique pour moi ?
Pourquoi ?

.....

13 Dernière hospitalisation en urgence pour mon asthme :

- Oui le
Ou
- Non jamais



14 Rythme habituel des consultations auprès de mon médecin :

Généraliste :

.....

Spécialiste :

.....

15 Date et résultats de mon dernier bilan respiratoire (en particulier Exploration Fonctionnelle Respiratoire) :

.....

16 Date des résultats de mes derniers gaz du sang :

.....



MON HYGIENE DE VIE

Si besoin, à remplir avec mon médecin.

Quels sont les facteurs déclenchants et aggravants dans :

15 Mon environnement (local d'habitation, établissement scolaire ...):

.....
.....
.....
.....

Quelles solutions sont à envisager pour diminuer le caractère agressif de cet environnement ?

.....
.....

16 Ma vie professionnelle (environnement...):

.....
.....
.....
.....

Quelles solutions sont à envisager pour réduire le risque d'entretien et/ou de réactivation de mon asthme ?

.....
.....

15

17 Mes loisirs (sport...):

.....
.....
.....
.....

Quelles solutions sont à envisager ?

.....
.....
.....

17

LE PEAK FLOW

**Instrument indispensable
pour un contrôle optimal de l'asthme
et un bon suivi de la maladie.**

Pourquoi est-ce important de mesurer son Débit Expiratoire de Pointe (DEP) ?

- Pour suivre l'évolution de la maladie et adapter le traitement en conséquence.
- Pour mesurer l'efficacité d'un médicament avant et après sa prise.
- Pour prévoir une crise : le DEP chute avant que les signes apparaissent.

Comment utiliser le peak flow ?

- Mettre le curseur en bas de la graduation.
- Se tenir debout.
- Prendre le peak flow horizontalement.
- Gonfler la poitrine au maximum, bouche cuverte.
- Introduire l'embout dans la bouche.
- Souffler d'un seul coup, le plus fort et le plus vite possible.
- Noter la valeur obtenue.
- Recommencer l'opération 3 fois et garder la valeur la plus élevée.

17

A quels moments mesurer son DEP ?

Régulièrement :

Deux fois par jour, le matin et le soir pendant un à deux mois pour préciser le DEP de référence.

En cas de gêne respiratoire :

Dès le début de celle-ci et 10 - 15 minutes après la prise de mon traitement bronchodilatateur immédiat habituel.

18

PLAN DE GUIDANCE

A remplir avec mon médecin.

Ce système classe les niveaux de contrôle de l'asthme en différentes zones basées sur la fréquence et la gravité des symptômes et les valeurs du DEP.
Ce système détermine alors le traitement pour chaque zone.

Zone verte : tout va bien

- Pas de gêne respiratoire, ni toux ni sifflements : pas de perturbation du sommeil, peut faire toutes les activités habituelles.
- Valeur du DEP = (au-dessus du DEP de référence).
- Traitement :
Nom du médicament :
Doses :
Horaire de prise :

Zone orange : adapter le traitement pour empêcher une aggravation de la crise

- Symptômes : toux, sifflement, oppression, sommeil trouble
- Valeur du DEP = (inférieur au DEP de référence)
- Traitement :
Nom du médicament :
Doses :
Horaire de prise :

19

Zone rouge : danger

**appeler tout de suite le médecin
et prendre ses médicaments en attendant**

- Symptômes : respiration difficile et rapide, médicaments inefficaces, parole difficile, marche impossible...
- Valeur du DEP = (très inférieur au DEP de référence)
- Traitement :
Nom du médicament :
Doses :
Horaire de prise :

20

SUIVI DU "DEP" SUR DEUX MOIS

1 **Pour chaque semaine :**

Remplir le tableau avec les résultats du DEP (p.20)

Tracer la courbe du DEP (p.21)

Pour chaque graphique, trois zones sont déjà délimitées (de haut en bas = zones verte, orange et rouge).

Les valeurs du DEP qui délimitent chaque zone sont à remplir avec le médecin et doivent correspondre aux valeurs notées dans le plan de guidance (p.21).

1 **NB :**

Dans ce carnet neuf semaines de suivi sont prévues, mais si le besoin d'avoir un suivi plus long se fait sentir, il est possible de :

- reproduire les semainiers et les graphiques pour tracer les courbes de DEP (photocopier des derniers tableau et graphique du carnet),
- demander un carnet.

Semaine 1		lundi		mardi		mercredi		jeudi		vendredi		samedi		dimanche	
Valeurs du DEP		Matin	Soir	Matin	Soir	Matin	Soir	Matin	Soir	Matin	Soir	Matin	Soir	Matin	Soir
Médicaments		Nom (s)	Doses	Nom (s)	Doses	Nom (s)	Doses	Nom (s)	Doses	Nom (s)	Doses	Nom (s)	Doses	Nom (s)	Doses
Si je me sens		DEF avant	DEF après	DEF avant	DEF après	DEF avant	DEF après	DEF avant	DEF après	DEF avant	DEF après	DEF avant	DEF après	DEF avant	DEF après
Nombre de doses de l'acétylsalicylate (ETANORIN, par exemple)															

2

↳ Comment soigner les allergies respiratoires ?

↳ Il s'agit d'éviter, lorsque c'est possible, le contact avec les allergènes ←

Ecarter les animaux de compagnie de la maison ou les laver régulièrement, et leur interdire l'accès aux chambres à coucher; enlever les moquettes (véritables réservoirs d'allergènes)

Pour lutter contre les acariens, des mesures d'hygiène s'imposent :

- avoir une literie synthétique, éventuellement complétée d'une housse anti-acariens
- enlever de la chambre tous les réservoirs à acariens : tapis, moquette, double rideaux, ...
- aérer régulièrement la pièce, éliminer les sources d'humidité et maintenir une température autour de 19°/20° C maximum
- passer régulièrement l'aspirateur et si besoin, utiliser un produit acaricide

Contre les blattes, on aura recours aux procédés habituels de désinfection.

Pour minimiser l'exposition au pollen, des calendriers polliniques sont dressés région par région, espèce par espèce et permettent d'éviter les lieux "à risque" suivant la période.

↳ Et de compléter, si nécessaire, avec un traitement ←

A la suite d'une consultation médicale, le médecin pourra mettre en place:

- ✓ Un traitement médicamenteux adapté:
 - un traitement des symptômes aigus : prise ponctuelle de médicaments permettant de soulager les symptômes,
 - un traitement de fond : prise régulière de médicaments en prévention des manifestations allergiques.
- ✓ Une désensibilisation qui a pour but de rendre moins sensible à l'allergène en pratiquant des administrations répétées (voie injectable ou sublinguale) de la substance incriminée. Elle permet ainsi de diminuer, voire d'arrêter, le traitement quotidien en cours s'il existe.

Pour en savoir +

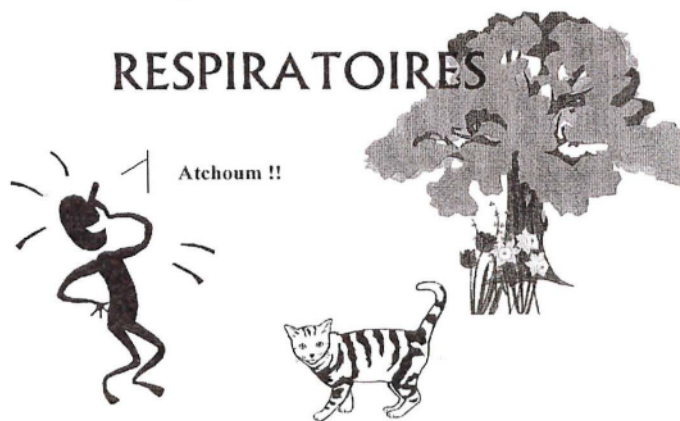
"Allergie, idées reçues" - Ouvrage coordonné par le Pr. F-B MICHEL, Edition Le Cavalier Bleu

Comité d'Éducation Sanitaire et Sociale de la Pharmacie Française
4, avenue Ruysdaël - TSA 500 36 - 75379 Paris Cedex 08



Un français sur cinq est allergique
Une fois sur deux, cette allergie est respiratoire

LES ALLERGIES RESPIRATOIRES



Votre pharmacien vous informe...

Les allergies respiratoires

L'allergie est un état de sensibilité particulière pour des substances - les **allergènes**. L'organisme se défend de façon exagérée. Dans le cas d'une allergie respiratoire, les symptômes se manifestent au niveau du nez et/ou des bronches.

Les allergies respiratoires

Les allergies respiratoires ont une composante héréditaire certaine. Elles se manifestent 2 fois sur 3 chez l'enfant dont les deux parents sont allergiques et 1 fois sur 2 si un seul parent est atteint.

Les allergènes " aériens "

Les allergènes aériens sont des substances que l'on trouve dans l'air intérieur ou extérieur et qui sont susceptibles de déclencher des allergies.

Les acariens

Petits arthropodes mesurant moins d'un demi-millimètre, ils se comptent par millions dans nos literies, tapis, canapés, ... où ils se nourrissent des débris de peau et de poils. En soit, ils sont tout à fait inoffensifs pour l'homme, cependant les protéines de leur carapace et de leurs déjections peuvent donner lieu à des réactions allergiques.

Les pollens

Les pollens sont des particules microscopiques libérées par les plantes dans l'atmosphère pour permettre leur fécondation.

Les principales plantes allergisantes sont des arbres tels que le cyprès, le bouleau, le chêne, le platane, le frêne ... ou des herbacées comme les graminées (avoine, blé, chiendent, ...), l'armoise, l'ambroisie ou la pariétaire.

L'allergie se révèle principalement lors du pic de pollinisation de ces plantes (généralement, printemps pour les arbres et été pour les herbacées).

Certaines plantes donnent des réactions croisées entre elles : Si vous êtes allergique à l'une, méfiez-vous des autres !

Les poils, plumes, squames d'animaux

Il arrive que l'homme développe une allergie en présence de chats, chiens, petits rongeurs (hamsters, souris, ...) et certains oiseaux (perruches et perroquets). Les allergènes des animaux se dispersent dans l'air sous forme de petites particules facilement inhalées.

D'un tout autre genre, la **blatte** (ou cafard) entre dans la catégorie des allergènes de la maison. Les éléments allergisant (débris, déjections de l'insecte) sont véhiculés par la poussière.

Les moisissures

Ce sont des champignons microscopiques. Elles font partie de notre environnement normal, et peuvent être responsables de symptômes allergiques respiratoires chez l'individu sensibilisé.

Autres facteurs favorisant l'apparition d'allergies respiratoires

- la fumée de tabac,
- la pollution atmosphérique (ex: particules en suspension, gaz d'échappement émis par les automobiles ...),
- la pollution dans la maison (ex: oxydes d'azote produits par les cuisinières et chauffe-eau à gaz, composés organiques volatils des peintures et cosmétiques ...).

❧ Comment se manifestent les allergies respiratoires ?

La réaction allergique peut se manifester toute l'année ou de manière saisonnière suivant la présence ou non de l'allergène.

✓ La **rhinite allergique** se manifeste le plus souvent par des éternuements en salves, un écoulement nasal clair puis une obstruction et des démangeaisons du nez. Elle peut s'associer à une conjonctivite. En l'absence de traitement, une évolution vers l'asthme est possible.

✓ Dans certains cas, des allergènes aériens peuvent déclencher une **crise d'asthme**. L'asthme est une maladie inflammatoire chronique des bronches. Elle se manifeste par une gêne respiratoire, une impression de serrement de la cage thoracique, une respiration sifflante, et une toux.

☞ L'asthme est une maladie sérieuse qui impose un suivi médical régulier et une prise en charge thérapeutique au long cours.

❧ Différents tests peuvent être réalisés pour mettre en évidence une allergie ou identifier l'allergène responsable.

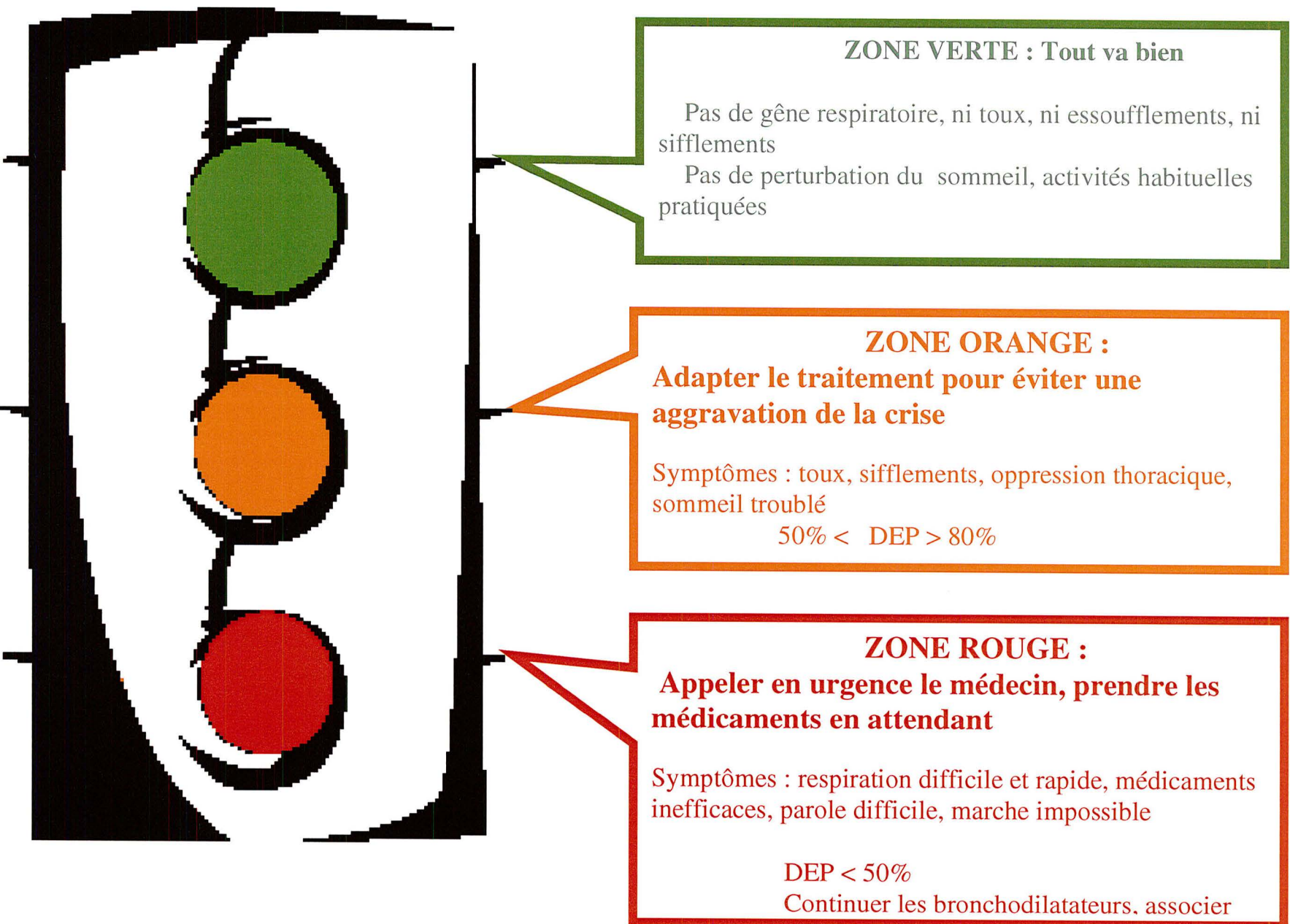
Les tests cutanés: ils consistent à déposer sur la peau une goutte d'extrait de l'allergène, puis à piquer la peau au niveau de la goutte. Si le produit s'avère être l'allergène recherché, un petit bouton qui démange apparaît en quelques minutes.

Les dosages sanguins: l'examen consiste à rechercher des marqueurs de l'allergie dans le sang (immunoglobulines E).

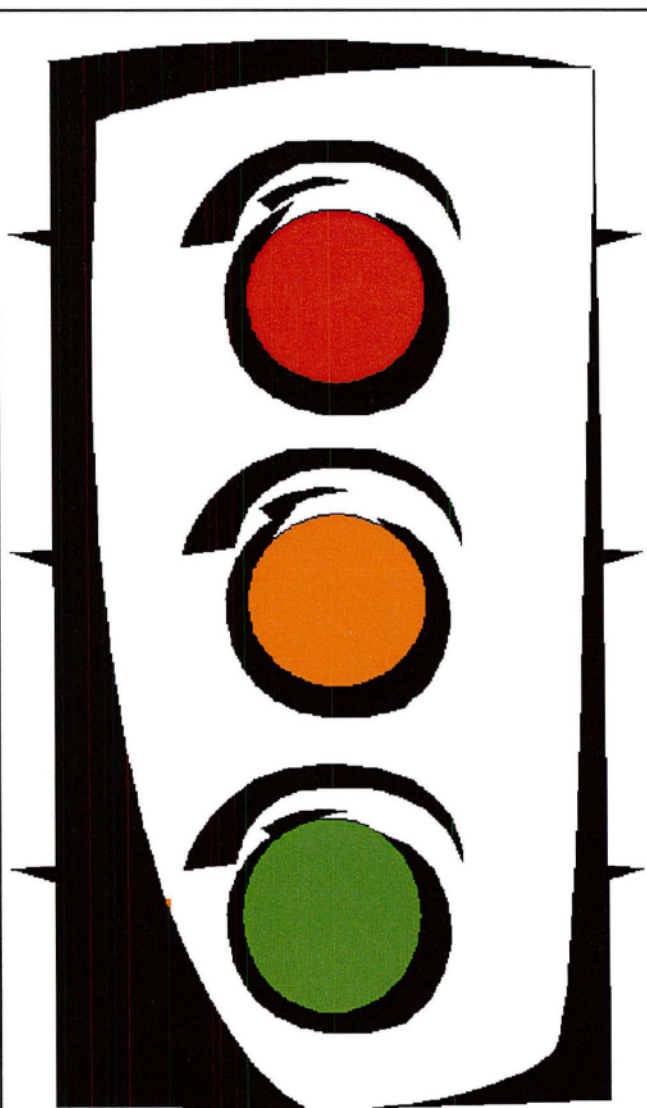
Les tests de provocation: ils ont pour but de reproduire les syndromes de l'allergie en présence de l'allergène suspecté.


La pratique de ces tests est réservée à des centres spécialisés.


Annexe A/BPCO 17 : Le système d'aide à la décision avec les trois zones d'alerte





EN CAS DE CRISE :




 Prendre une bouffée de votre bronchodilatateur d'action rapide :


 Après 10 à 15 min, si la gêne persiste, reprendre 1 bouffée.

 Vous pouvez renouveler cette prise jusqu' à 4 fois.

 Si la crise cesse, essayez d'identifier le facteur déclenchant

 En l'absence d'amélioration ; il faut alors simultanément prendre :

- Votre bronchodilatateur d'action rapide
- Des corticoïdes par voie orale

 En l'absence d'amélioration, il s'agit d'une crise d'asthme grave : prenez contact avec votre médecin

BIBLIOGRAPHIE

Bibliographie

¹ A. DJIHOUD, P. MICHEL, JL. QUENON. *et al.* Les événements indésirables graves liés aux soins observés dans les établissements de santé : premiers résultats d'une étude nationale. *Etudes et résultats de la DRESS* n°398, 2005, Paris, ISSN : 1146-9129.

² JA . BURY. *Education pour la santé : concepts, enjeux, planifications.* : De Boeck-Wesmael, coll. Savoirs et Santé, Bruxelles, 1988.

³ F. GIMENEZ, M. BRAZIER, J. CALOP, T. DINE, L. TCHIAKPE. *Pharmacie clinique thérapeutique.* 2^{ème} édition, Edition Masson, 2000. ISBN : 2294007786.

⁴ D. ANTIER, C. BRENHEIM, E. DUFAY, MC. HUSSON, E. SCHMITT, E. TISSOT. *Dictionnaire français de l'erreur médicamenteuse.* 1^{ère} Edition, Société Française de Pharmacie Clinique Editeur, Montry, 2006. ISBN : 2-9526010-0-3.

⁵ E. SCHMITT. *Le risque médicamenteux nosocomial : circuit hospitalier du médicament et qualité des soins.* Editions Masson, Paris, 1999.

⁶ Rédaction Prescrire. *Gérer le risque d'erreur. Eviter l'évitable. Tirer parti des erreurs pour mieux soigner.* *La revue Prescrire*, 2005, Suppl. au n°267 ;

⁷ Art R.5121-153 du Code de la santé publique, décret n°2004-99 du 29 janvier 2004 relatif aux Bonnes Pratiques de Pharmacovigilance, Editions Dalloz, 2002.

⁸ Art R.5121-153 du Code de la santé publique, décret n°2004-99 du 29 janvier 2004 relatif aux Bonnes Pratiques de Pharmacovigilance, mis en conformité à la Directive 2000/38/CE du 5 juin 2000.

⁹ DGS et GTNDO. *Analyse des connaissances disponibles sur des problèmes de santé sélectionnés, leurs déterminants, et les stratégies de santé publique : Définition d'objectifs*, 2003 : 161. Disponible sur le site <http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/losp/rapportintegral.pdf>

¹⁰ P. MICHEL et Coll. *L'estimation du risque iatrogène grave dans les établissements de santé en France: les enseignements d'une étude pilote dans la région aquitaine.* *Etudes et résultats* 2003, (219) : 1-8.

¹¹ I. ROBERT-BOBEE. *Projection de population pour la France métropolitaine à l'horizon 2050 : la population continue de croître et le vieillissement se réduit.* Insee Première 2006, (1089).

¹² P. AURICHE, C. CAULIN, D. VITTECOQ. *et al.* *Prévenir la iatrogénèse médicamenteuse chez le sujet âgé.* AFSSAPS, Saint Denis, Juin 2005.

¹³ TH. LECOMTE. *La consommation médicamenteuse en 1991. Evolution 1970-1980-1991.* Paris : CreDES, 1994.

¹⁴ C. GUIGNOT. *Enquête Vieillesse de la population, l'ainé de vos soucis.* *Le moniteur des pharmacies* 2006 ;(2634).

¹⁵ Site Internet : HAS santé. *Consommation Médicamenteuse chez le sujet âgé* [http://www.has-sante.fr/anaes/PresMec.nsf/\(ID\)/BBAB2EAF3FD6A537C125708800476A1D?opendocument](http://www.has-sante.fr/anaes/PresMec.nsf/(ID)/BBAB2EAF3FD6A537C125708800476A1D?opendocument) , consulté en Octobre 2006

¹⁶ N. STEYER. *La dépression de la personne âgée. Attitudes pratiques.* Accessible sur : www.ammpu.org/abstract/geriatrie/depression_pers_agee.pdf, consulté en Octobre 2006

¹⁷ Rédaction Prescrire. *L'étude épidémiologique française : Ensis approche la part de l'évitable à l'hôpital et en soins ambulatoires.* *La Revue Prescrire*, 2005 ; 25, Suppl. 267 : 896-910.

¹⁸ C. CHATELAIN-BERNHEIM. *Analyse méthodologique du risque nosocomial d'erreur médicamenteuse: à propos de 319 notifications spontanés du Réseau REEM.* Thèse mastère spécialisé Gestion des risques dans les établissements de santé, Ecole Centrale Paris, 26 mars 2003 : 61 pages.

Bibliographie

¹⁹ Centre hospitalier Charcot

Site : http://www.ch-charcot56.fr/servmed/pharmacie/circuit_medic.htm consulté en Octobre 2006

²⁰ World Health Organization WHO. Prévention des maladies chroniques : un investissement vital.

Accessible sur : www.who.int/chp/chronic_disease_report/part1/fr/index.html consulté en Octobre 2006.

²¹ N. CALOP. Le positionnement des attentes du patient dans son évaluation de la qualité de l'interaction formative. Actes du 15^{ème} colloque international de l'ADMEE-EUROPE et Congrès annuel de la SSRRE, Lausanne, septembre 2002.

²² P. BUTTET, C. FOURNIER. Prévention et éducation pour la santé, quels rôles pour les médecins et pharmaciens? Baromètre santé médecin /pharmacien, édition INPES, Saint Denis 2005: 65-82. ISBN : 2-708444-86-0.

²³ TAYLOR NELSON SOFRES. Les patients et l'information santé, Rapport d'études, Mars 2003.

²⁴ B. SANDRIN-BERTHON. Eduquer un patient comment être plus performant? *La revue du praticien. Médecine Générale*, 2001, 15 (549) : 1727-1730.

²⁵ J.A. BURY. Education pour la santé : concepts, enjeux, planifications. De Boeck Universités, Bruxelles, coll. Savoirs et Santé, 1998 : 235. ISBN : 2804110559.

²⁶ D.S. BRODY. The patient's role in clinical decision-making. *Annals of internal Medicine*, 1980; 93(5): 718-22.

²⁷ DW. BATES., N. SPELL, DJ. CULLEN, E. BURDICK, N. LAIRD, LA. PETERSEN *et al.* The costs of adverse drug events in hospitalized patients. Adverse Drug Events Prevention Study Group. *JAMA*, 1997; 277(4):307-311.

²⁸ R. BORDET, S. GAUTIER, H. LE LOUET, B. DUPUIS, J. CARON. Analysis of the direct cost of adverse drug reactions in hospitalised patients. *Eur J Clin Pharmacol*, 2001; 56:935-941.

²⁹ T. DUPIN-SPRIET. La consultation pharmaceutique : une innovation australienne au service des patients et de la qualité à l'officine, Note de synthèse, Lille II, 14/10/2002.

³⁰ WHO. Santé mentale: renforcement de la promotion de la santé mentale : Aide mémoire n°220, 2001. Disponible sur le site : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/fr/> consulté en octobre 2006.

³¹ D. ABOUSSAFY, M. BALTER, G. GODIN, K. LAVOIE, S. KOLEY. La psychologie du compromis : le point sur l'asthme. *L'association pulmonaire*. 2004.

³² R. Smith. Migraine's Impact on the family. *Headache, the Newsletter of ACHE*, 1997 ; 8, (2). Site: <http://www.achenet.org/articles/60.php>.

³³ S. MOSCOVICI. La psychanalyse, son image et son public. 2^{ème} édition. PUF, Paris ,1976. ISBN : 2130339482

³⁴ J.M. SECA. Les représentations sociales. Armand Colin, Paris ,2001. ISBN : 2200265069.

³⁵ P-Y. TRAYNARD, R. GAGNAYRE, J-F. D'IVERNOIS. La démarche éducative : former un patient compétent. *Impact médecin hebdo.* , 2001 ; (525) : 6.

³⁶ A. LACROIX, J.Ph. ASSAL. L'éducation thérapeutique des patients, nouvelle approche de la maladie chronique, Ed Vigot, PARIS, 1998. ISBN : 2711413810

³⁷ A. LACROIX. Comportements liés aux phases d'acceptation d'une maladie. Comité départemental d'éducation pour la santé, Codes 1996. CYES des Yvelines
Accessible sur : www.cyes.info consulté en Octobre 2006

Bibliographie

- ³⁸ D.A. RUZICKI. Relationship of participation Preference and Health Locus of Control, *in Diabetes Education Care*, 1984, 7 : 372-377.
- ³⁹ I. ROSENSTOCK., V.J. STRECHER, M. BECKER. Social Learning and the Health Belief Model. *Health Educ. Quart.* ; 15 (2) : 175-183.
- ⁴⁰ OMS. Charte d'Ottawa sur la promotion de la santé. 21 novembre 1986.
- ⁴¹ Déclaration de Jakarta sur la promotion de la santé au XXIème siècle. 4^{ème} Conférence Internationale sur la Promotion de la Santé, Jakarta 21 - 25 Juillet 1997.
Accessible sur : www.cyes.info/themes/promotion_sante/declaration_jakarta.php consulté en Octobre 2006.
- ⁴² DGS. Circulaire N° DGS/SD6/2001/504 du 22 octobre 2001 relative à l'élaboration des schémas régionaux de la santé. (texte non paru au journal officiel).
Accessible sur : www.sante.gouv.fr/adm/dagpb/bo/2001/01-50/a0503312.htm consulté en Octobre 2006.
- ⁴³ A. DECCACHE. L'éducation du patient en Europe : plus de 20 ans d'évolution constante. *In* : Edition CFES eds. Séminaire sur l'éducation pour la santé des patients, juin 1989, 1992 : 30.
- ⁴⁴ C. FOURNIER, D. MISCHLICH, A. DECCACHE. Les pratiques en éducation du patient dans les établissements de santé français en 1999. Enquête de la Direction générale de la Santé, rapport juillet 2000
Accessible sur : www.sante.gouv.fr/htm/pointsur/eduthera/enqhosp.htm consulté en Octobre 2006.
- ⁴⁵ P. FIVIAN, C. GUIRAUDOU. Education thérapeutique et maladies chroniques en pédiatrie, Etat des lieux régional du CRES de la Région PACA. CRES-PACA, Marseille, 2005.
- ⁴⁶ R. GAGNAIRE, PY. TRAYNARD, J-F. D'IVERNOIS. L'éducation du patient. *Impact Médecin Hebdo*, 1998 ; (404):V.
- ⁴⁷ A. DECCACHE. Quelles pratiques et compétences en éducation du patient ? Recommandations de l'O.M.S. *La Santé de l'homme*, 1999 ; (341) :12-14.
- ⁴⁸ Conseil national du réseau. Texte du Conseil national du réseau à l'attention des décideurs - février 2000.
Accessible sur : <http://www.ephora.fr/definitions.htm> consulté en Octobre 2006.
- ⁴⁹ A. DECCACHE, E. LAVENDHOMME. Information et éducation du patient : des fondements aux méthodes. Coll. "Savoirs et Santé", De Boeck-Wesmael, Bruxelles, 1989 : 44-45.
- ⁵⁰ M. VACARIE. L'éducation thérapeutique du patient. Mars 2000 Direction Générale de la Santé, Bureau des Maladies chroniques, enfants et vieillissement.
Accessible sur : <http://www.sante.gouv.fr/htm/pointsur/eduthera/index.htm> consulté en Octobre 2006.
- ⁵¹ Direction générale de la Santé. Actualité de la réflexion sur l'éducation thérapeutique:rapport du groupe de travail de la DGS. Paris : DGS, 2001.
Accessible sur : www.sante.gouv.fr/htm/pointsur/eduthera/notinte.htm consulté en Octobre 2006.
- ⁵² J-P. ASSAL. Traduction française du document OMS de 1998, janvier 1999.
- ⁵³ World Health Organization WHO. Therapeutic patient education. Continuing education programmes for health care providers in the field of prevention of chronic diseases. Report of WHO Working group, 1998
- ⁵⁴ G. LÉBOUBE, A. PRINGENT. Document de synthèse du groupe de travail régional sur l'éducation thérapeutique du patient : cadre général et recommandations régionales. Schéma Régional D'Education Pour la Santé de Franche-Comté. 2003.
- ⁵⁵ D. ADLER. Apprendre la santé et comprendre sa maladie pour prendre en main son traitement. *Médecine et hygiène*, 2000 : 1246-1249.

Bibliographie

- ⁵⁶ N. FONTENELLE. Vous êtes prêts à vous engager. *Le moniteur des pharmacies*, 2006 ; (2616) : 8-9
- ⁵⁷ NC. MORROW, P. SPEEDY, C. TOTTEN. Health education perspectives incontinuing education programmes for pharmacists. *Health Education Journal*, 1986 ; **15**, (3):166-170.
- ⁵⁸ Académie nationale de la santé. Le pharmacien et la santé publique en France. Ministère de la santé et des solidarités, octobre 2005
- ⁵⁹ KA. HUNTER, BG. BRYANT. Pharmacist provided education and counseling for managing pediatric asthma. *Patient education and counseling*, 1994 ; **24** : 127-134.
- ⁶⁰ J. O'LOUGHLIN. *et al.* The role of community pharmacists in health education and disease prevention : a survey of their interests and needs in relation to cardiovascular disease. *Preventive Medicine*, 1999 ; **28** : 324-331.
- ⁶¹ S. D. PRUITT, R. BENGOA, R. BEAGLEHOLE *et al.* Former les personnels de santé du XXIème siècle : le défi des maladies chroniques. OMS 2005, Genève (Suisse). ISBN : 9242562807
- ⁶² A. DECCACHE, Éducation pour la santé : reconnaître les "nouveaux rôles" des médecins et pharmaciens. Dossier médecins, pharmaciens : les nouveaux éducateurs ? *La santé de l'homme*, 2005 ; (376) : 9-13.
- ⁶³ Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé. Le rapport 2005
- ⁶⁴ B. ALLENET, A-M. GUIGNON, P. MAIRE, J. CALOP. Intégration des représentations de la personne âgée face à ses médicaments pour améliorer son observance. *J Pharm Clin*, 2005 ; **24** (3) : 175-179.
- ⁶⁵ C. TORCHON. La perception du pharmacien par le grand public : enquête auprès de 262 personnes de la région grenobloise. Thèse de doctorat en pharmacie n°ordre 7015, faculté de Grenoble, 29/04/2002.
- ⁶⁶ A.J.M. HOECK. Déclaration d'appui: fédération internationale pharmaceutique. Former les personnels de santé du XXIème siècle : Le défi des maladies chroniques. OMS 2005, Genève (Suisse). : 5-6 ISBN : 9242562807.
- ⁶⁷ S. JACQUEMET, A. CERTAIN. Education thérapeutique du patient : rôles du pharmacien. *Bulletin de l'ordre* 2000 ; (367) : 269-275.
- ⁶⁸ DRASS/DASS d'Aquitaine. Schéma régional d'éducation pour la santé Education thérapeutique Guide pour un projet d'éducation du patient.
- ⁶⁹ DGS. Actualité de la réflexion sur l'éducation thérapeutique. Accessible sur : <http://www.sante.gouv.fr> consulté en Octobre 2006.
- ⁷⁰ R. GAGNAYRE, P-Y. TRAYNARD. Définir l'éducation thérapeutique d'un patient. *Impact Médecin Hebdo*, 1998 ; (404): 3-12.
- ⁷¹ Définition du réseau. Présentation de la CNR (coordination générale des Réseaux). Accessible sur : www.cnr.asso.fr consulté en Octobre 2006.
- ⁷² Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins. Les actes de la journée nationale des réseaux diabète. 30 janvier 2002. Accessible sur : www.sante.gouv.fr/htm/publication/dhos/diabet/diabet.pdf consulté en Octobre 2006.
- ⁷³ B.M. BARTH. Le savoir en construction. Former à une pédagogie de la compréhension. Coll. Pédagogie, Paris, Retz, 1993. ISBN : 2725614996
- ⁷⁴ World Health Organization WHO. Therapeutic patient education, continuing education programs for health care providers in field of prevention of chronic diseases. Report of Who/Euro working group, juin 1997.

Bibliographie

- ⁷⁵ J-J. GUIBERT. L'ensorcelante ambiguïté de « savoir, savoir-être et savoir-faire. ». *Pédagogie Médicale Revue internationale francophone d'éducation médicale*, 2001 ; 2 : 23-25.
- ⁷⁶ A. LACROIX, J-P. ASSAL. Education thérapeutique des patients. Chapitre : Pédagogie de l'éducation thérapeutique des patients, Edition Vigot 1998 : 89.
- ⁷⁷ CNAMTS, DHOS, PERNNS. Typologie descriptive de l'activité d'éducation thérapeutique en groupe dans le cadre de la prise en charge de l'asthme et du diabète. Rapport de synthèse. Février 2002.
- ⁷⁸ Association des diététiciens de langue française. Recommandations pour la pratique clinique : la consultation clinique réalisé par le diététicien en partenariat avec la Haute Autorité de Santé –Recommandations de janvier 2006.
Accessible sur : www.anaes.fr consulté en Octobre 2006.
- ⁷⁹ N. BRUN-CALOP., Explication des attentes éducatives du patient vis-à-vis de l'acteur de santé, Le cas du patient âgé chronique sous AVK, Thèse de Doctorat de l'Université, PMF Grenoble II, 15/12/2004
- ⁸⁰ B. CHARLOT., Négociations des besoins, nécessité ou impasse? Education permanente, 1976 ; 34, 17-33.
- ⁸¹ ANAES. Evaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé. Dossier patient : Réglementations et recommandations. Fascicule 1, Juin 2003.
- ⁸² ANAES. Service évaluation des pratiques. Evaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé. Dossier patient : Réalisation pratique de l'audit clinique. Fascicule 2, Juin 2003.
- ⁸³ Pharmacie de l'hôpital Tenon, chef de service Annie Becker, « L'acte de dispensation »
Accessible sur : <http://cisih-paris-est.ap-hop-paris.fr/presentation/pharmacieTNN> consulté en Octobre 2006
- ⁸⁴ Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 art. L161 et suivants du Code de la sécurité sociale. Journal Officiel du 17 août 2004.
- ⁸⁵ GIP-DMP. Le dossier médical personnel : Questions/ Réponses, DMP et expérimentation. Janvier 2006
- ⁸⁶ GIP-DMP. Le dossier médical personnel : Questions/ Réponses, Les acteurs du DMP. 2006
- ⁸⁷ GIP-DMP. Le dossier médical personnel : Questions/Réponses, Environnement du patient. 2006
- ⁸⁸ J. SAURET, S. YRLES. Le DMP, un outil pour réduire la iatrogénie. Info DMP : La lettre des acteurs du DMP. GIP-DMP, 2006 ; (1): 2.
- ⁸⁹ M. VANDENDRIESSCHE. Les pharmaciens disent oui au dossier pharmaceutique. *Quotidien du médecin*, 2006.
- ⁹⁰ GIP-DMP. Le dossier médical personnel : Questions/Réponses, Le contenu du DMP. Mars 2006
- ⁹¹ Ordre des pharmaciens. DP et DMP : des avancées. *Les Nouvelles pharmaceutiques*, n°323, septembre 2006-10-23
- ⁹² Editorial de la Lettre des Nouvelles Pharmaceutiques N°320, juin 2006.
- ⁹³ J-F. D'IVERNOIS, R. GAGNAYRE. Apprendre à éduquer le patient : Approche pédagogique. 2^{ème} Edition, Ed. Maloine, 2004. ISBN : 2-224-02803-2
- ⁹⁴ P. LE VAILLANT, I. MOLLE. Malade chronique, comment appliquer une démarche éducative ? *La revue du praticien, Médecine générale*, 2004 ; 18 : 1115-1116.
- ⁹⁵ P. VERMERSCH, M. MAUREL. Pratiques de l'entretien d'explication, ESF, PARIS, 1994. ISBN : 2-7101-1232-9.

Bibliographie

- ⁹⁶ P. DAMOISEAUX, A. LACROIX, J-P. ASSAL. Enseignement des diabétiques : évaluation des questions posées aux malades par les soignants et utilité d'une analyse pédagogiques, *Diabetes Metab.*, 1985 ; 11 : 9-14.
- ⁹⁷ ANAES -Agence Nationale d'Accréditation et d'évaluation en santé. Information des patients. Recommandations destinées aux médecins, Paris : ANAES ; 2000.
- ⁹⁸ ANAES- Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. L'éducation thérapeutique des patients asthmatiques adultes et adolescents, la démarche éducative pour les patients asthmatiques. Recommandations pour la pratique clinique.
Disponible sur : www.anaes.fr consulté en Octobre 2006.
- ⁹⁹ E. BIDAT, B. ROSSIGNOL. L'essentiel sur l'éducation de l'enfant asthmatique. Serveur interactif sur l'air, la respiration et les maladies respiratoires
Accessible sur : www.respi.com consulté en Octobre 2006.
- ¹⁰⁰ F. AMIEL-LEBIGRE, M. GOGNALON-NICOLET. Entre santé et maladie, PUF, Les champs de la santé, PARIS, 1993 ; 176.
- ¹⁰¹ IW. GREEN, MW. KREUTER, SG. DEEDS, K.B. PATRIGE. Health education planning : a diagnostic approach, Mayfield Publishing Company, Moutain View, Ca, 1980.
- ¹⁰² A. LACROIX. Comportements liés aux phases d'acceptation d'une maladie. Comité départemental d'éducation pour la santé, Codes 1996. CYES des Yvelines
Accessible sur : www.cyes.info consulté en Octobre 2006.
- ¹⁰³ M. KNOWLES. Self directed learning, a guide for learners and teachers, New York, Cambridge-Book, Co., 1975.
- ¹⁰⁴ J-P. ASSAL, A. LACROIX. La technique des objectifs dans la prescription médicale et l'enseignement aux malades. Education Permanente 1986 ; (86) : 137-152.
- ¹⁰⁵ B.S. BLOOM. *et al.* Taxonomie des objectifs pédagogiques. Domaine cognitif, Trad.M. Lavallée, Montréal, éducation nouvelle, 1969.
- ¹⁰⁶ Direction générale de la santé (DGS) / Bureau Maladies chroniques, enfants et vieillissement. Actualité de la réflexion sur l'éducation thérapeutique, Rapport du groupe de travail de la DGS, 2000.
Accessible sur : <http://www.sante.gouv.fr/htm/pointsur/eduthera/notinte.htm#4b> consulté en Octobre 2006.
- ¹⁰⁷ S.M. DUNN, J.R. TURTLE. Education : the diabetes, annual/4, 1988 : 144-161.
- ¹⁰⁸ F. LEMONNIER, J. BOTTERO, I. VINCENT, C. FERRON. Référentiel des critères de qualité des outils d'intervention en éducation pour la santé. 2003. Référence : 126-05118-L.
Accessible sur le site : www.cfes.sante.fr/pedagotheque/pdf/referentiel.pdf. Consulté en Octobre 2006.
- ¹⁰⁹ J-J. GUILBERT. Guide pédagogique pour les professionnels de santé, OMS, Genève, 1991.
- ¹¹⁰ J. BERREWAERTS, F. LIBION., A. DECCACHE. Quels critères et indicateurs d'évaluation sont à privilégier en éducation pour la santé en milieu de soins ? UCL-RESO, Unité d'éducation pour la santé. Dossier technique 03-23.
- ¹¹¹ Groupe des URCAM référent « Education thérapeutique du patient » avec A Prigent, et le Dr G Leboubé. Unités transversales d'éducation thérapeutique des patients atteints de maladies chroniques : Recommandations d'organisation et cahier des charges. Décembre 2005 : 1-12.
- ¹¹² IPCEM. La reconnaissance de l'activité d'éducation thérapeutique. Résumé des communications journée de l'IPCEM, juin 2002 : 25-27.

Bibliographie

- ¹¹³ Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, Direction de la sécurité sociale. Circulaire DHOS/DSS/CNAMTS n°2002-610 du 19 décembre 2002 relative aux réseaux de santé. Bulletin officiel n°2003-3.
- ¹¹⁴ R. GAGNAYRE, M.T. MALAVAL. Questions à propos de l'éducation thérapeutique. Accessible sur : www.ipcem.org consulté en Octobre 2006.
- ¹¹⁵ L. COM-RUELLE, B. CRESTIN, S. DUMESNIL. L'asthme en France selon les stades de sévérité. Rapport. CREDES, Paris, 2000 ; (370) : 21-23. ISBN : 2-87812-253-4.
- ¹¹⁶ Asmanet web site -URL
<http://www.remcomp.fr/asmanet>. Dernière consultation: 23 juillet 2006
- ¹¹⁷ L. COM-RUELLE, N. GRANDFILS, F. MIDY, R. SITTA. Les déterminants du coût de l'asthme persistant en Ile de France. Bulletin d'information en économie de santé. CREDES, Paris, 2002 ; (5). ISSN : 1283-4769
- ¹¹⁸ HAS. Fiches de transparence : Système respiratoire- Asthme.1999
Disponible sur le site : <http://www.has-sante.fr/has/transparence/htm/comm/indtrans.htm>, dernière consultation le 02.10.06
- ¹¹⁹ Extrait du cours de pneumologie 2003-2004 : physiologie respiratoire.
<http://www.educ.necker.fr>. Dernière consultation le 23.07.06
- ¹²⁰ L'asthme au quotidien web site - URL
<http://www.asthme-quebec.ca> consulté le 01.10.06
- ¹²¹ ANAES. Recommandations et référence médicales. Asthme : critères de gravité, aspects diagnostiques et thérapeutiques. *Le Concours Médical*, 1996, (41) Suppl. : 1-18.
- ¹²² F.GIMENEZ, M. BRAZIER, J. CALOP, T. DINE, L. TCHIAKPE. Pharmacie clinique et thérapeutique. Editions Masson, Paris, 2000 : 461. ISBN 2-225-83482-2
- ¹²³ . C.P. PAGE, M.J. CURTIS, M.C. SUTTER, M.J. WALKER, B.B. HOFFMAN. Pharmacologie intégrée. De Boeck Université 1999 : 234. ISBN 2-7445-0015-1
- ¹²⁴ ANAES. Recommandations pour le suivi médical des patients asthmatiques adultes et adolescents. Septembre 2004. ISBN 2-7445-0015-1
- ¹²⁶ *Le médecin généraliste*, 1997: (1770) :
- ¹²⁷ S. SEBBAN. Asthme sous contrôle. Alpen Editions, Monaco, 2006. ISBN 2-91492364-3.
- ¹²⁸ E. VEYRIAC, G. BARDELAY, C. BOURET *et al.* Interactions médicamenteuses Comprendre et décider. *Revue Prescrire*, 2006, 26, Suppl. Interactions médicamenteuses : 115- 123.
- ¹²⁹ E. L'HER, M. FAYON, Y.CASTAING, P. GAJDO., L. HOLZAPFEL, F. JOYE, R. ROBERT. Révision de la conférence de consensus en réanimation et médecine d'urgence de 1998: Prise en charge des crises d'asthme aiguës graves de l'adulte et de l'enfant (à l'exclusion du nourrisson). Éditions scientifiques et médicales Elsevier SAS, 2002, 11 : 1-9. S1624069302002578/FLA.
- ¹³⁰ ANAES. Education du patient asthmatique. Adulte et adolescent. Juin 2001
- ¹³¹ ANAES. Guide d'analyse de la littérature et gradation des recommandations. Janvier 2000.
- ¹³² Ministère de la santé et des solidarités. Programme d'actions en faveur de la BPCO 2005-2010 « Connaître, prévenir et prendre en charge la BPCO. » 2005
- ¹³³ C. FURHAM, E. JOUGLA, J. NICOLAU, D. EILSTEIN, M-C. DELMAS. Mortalité liée à la BPCO en France entre 1979 et 2002. Institut de veille sanitaire, Saint-Maurice, CépiDc, Inserm. Mai 2006

Bibliographie

- ¹³⁴ HAS. Fiches de transparence. Système respiratoire : Broncho-pneumopathie obstructive chronique. 1999
Disponible sur le site : <http://www.has-sante.fr/has/transparence/htm/comm/indtrans.htm> consulté le 03.10.06.
- ¹³⁵ SPLF. Recommandations pour la prise en charge de la BPCO. Actualisation 2003. *Rev. Mal. Respir.* 2003 ; (20): 4539-45
- ¹³⁶ SPLF. BPCO: Broncho-pneumopathie chronique obstructive, guide à l'usage des patients et de leur entourage. Editions médicales Bash, Paris, 2004. ISBN 2-84504-0075
- ¹³⁷ Theriaque web site - URL
<http://www.theriaque.org>. Dernière consultation le 22.09.06
- ¹³⁸ A. BAUMELOU, N. PETITCOLLOT. GNP Encyclopédie pratique du médicament. 12^e édition, Editions Vidal, Issy les Moulineaux, 2001. ISBN 2-85091-124-0
- ¹³⁹ C. BERARD-GERMAN, J. BARB, Y. PUS, G. CREMER, F. MORCELLET-DIEUZAYDE. Recommandations et pratiques, 100 stratégies thérapeutiques référencées. Vidal éditions, Issy les Moulineaux, 2005. ISBN 2-85091-1348
- ¹⁴⁰ SPLF. Recommandations pour la prise en charge des broncho-pneumopathies chroniques obstructives 1996. Masson éditeur, Paris, 1997.
- ¹⁴¹ J-P. LAABAN. Nutrition et BPCO. Éditions Imothep Médecine-Sciences, Paris, 2004. Info respiration 2004; (60) : 26-27. ISSN: 1 023-005X.
- ¹⁴² S.R. HILL, M.R. PARTRIDGE. Enhancing care for people with asthma : the role of communication, education, training and self-management. World Asthma Meeting Education and Delivery of Care Working Group,1998. *Eur. Resp. J.*2000; 16 (2): 333-348
- ¹⁴³ S. JACQUEMET, C.SUDRY, C. ULDRY *et al.* Objectives, methods and content of patient education programmes for adults with asthma : systematic review of studies published between 1979 and 1989. *Thorax* 1999; 54: 681-687.
- ¹⁴⁴ ANAES. Recommandations pour la pratique clinique. Education thérapeutique de l'enfant asthmatique. Juin 2002.
- ¹⁴⁵ BECKER *et al.* Education and follow-up. *JAMC* 2005 ; 173 (6) : S51-S55.
- ¹⁴⁶ J. DE BLIC, L. RÉFADERT, P. SCHEINMANN. Quels enfants asthmatiques éduquer ? *Revue Française d'allergologie et Immunologie clinique*,2000 ; 40 :721-727.
- ¹⁴⁷ ANAES. Education thérapeutique du patient asthmatique. Adulte et adolescent. Recommandations pour la pratique clinique.2002
- ¹⁴⁸ F. GUILLER-PETTT, J. LANOUE, I. MOMAS. Programme pilote d'éducation à l'officine des patients asthmatiques. *Education du patient et enjeux de santé*, 2002 ; 21 : 85-92.
- ¹⁴⁹ J.B. FINK. Inhalers in asthma management : is demonstration the key of compliance ? *Respiratory Care*, 2005; 50 (5): 598-600
- ¹⁵⁰ S.R. WILSON. Individual versus groups education: is one better? *Patient Education and Counseling* 1997; 32, Suppl. 1: S67-S75.
- ¹⁵¹ P.G GIBSON., H. POWELL. Options for self-management education for adults with asthma. *The Cochrane Library*, 2003,1.

Bibliographie

- ¹⁵² P.G. GIBSON *et al.* Self-management education and regular practitioner review for adults with asthma . *The Cochrane Library*, 2003, 1
- ¹⁵³ P.G. GIBSON, H. POWELL, F.S.M. RAM. Asthma Education. *Respiratory medicine*, 2003; **97**: 1036-1044
- ¹⁵⁴ N.M. CLARK, F. NOTHWEHR. Self-management of asthma by adult patients. *Patient Education and Counseling* 1997, **32**, Suppl. 1: S5-S20.
- ¹⁵⁵ E. BIDAT, CI. LAUR, B. DE NAZELLE, E. PHILIPPE, B. ROSSIGNOL, Y. SWAFTTEBROECK X. Les outils de l'éducation de l'enfant asthmatique. *Revue Française d'allergologie et d'immunologie Clinique*, 1997 **37** (3) : 364-350.
- ¹⁵⁶ F.S.F. RAM, BG. TOELLE. Written individualised management plans for asthma in children and adults. *The Cochrane Library*, 2004.
- ¹⁵⁷ F. LEFEVRE *et al.* Do written action plans improve patient outcomes in asthma? An evidence –based analysis. *The journal of family Practice*, 2002; **51**: 842-848.
- ¹⁵⁸ P.G. GIBSON, H. POWELL. Written action plans for asthma : an evidence-based review of the key components. *Thorax*, 2004, **59**: 94-99.
- ¹⁵⁹ Ministère de la Santé et des Solidarités. Evaluation des écoles de l'asthme en France. Rapport juin 2006
- ¹⁶⁰ N. BERTHIER., Les techniques d'enquête en sciences sociales, Méthode et exercices corrigés. *Ed. Armand Colin*, PARIS, 1998.
- ¹⁶¹ L.W GREEN, M.W. KREUTER , S.G. DEEDS; K.B. PARTRIGE. Health education planning: a diagnostic approach, 1980, Mayfield Publishing Company, Mountain View, Ca.
- ¹⁶² P. LEVY . Comment favoriser l'observance dans le diabète de type 2, *La revue du praticien - Médecine générale*, 2004 ; **18** : 1397-1401.
- ¹⁶³ J-F. D'IVERNOIS, R. GAGNAYRE. Apprendre à éduquer le patient, approche pédagogique. Collection « Education du patient ». Edition Maloine, PARIS 2004.
- ¹⁶⁴ ANAES. Education thérapeutique du patient asthmatique. Adulte et adolescent ; recommandations pour la pratique clinique. 2002
- ¹⁶⁵ Ministère de la santé et des solidarités. Programme d'actions en faveur de la broncho-pneumopathie chronique obstructive 2005-2010. « Connaître, prévenir et mieux prendre en charge la BPCO. »
- ¹⁶⁶ Carnet de suivi du patient asthmatique. URCAM Franche Comté disponible sur le site : www.urcam.org/fileadmin/FRANCHECOMTE/publications/docs/carnet_asthme.pdf . Septembre 2006
- ¹⁶⁷ N. CALOP. Explication des attentes éducatives du patient vis-à-vis de l'acteur de santé, Le cas du patient âgé chronique sous AVK, *Thèse de Doctorat de l'Université*, PMF Grenoble II, 15/12/2004
- ¹⁶⁸ Le rapport annuel de l'Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé, sous la direction de Professeur Yvon Berland, Synthèse Générale. 2005. page 37.
- ¹⁶⁹ M. GRAWITZ. *Méthodes des sciences sociales*, Coll. Précis Dalloz, 9^{ème} édition, Paris, Dalloz, 1993 : 870. ISBN : 2247041132.
- ¹⁷⁰ C. CHILAND, M. LEDOUX, B. MARBEAU-CLEIRENS, M-F. CASTAREDE, A. LEDOUX. *L'entretien clinique*, 5^{ème} édition, Paris, Presse Universitaire de France (PUF), 1995. ISBN: 2130554636
- ¹⁷¹ R. GHIGLIONE., B. MATALON., *Les enquêtes sociologiques. Théories et pratiques*, 6^{ème} édition, Paris, Armand. COLIN, 1998 : 301. ISBN : 2200217455

Bibliographie

- ¹⁷² INSEE : Bilan démographique, France métropolitaine, population au 1er janvier 2006 (données provisoires)
- ¹⁷³ INSEE : France métropolitaine, population 18 ans et plus, déclarant au moins une maladie chronique, Enquête décennale santé 2002-2003
- ¹⁷⁴ CNAMTS : Poly-médication des personnes âgées : un enjeu de santé publique. Dossier de presse. 4 septembre 2003, disponible sur le site internet de l'Assurance Maladie en ligne : www.ameli.fr
- ¹⁷⁵ CNAMTS 2001
- ¹⁷⁶ ANAES. Education thérapeutique du patient asthmatique – adulte et adolescent. Service des recommandations et références professionnelles, Juin 2001
- ¹⁷⁷ D'IVERNOIS JF. POINT DE VUE Apprendre au patient à se soigner. *Le Monde*, 27 Avril 1994
- ¹⁷⁸ Convention Nationale, Arrêté du 11 Juillet 2006 portant approbation de la convention nationale organisant les rapports entre les pharmaciens et l'assurance maladie
- ¹⁷⁹ FILIPPI M., MALLET L., ALLENET B., CALOP J., Le processus hospitalier de « soins pharmaceutiques » au Québec : illustration à partir d'un cas clinique. *J. Pharm. Clin.*, Juin 2003, Vol 22, Num 2
- ¹⁸⁰ GAGNAYRE R., Approche pédagogique de l'Education du Patient : méthodes et évaluations, Synthèse de séminaire, Bulletin d'Education du Patient. Vol 15, (3), Décembre 1996
- ¹⁸¹ World Health Organization (WHO). Therapeutic patient education : continuing education programmes for healthcare providers in the field of prevention of chronic diseases. Copenhague (Danemark): WHO, 1998
- ¹⁸² Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES). Information des patients. Recommandations destinées aux médecins. Paris, 2000
- ¹⁸³ J-F. D'IVERNOIS, R. GAGNAYRE. Vers une démarche de qualité en éducation thérapeutique du patient. *Actualité et dossier en santé publique (ADSP)*, 2002 ;(39) : 14-16.
- ¹⁸⁴ Site Internet Observatoire des ressources multimédia en éducation- URL <http://www.orme-multimedia.org/index.htm> consulté en Octobre 2006
- ¹⁸⁵ SILVAN F. Les Anglais ont tiré les premiers, 2586, 11/06/2005
- ¹⁸⁶ CREDES, Enquête ESPS 2000
- ¹⁸⁷ M.R. PARTRIDGE. Update of the self-managment of asthma. *Revue française d'allergologie et d'immunologie clinique*, 1998 ; 38, Suppl. 1 : S104-S110.





Serment des Apothicaire



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 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 d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Thèse soutenue par :	GOUDARD-PEYROLON Elsa
Titre :	ETUDE DE FAISABILITE D'UNE DEMARCHE DE SUIVI EDUCATIF A L'OFFICINE : APPLICATION A L'ASTHME ET LA BRONCHO-PNEUMOPATHIE CHRONIQUE OBSTRUCTIVE
RESUME	

Un des défis majeurs auquel doit dorénavant faire face le système de soins est celui du vieillissement de la population. Cette évolution démographique va de pair avec une prévalence croissante des affections chroniques. Les réponses du système de soins sont de plus en plus techniques et morcelées, offrant des garanties non optimales pour la sécurité des patients. Les enjeux de santé publique sont alors ceux de la rationalisation de la filière patient, grâce au développement de stratégies de diffusion de l'information entre professionnels, médicaux et paramédicaux, de mise en réseau des structures et prestataires de soins, ambulatoires comme hospitalières et la mise en œuvre d'un véritable accompagnement des patients atteints de pathologies chroniques ou « suivi éducatif ».

L'objectif de la présente recherche était d'évaluer la faisabilité d'un suivi éducatif structuré à l'officine. Ce travail a ciblé l'une des situations suivantes : Migraine, Diabète de type II, Asthme et BPCO, Anticoagulants oraux, Insuffisance cardiaque.

Les constats principaux sont la nécessité de 1. Revoir l'environnement de travail officinal (espace et temps), 2. Se former à la démarche, 3. Mettre en œuvre avec les autres professionnels une stratégie de partage de l'information et d'accompagnement du patient.

Mots-clé : suivi éducatif, affections chroniques, asthme, broncho-pneumopathie chronique obstructif, officine, faisabilité d'un suivi éducatif, éducation thérapeutique du patient.